

Wellcare CalViva Health Dual Align, HMO D-SNP Wellcare Dual Align, HMO D-SNP 2024 보장 의약품 목록(처방규정)

02



참고: 이 문서에는 이 플랜에서 보장하는 의약품에 관한 정보가 포함되어 있습니다.

HPMS 승인 처방규정 파일 제출 ID 24154, 버전 번호 16

이 처방규정은 09/01/2024 기준으로 작성되었습니다.

백신 가입자 부담분에 대한 중요한 메시지 - 일부 백신은 의료 혜택으로 간주됩니다. 다른 예방접종들은 Part D 약으로 간주됩니다. 대부분의 Part D 백신을 무료로 보장합니다.

최신 정보 또는 기타 문의 사항이 있는 경우, Wellcare Dual Align 가입자 서비스부에 **1-800-431-9007** 또는 Wellcare Calva Health Dual Align 가입자 서비스부에 **1-833-236-2366** (TTY 사용자는 **711**)번으로 문의하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 상담원에게 문의하시거나 [wellcare.com/healthnetCA](https://www.wellcare.com/healthnetCA)를 방문하십시오.



In Partnership with **CalViva**
HEALTH

개요

이 문서를 **보장 약 목록**이라고 합니다(의약품 목록이라고도 합니다). 이 문서에는 당사 플랜에 포함되는 처방약이 나와 있습니다. 또한 약 목록에는 당사 플랜에서 보장하는 모든 약에 관련된 특수한 규칙 또는 제한의 적용 여부가 기재되어 있습니다.

저희 연락처 정보는 최근 약 목록 업데이트 일자와 함께 맨 앞표지와 맨 뒷표지에 표시되어 있습니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 있습니다.



문의 사항이 있는 경우, Wellcare Dual Align 가입자 서비스부에 1-800-431-9007번으로 또는 Wellcare CalViva Health Dual Align 가입자 서비스부에 1-833-236-2366(TTY 711)번으로 문의해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 상담이 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

목차

A. 면책 조항.....	3
B. 자주 묻는 질문(FAQ).....	4
B1. 보장 약 목록에 어떤 처방약이 있습니까? (보장 약 목록을 줄여서 '약 목록'이라고 부릅니다.).....	4
B2. 약 목록이 변경되는 경우도 있나요?.....	5
B3. 약 목록이 변경되면 어떻게 되나요?.....	6
B4. 약 보장에 제한이나 한도가 있나요 아니면 특정한 약을 얻기 위해 취해야 하는 조치가 있나요?.....	7
B5. 원하는 약에 대한 제한이 있는지 또는 약을 복용하기 위해 취해야 할 조치가 있는지 어떻게 알 수 있습니까?.....	7
B6. 당사 플랜의 약 보장 규칙(예를 들어 사전 승인, 분량 제한 및/또는 단계적 치료 제한 등)이 변경되면 어떻게 되나요?.....	8
B7. 약 목록에서 약을 어떻게 찾나요?.....	8
B8. 복용을 희망하는 약이 약 목록에 없을 때 어떻게 하나요?.....	8
B9. 새로 플랜에 가입했는데 약 목록에서 내 약을 찾을 수 없거나 약 수령에 문제가 있는 경우 어떻게 해야 합니까?.....	9
B10. 원하는 약의 보장에 예외를 요청할 수 있나요?.....	10
B11. 어떻게 예외를 요청할 수 있나요?.....	10
B12. 예외를 적용받는 데 얼마나 걸리나요?.....	10
B13. 제네릭 약이란 무엇입니까?.....	10
B14. 일반의약품(OTC)이란 무엇입니까?.....	11
B15. 당사 플랜은 비의약 OTC 제품을 보장하나요?.....	11
B16. 당사 플랜은 처방약의 장기 공급을 보장하나요?.....	11
B17. 인근 약국에서 처방약을 집으로 배송 받을 수 있습니까?.....	11
B18. 내 코페이먼트는 얼마인가요?.....	11
C. 보장 약 목록의 개요.....	12
C1. 의학적 상태에 따른 약 목록.....	13
D. 보장 약 색인.....	INDEX-1

A. 면책 조항

가입자가 당사 플랜에서 이용할 수 있는 약 목록입니다.

- ❖ Wellcare는 Centene Corporation의 Medicare 브랜드로, Medicare와 계약을 체결한 HMO 플랜이자 승인된 Part D 후원사입니다. 당사 D-SNP 플랜은 주 Medi-Cal 프로그램과 계약을 맺고 있습니다. 당사 플랜의 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다.
- ❖ CalViva Health는 Medi-Cal Managed Care Plan (MCP)으로 Fresno, Kings 및 Madera 카운티에서의 Medi-Cal 관리형 진료를 위한 Local Initiative Health Plan입니다. CalViva Health는 풀서비스 건강 플랜으로 보건복지부(DHCS)와 계약을 맺어 Fresno, Kings 및 Madera 카운티에 해당하는 모든 우편번호를 대상으로 한 투플랜 모델의 Medi-Cal 관리형 의료 가입자에게 Medi-Cal 보장 서비스를 제공합니다. CalViva Health는 Health Net Community Solutions, Inc.와 고정 금액으로 계약을 맺어 Fresno, Kings 및 Madera 카운티에 해당하는 모든 우편번호를 대상으로 Medi-Cal 보장 서비스를 제공합니다. Health Net Community Solutions, Inc.는 Health Net, LLC 및 Centene Corporation의 자회사이며, Fresno, Kings 및 Madera 카운티에 해당하는 모든 우편번호를 대상으로 한 CalViva Health MCP의 계약된 관리자입니다.
- ❖ 당사 플랜의 최신 **보장 의약품 목록**은 wellcare.com/healthnetCA에서 온라인으로 항상 확인하거나 Wellcare Dual Align 가입자 서비스부에 1-800-431-9007 또는 Wellcare CalViva Health Dual Align 가입자 서비스부에 1-833-236-2366(TTY 711)번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 상담이 가능합니다.
- ❖ 이 문서를 큰 활자체 인쇄본, 점자, 오디오 등 다른 형태로 된 것을 무료로 받을 수 있습니다. Wellcare Dual Align 가입자 서비스부에 1-800-431-9007번으로 또는 Wellcare CalViva Health Dual Align 가입자 서비스부에 1-833-236-2366(TTY 711)번으로 문의해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 상담이 가능합니다. 통화는 무료입니다.
- ❖ 이 문서는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 및 베트남어로 무료로 이용하실 수 있습니다.

이 절은 다음 페이지에 계속됩니다.



문의 사항이 있는 경우, Wellcare Dual Align 가입자 서비스부에 1-800-431-9007번으로 또는 Wellcare CalViva Health Dual Align 가입자 서비스부에 1-833-236-2366(TTY 711)번으로 문의해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 상담이 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

- ❖ 대체 형식(대형 인쇄, 오디오, 액세스 가능한 전자 형식, 기타 형식) 또는 다른 선호 언어를 요청하고 싶은 경우 Wellcare Dual Align 가입자 서비스부는 1-800-431-9007 또는 Wellcare CalViva Health Dual Align 가입자 서비스부는 1-833-236-2366(TTY 711)번으로 문의하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 상담이 가능합니다. 통화는 무료입니다.
 - 인쇄물을 요청한 후 계속해서 같은 형식으로 받기 원하시면 요청에 대한 종료 요청이 있을 때까지 당사가 매년 계속해서 제공합니다.
 - 문의/우려 사항이 있거나 선호 언어 및/또는 형식 요청을 업데이트하고 싶은 경우 Wellcare Dual Align 가입자 서비스부는 1-800-431-9007 또는 Wellcare CalViva Health Dual Align 가입자 서비스부는 1-833-236-2366(TTY 711)번으로 문의하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 상담이 가능합니다. 통화는 무료입니다.

B. 자주 묻는 질문(FAQ)

보장 약 목록 관련 문의에 대한 답변을 확인하십시오. 더 알아보거나 질문 및 답변을 찾아보려면 자주 묻는 질문(FAQ)을 모두 읽으시면 됩니다.

B1. 보장 약 목록에 어떤 처방약이 있습니까? (보장 약 목록을 줄여서 '약 목록'이라고 부릅니다.)

16페이지에서 시작되는 *보장 의약품* 목록에 있는 약은 Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) 및 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에서 보장되는 약입니다. 이 약들은 당사의 네트워크에 소속된 약국에서 구할 수 있습니다. 약국이 당사와 협력하여 가입자에게 서비스를 제공하기로 계약을 체결하면 당사 네트워크 소속 약국이 됩니다. 이러한 약국을 '네트워크 소속 약국'이라고 합니다. 이 보장 약 목록에 포함된 처방약은 당사 플랜에 의해 보장됩니다. 비처방 (OTC) 약물 또는 특정 비타민 등 기타 약은 Medi-Cal Rx에서 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문해 주십시오. 또한 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터(800-977-2273)로 문의할 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방을 받을 때 Medi-Cal 수혜자 신분증(BIC)을 가져와 주십시오.

- 당사 플랜은 다음과 같은 경우 약 목록에서 의학적으로 필요한 모든 약을 보장합니다.
 - 가입자의 의사나 기타 처방자가 가입자의 건강이 개선되거나 유지되기 위해서 필요하다고 하고,
 - 당사 플랜에서 해당 약이 귀하에게 의학적으로 필요하다는 것을 **동의하며**,
 - 처방약은 반드시 플랜 네트워크 소속 약국에서 조제받아야 합니다.
- 어떤 경우에는 약을 받기 전에 조치를 취해야 할 수도 있습니다. 자세한 내용은 질문 B4를 참조하십시오.

또한 언제든지 wellcare.com/healthnetCA에서 온라인으로 당사에서 보장하는 최신 의약품 목록을 확인하시거나 이 문서의 바닥글에 기재된 가입자 서비스부 전화번호로 문의하실 수 있습니다.

B2. 약 목록이 변경되는 경우도 있나요?

예. 변경 시 당사 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal 규칙을 준수해야 합니다. 당사는 해당 연도에 약 목록에 약을 추가하거나 제거할 수 있습니다.

당사는 또한 약에 관련된 당사의 규칙을 변경할 수 있습니다. 예를 들어 당사는

- 약에 대해 사전 승인을 요청해야 하는지 여부를 결정할 수 있습니다(사전 승인은 가입자가 약을 받기 전에 당사 플랜에서 내주는 허가를 말합니다).
- 가입자가 받을 수 있는 약의 분량(분량 제한이라고 부릅니다)을 추가하거나 변경할 수 있습니다.
- 약에 대한 단계적 치료 제한을 추가하거나 변경할 수 있습니다(단계적 치료는 다른 약을 보장받기 전에 어떤 약을 먼저 시도해 봐야 함을 의미합니다).

이러한 약 규칙에 대한 자세한 내용은 질문 B4를 참조하십시오.

일반적으로 가입자가 **연초**에 보장 약 목록의 약을 복용 중이면 당사는 통상적으로 **해당 연도의 남은 기간**에 해당 약의 보장을 중단하거나 변경하지 않습니다. 단,

- 현재 약 목록의 약만큼 효과가 있으면서 더 저렴한 새 약이 시장에 **진출하거나**
- 목록의 약이 안전하지 않음을 **알게 되거나,**
- 목록의 약이 시장에서 퇴출되는 경우는 해당하지 않습니다.

아래의 질문 B3 및 B6을 보시면 약 목록이 변경될 경우 어떻게 되는지 더 자세히 알 수 있습니다.

- 당사 플랜의 최신 의약품 목록은 wellcare.com/healthnetCA에서 온라인으로 항상 확인할 수 있습니다.
- 또한 이 페이지의 하단에 기재된 가입자 서비스부 번호로 문의하여 최신 약 목록을 확인할 수 있습니다.



문의 사항이 있는 경우, Wellcare Dual Align 가입자 서비스부에 1-800-431-9007번으로 또는 Wellcare CalViva Health Dual Align 가입자 서비스부에 1-833-236-2366(TTY 711)번으로 문의해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 상담이 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

B3. 약 목록이 변경되면 어떻게 되나요?

약 목록의 변경이 **즉각적으로** 이루어지는 경우도 있습니다. 예를 들면,

- **새로운 제네릭 약이 구매 가능해지는 경우.** 때때로 현재 약 목록의 브랜드 약만큼 효과가 있는 새로운 제네릭 약이 시장에 진출하기도 합니다. 그러면 브랜드 약을 삭제하고 새로운 제네릭 약을 추가할 수 있습니다. 다만 가입자가 새 약에 지불하는 비용은 \$0로 동일합니다. 당사가 새로운 제네릭 약을 추가할 경우 목록 상의 브랜드 약을 유지하되 관련 보장 규칙이나 한도를 변경할 수도 있습니다.
 - 변경 전에는 알려 드리지 않지만, 일단 변경이 되면 구체적인 변경 정보를 보내 드립니다.
 - 가입자 또는 가입자의 제공자는 이러한 변경에 대한 예외를 요청할 수 있습니다. 당사는 가입자에게 예외 요청 시 봐야 할 단계에 대한 통지를 보내 드립니다. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10~B12를 참조하십시오.
- **약이 시장에서 퇴출되는 경우.** 만약 식품의약국(FDA)에서 가입자가 복용 중인 약이 안전하지 않다고 판단하거나 제조업체가 약의 생산을 중단하는 경우, 당사는 해당 약을 약 목록에서 제외합니다. 가입자가 해당 약을 복용 중인 경우 이 사실을 가입자에게 알려 드릴 것입니다. 가입자의 의사 또는 기타 처방자에게 상담하여 가능한 유사한 약이 약 리스트에 있는지 판단하는 데 도움을 받으시기 바랍니다.

당사가 가입자가 복용 중인 약에 영향을 미치는 기타 다른 변경을 행할 수 있습니다. 약 목록에 대한 이러한 기타 변경에 대해 미리 알려 드립니다. 이러한 변경은 다음의 경우에 생길 수 있습니다.

- 식품의약국(FDA)에서 새로운 지침을 보내오거나 약에 대한 새로운 임상 지침이 생길 경우.
- 시장에 이미 진출한 제네릭 약을 추가하고 **또한**
 - 그것이 현재 약 목록에 있는 브랜드 약을 대체, **또는**
 - 해당 브랜드 약에 대한 보장 규칙이나 한도가 변경되는 경우.

이러한 변경이 있을 경우, 당사는

- 최소한 약 목록이 변경되기 30일 전에 가입자에게 **알리거나,**
- 가입자가 재조제를 요청한 후에는 변경 사실을 알림과 함께 30일분의 약을 제공합니다.

이로써 가입자는 가입자의 의사 또는 기타 처방자와 의논할 시간을 얻게 됩니다. 이들은 다음에 대한 도움을 줄 수 있습니다.

- 약 목록 상에 가입자가 복용할 수 있는 유사한 약이 있는지 여부 **또는**
- 이러한 변경에 대해 예외를 요청할 것인지 여부. 이 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10~B12를 참조하십시오.

B4. 약 보장에 제한이나 한도가 있나요 아니면 특정한 약을 얻기 위해 취해야 하는 조치가 있나요?

예, 일부 약은 보장 규칙이 적용되거나, 받을 수 있는 양에 제한이 있습니다. 가입자가 해당 약을 받기 전에 가입자나 가입자의 의사 또는 기타 처방자가 조치를 취해야 하는 경우도 있습니다. 예를 들면,

- **사전 승인:** 일부 약에 대해 가입자 또는 담당 의사 또는 기타 처방자가 처방전을 조제하기 전에 당사 플랜에 의해 승인을 받아야 합니다. 사전 승인은 진료 의뢰와는 다른 것입니다. 사전 승인을 받지 않으면 당사 플랜에서 약을 보장하지 않을 수 있습니다.
- **분량 제한:** 때때로 당사 플랜은 가입자가 받을 수 있는 약의 분량을 제한합니다.
- **단계 치료:** 때때로 당사 플랜에서 단계 치료를 요구하는 경우가 있습니다. 이것은 가입자의 의학적 상태를 위해 약들을 특정한 순서로 시도해야 함을 의미합니다. 가입자는 다른 약을 보장받기 전에 어떤 약을 먼저 시도해 봐야 할 수도 있습니다. 의사가 첫 번째 의약품이 효과가 없다고 판단하면 당사에서 두 번째 의약품을 보장할 것입니다.

가입자의 약에 추가 요건 또는 제한 사항이 있는지 여부는 16페이지에서 시작되는 표에서 확인할 수 있습니다. 당사 웹사이트 wellcare.com/healthnetCA에서도 더 자세한 정보를 확인할 수 있습니다. 사전 승인 및 단계적 치료법 제한에 관한 온라인 문서가 게시되어 있습니다. 당사에 사본의 송부를 요청할 수도 있습니다.

가입자는 이러한 제한에 대한 예외를 요청할 수 있습니다. 이로써 가입자는 가입자의 의사 또는 기타 처방자와 의논할 시간을 얻게 됩니다. 대신 복용할 만한 비슷한 약이 약 목록에 있는지 또는 예외 처리를 신청해야 할지 이들이 도와드릴 것입니다. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10~B12를 참조하십시오.

B5. 원하는 약에 대한 제한이 있는지 또는 약을 복용하기 위해 취해야 할 조치가 있는지 어떻게 알 수 있습니까?

16페이지의 의학적 상태에 따른 약 목록에는 ‘사용 시 필요한 조치, 제한 또는 한도’라는 명칭의 열이 있습니다.



문의 사항이 있는 경우, Wellcare Dual Align 가입자 서비스부에 1-800-431-9007번으로 또는 Wellcare CalViva Health Dual Align 가입자 서비스부에 1-833-236-2366(TTY 711)번으로 문의해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 상담이 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

B6. 당사 플랜의 약 보장 규칙(예를 들어 사전 승인, 분량 제한 및/또는 단계적 치료 제한 등)이 변경되면 어떻게 되나요?

경우에 따라 약에 대한 사전 승인, 분량 제한 및/또는 단계적 치료 제한이 추가되거나 변경이 생기는 경우 사전에 가입자에게 알려 드립니다. 이 사전 고지 그리고 약 목록의 약에 대한 규칙이 변경될 때 사전에 알리지 못할 수 있는 상황 등에 대한 자세한 내용은 질문 B3을 참조하십시오.

B7. 약 목록에서 약을 어떻게 찾나요?

두 가지 방법으로 약을 찾을 수 있습니다.

- 알파벳 순으로 **검색하거나**
- 의학적 상태를 기준으로 검색할 수 있습니다.

알파벳 순서로 찾으려면 보장 약 색인 절에서 약을 찾으십시오. 약의 철자를 아는 경우 찾을 수 있습니다. 보장 약 색인은 약 목록에 포함된 모든 약의 알파벳 순 목록을 제공합니다. 브랜드 약과 제네릭 약은 색인 목록에 나열되어 있습니다. Medi-Cal Rx에 따라 보장되는 OTC 약은 약 목록에 나열되지 않습니다.

의학적 상태로 찾으려면 16페이지의 '의학적 상태에 따른 약 목록' 절을 확인하십시오. 이 절에 기재된 약은 어떤 유형의 의학적 증상 치료에 이용되는가를 기초로 여러 범주로 나뉩니다. 예를 들어, 심장 질환이 있는 경우 심혈관, 고혈압 및 지질 범주를 확인해야 합니다. 이 범주에서 심장 질환을 치료하는 약을 찾을 수 있습니다.

B8. 복용을 희망하는 약이 약 목록에 없을 때 어떻게 하나요?

약 목록에 가입자가 원하는 약이 없을 경우 이 문서의 바닥글에 기재된 고객 서비스부 전화번호로 연락하여 문의해 주십시오. 당사 플랜이 해당 약을 보장하지 않음을 알게 된 경우 가입자는 다음 중 하나를 수행할 수 있습니다.

- 가입자 서비스부에 복용하고 싶은 약 목록을 요청해 주십시오. 해당 목록을 가입자의 의사 또는 기타 처방자에게 보여 주십시오. 의사 또는 다른 처방자는 가입자가 복용하기를 원하는 약과 유사한 약을 약 목록에서 처방할 수 있습니다. **또는**
- 예외를 인정하여 가입자의 약에 혜택을 적용해 달라고 당사 플랜에 요청하실 수 있습니다. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10~B12를 참조하십시오.

B9. 새로 플랜에 가입했는데 약 목록에서 내 약을 찾을 수 없거나 약 수령에 문제가 있는 경우 어떻게 해야 하나요?

저희가 도와드리겠습니다. 당사는 가입자가 당사 플랜에 가입한 후 처음 90일 동안 가입자의 약 30일분에 대해 임시로 보장할 수 있습니다. 이로써 가입자는 가입자의 의사 또는 기타 처방자와 의논할 시간을 얻게 됩니다. 대신 복용할 만한 비슷한 약이 약 목록에 있는지 또는 예외 처리를 신청해야 할지 이들이 도와드릴 것입니다.

가입자의 처방 기간이 더 짧은 경우 당사는 최장 30일분의 약 제공을 위해 여러 번의 재조제를 허용합니다.

다음의 경우 당사는 가입자의 약 30일분을 보장합니다.

- 가입자가 당사의 약 목록에 없는 약을 복용 중인 경우, **또는**
- 당사 플랜의 규칙 상 가입자의 처방자가 지시한 분량을 가입자가 받을 수 없는 경우, **또는**
- 이 약이 당사 플랜에 의한 사전 승인을 필요로 **하거나**
- 가입자가 단계적 치료 제한의 일부인 약을 복용 중인 경우.

당사 플랜이 Part D 약으로 간주하지 않는 약을 복용 중인 경우, 약 72시간 분량을 한 번 공급받을 권리가 있습니다.

가입자가 요양원이나 기타 장기요양 시설에 입소 중이고 약 목록에 없는 약을 필요로 하거나 필요한 약을 쉽게 얻을 수 없는 경우 당사가 도와드립니다. 90일 넘게 플랜에 가입되어 있고, 현재 장기요양 시설에 입소해 있으며, 약을 즉시 공급받아야 하는 경우,

- 새로운 플랜 회원인지 여부와 관계없이 필요한 약 31일분을 1회 보장합니다(단, 가입자의 처방 기간이 더 짧지 않아야 함).
- 이는 당사 플랜에 가입한 후 처음 90일 동안의 임시 공급분 외에 추가로 제공됩니다.

치료 수준이 변경될 경우 당사는 약의 임시 공급분을 보장합니다. 퇴원할 때 치료 수준이 변경됩니다. 장기요양 시설로 옮기거나 시설에서 나오는 경우에도 발생합니다.

- 장기요양 시설이나 병원에서 집으로 옮기고 임시 공급분이 필요한 경우 30일 공급분 1회를 보장합니다. 가입자의 처방전에 더 적은 기간의 공급분이 적혀 있다면 총 합산하여 최대 30일 공급분을 제공하도록 재조제를 허용합니다.
- 집이나 병원에서 장기요양 시설로 옮기고 임시 공급분이 필요한 경우 30일 공급분 1회를 보장합니다. 가입자의 처방전에 더 적은 기간의 공급분이 적혀 있다면 총 합산하여 최대 30일 공급분을 제공하도록 재조제를 허용합니다.



문의 사항이 있는 경우, Wellcare Dual Align 가입자 서비스부에 1-800-431-9007번으로 또는 Wellcare CalViva Health Dual Align 가입자 서비스부에 1-833-236-2366(TTY 711)번으로 문의해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 상담이 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

B10. 원하는 약의 보장에 예외를 요청할 수 있나요?

네. 약 목록에 없는 약을 보장하도록 예외를 인정해 달라고 당사 플랜에 요청할 수 있습니다.

가입자는 또한 당사에 가입자의 약에 대한 규칙을 변경해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

- 예를 들어 당사 플랜은 당사가 보장하는 약의 양을 제한할 수 있습니다. 가입자의 약에 제한이 있는 경우, 해당 제한을 변경하고 더 많은 보장해 줄 것을 요청할 수 있습니다.
- 다른 예: 가입자는 단계적 치료 제한이나 사전 승인 요건을 낮춰 줄 것을 요청할 수 있습니다.

B11. 어떻게 예외를 요청할 수 있나요?

예외를 요청하려면 가입자 서비스부에 문의하십시오. 가입자 서비스부 상담원이 가입자 및 가입자의 제공자와 협력하여 예외 요청을 도울 것입니다. *가입자 안내서*의 9장에서 예외 사항에 대해 더 자세히 알아볼 수 있습니다.

B12. 예외를 적용받는 데 얼마나 걸리나요?

당사는 가입자의 예외 신청을 지원하는 처방자로부터 진술을 받은 후 72시간 내에 결정을 내립니다. 가입자, 가입자의 대리인 또는 담당 의사(또는 기타 처방자)는 가입자의 요청을 위해 당사에 전화, 편지 또는 팩스를 보낼 수 있습니다. 또한 당사 웹사이트를 통해 보장 결정 절차에 액세스하실 수 있습니다. 자세한 내용은 *가입자 안내서*의 2장, A절로 이동하여 '가입자 서비스'라는 절을 찾으십시오.

만약 가입자나 가입자의 처방자가 72시간 동안 기다리는 것이 가입자의 건강에 해로울 수 있다고 생각하면 신속한 예외를 요청할 수 있습니다. 이 경우 더 빠르게 결정이 납니다. 가입자의 처방자가 요청을 뒷받침해 줄 경우, 당사는 가입자의 처방자로부터 뒷받침하는 취지의 진술서를 받은 지 24시간 이내에 가입자에게 결정을 전달합니다.

B13. 제네릭 약이란 무엇입니까?

제네릭 약은 브랜드 약과 동일한 유효 성분으로 만들어진 것입니다. 복제약은 보통 브랜드 약보다 저렴하고 인지도는 떨어집니다. 제네릭 약은 식품의약국(FDA)으로부터 승인을 받은 것입니다.

당사 플랜은 브랜드 약 및 제네릭 약 둘 다에 혜택을 적용합니다.

B14. 일반의약품(OTC)이란 무엇입니까?

OTC는 처방전 없이 구입 가능한 ‘일반의약품(over-the-counter)’을 의미합니다. Medi-Cal Rx는 제공자가 처방전으로 작성한 일부 OTC 의약품을 보장합니다.

Medi-Cal Rx 약 목록을 읽고 어떤 OTC 약이 보장되는지 확인할 수 있습니다.

B15. 당사 플랜은 비의약 OTC 제품을 보장하나요?

Medi-Cal Rx는 제공자가 처방전으로 작성한 일부 비의약 OTC 제품을 보장합니다.

비의약 OTC 제품의 예로는 알코올 면봉 및 거즈가 있습니다.

Medi-Cal Rx 약 목록을 읽고 어떤 비OTC 제품이 보장되는지 확인할 수 있습니다.

B16. 당사 플랜은 처방약의 장기 공급을 보장하나요?

- **우편 주문 프로그램.** 당사는 우편 주문 프로그램을 제공하여 최대 100일 분량의 처방약을 집으로 직접 보내드립니다. 100일 공급분은 한 달 공급분과 코페이먼트가 같습니다.
- **100일 소매 약국 프로그램.** 일부 소매 약국에서도 최대 100일 분량의 보장 처방약을 제공할 수 있습니다. 100일 공급분은 한 달 공급분과 코페이먼트가 같습니다.

B17. 인근 약국에서 처방약을 집으로 배송 받을 수 있습니까?

인근 약국에서 처방약을 집으로 배송할 수 있습니다. 약국에 전화하여 배송 여부를 확인할 수 있습니다.

B18. 내 코페이먼트는 얼마인가요?

당사 플랜의 가입자가 플랜의 규칙을 준수한다면, 처방약, OTC 약, 비의약 상품에 대한 코페이먼트를 지불하지 않습니다. OTC 약과 비의약 상품에 대한 자세한 정보는 질문 B14와 B15를 참조하십시오.

범주는 당사 약 목록에 포함된 약의 그룹을 말합니다.

- 범주 1(모든 Part D 보장 약)에는 브랜드 약 및 제네릭 약이 포함됩니다. 이 범주에는 코페이먼트가 없습니다.

문의 사항은 이 페이지의 하단에 기재된 가입자 서비스부 전화번호로 문의하십시오.



문의 사항이 있는 경우, Wellcare Dual Align 가입자 서비스부에 1-800-431-9007번으로 또는 Wellcare CalViva Health Dual Align 가입자 서비스부에 1-833-236-2366(TTY 711)번으로 문의해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 상담이 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

C. 보장 약 목록의 개요

보장 약 목록은 당사 플랜이 보장하는 약에 대한 정보를 담고 있습니다. 목록에서 가입자의 약을 찾는 데 어려움이 있는 경우, INDEX-1 페이지에서 시작되는 보장 약 색인으로 이동해 주십시오. 이 색인은 당사 플랜이 보장하는 모든 약을 알파벳 순으로 나열합니다.

- **NM**은 가입자의 월간 우편 서비스 혜택을 통해 이용할 수 없는 약을 의미합니다. 이것은 가입자가 가진 처방규정의 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 열에 기재되어 있습니다.
- **PA**는 사전 승인을 의미합니다. 질문 B4를 참조하십시오.
- **PA-NS**는 신규 시작에 대한 사전 승인을 의미합니다. 이는 가입자가 새로운 약을 이용하려는 경우 그 처방약을 조제받기 전에 당사의 승인을 받아야 한다는 의미입니다. 가입 시에 해당 약을 복용 중이었다면 이 승인 기준을 충족시키도록 요구되지 않습니다.
- **B/D**는 Medicare B 또는 D 하에서 보장됨을 의미합니다. 이 약은 Medicare Part B 또는 Part D에 따라 비용을 지불받을 수 있습니다. 가입자는(또는 담당 의사는) 해당 약을 위한 처방전으로 조제를 받기 전에 그 약에 Medicare Part D에 따라 혜택이 적용되는지 판단하기 위해 당사의 사전 승인을 받을 것이 요구됩니다. 사전 승인을 받지 않을 경우, 당사는 해당 약을 보장하지 않을 수 있습니다.
- **QL**은 분량 제한을 의미합니다. 질문 B4를 참조하십시오.
- **LA**는 접근이 제한되는 약을 의미합니다. 이 처방전은 특정 약국에서만 사용할 수 있습니다. 자세한 내용은 제공자 및 약국 명부를 참조하거나 Wellcare Dual Align 가입자 서비스부의 경우 1-800-431-9007 또는 Wellcare CalViva Health Dual Align 가입자 서비스부의 경우 1-833-236-2366(TTY 711)번으로 문의하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 상담원에게 문의하시거나 wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.
- **ST**는 단계적 치료를 의미합니다. 질문 B4를 참조하십시오.
- **^**는 최대 30일분만 받을 수 있는 약을 의미합니다.

참고: Medi-Cal Rx가 보장하는 일반약(OTC)은 “Part D 약”이 아닙니다. 이러한 약은 이의 제기에 관한 규칙이 다릅니다.

- 이의 제기란 당사가 실수를 했다고 생각하실 때, 가입자의 보장에 대한 당사 결정을 재검토하고 변경할 것을 공식적으로 요청하는 방법입니다.
- 예를 들어 당사는 고객이 원하는 특정 약이 보장 대상이 아니거나 Medicare 또는 Medi-Cal에서 해당 약을 더 이상 보장하지 않는다고 결정을 내릴 수 있습니다.
- 가입자나 담당 의사가 당사의 결정에 동의하지 않으면, 가입자는 이의 제기를 하실 수 있습니다. 문의 사항은 이 문서의 바닥글에 기재된 가입자 서비스부 전화번호로 문의하십시오.
- 또한 가입자 안내서의 9장에서 결정에 이의를 제기하는 방법을 알아볼 수 있습니다.

c1. 의학적 상태에 따른 약 목록

이 절에 기재된 약은 어떤 유형의 의학적 증상 치료에 이용되는가를 기초로 여러 범주로 나뉩니다. 예를 들어, 심장 질환이 있는 경우 심혈관, 고혈압 및 지질 범주를 확인해야 합니다. 이 범주에서 심장 질환을 치료하는 약을 찾을 수 있습니다.

이 표에 나오는 부호와 약어의 의미에 대한 정보는 12페이지에 나와 있습니다.

해당 표의 첫번째 열에는 약 명칭이 기재되어 있습니다. 제네릭 약은 소문자 이탤릭체(예: *simvastatin*)로 표기되고 브랜드 약은 대문자로 표기됩니다(예: ELIQUIS).

'필요한 조치, 제약 사항 또는 사용 제한' 열에는 당사 플랜이 가입자의 약을 보장하는 데 적용하는 규칙이 있는지에 대한 정보가 담겨 있습니다.



문의 사항이 있는 경우, Wellcare Dual Align 가입자 서비스부에 1-800-431-9007번으로 또는 Wellcare CalViva Health Dual Align 가입자 서비스부에 1-833-236-2366(TTY 711)번으로 문의해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 상담이 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

Table of Contents

귀, 코/인후 약물	16
근골격계/류마티스학	16
기타 소모품	20
내분비/당뇨병	22
면역학, 백신/생명공학	30
비뇨기과	36
비타민, 혈액제/전해질	38
산부인과/부인과	41
심혈관계, 고혈압/지질	49
안과	60
위장병학	65
자율신경계/신경계 약물, 신경학/심리학	70
진단/기타 약제	95
피부과/국소 요법	99
항감염제	105
항암제/면역 억제제	121
호흡기 및 알레르기	136

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
귀, 코/인후 약물		
기타 귀 제제		
acetic acid otic (ear) solution 2 %	\$0 (1)	
flac otic oil otic (ear) drops 0.01 %	\$0 (1)	
fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %	\$0 (1)	
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %	\$0 (1)	
기타 약제		
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %), 205.5 mcg (0.15 %)	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	\$0 (1)	
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %), 42 mcg (0.06 %)	\$0 (1)	
kourzeq dental paste 0.1 %	\$0 (1)	
olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %	\$0 (1)	
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	\$0 (1)	
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	\$0 (1)	
중이 스테로이드/항생제		
CIPRO HC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 0.2-1 %	\$0 (1)	
ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %	\$0 (1)	QL (7.5 ML per 7 days)
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	\$0 (1)	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5- 10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	\$0 (1)	
근골격계/류마티스학		
골다공증 치료		
alendronate oral solution 70 mg/75 ml	\$0 (1)	QL (300 ML per 28 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
alendronate oral tablet 10 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg	\$0 (1)	QL (4 EA per 28 days)
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML)	\$0 (1)	PA; ^
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70 MG- 2,800 UNIT, 70 MG- 5,600 UNIT	\$0 (1)	ST; QL (4 EA per 28 days)
ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml	\$0 (1)	QL (3 ML per 68 days)
ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml	\$0 (1)	QL (3 ML per 68 days)
ibandronate oral tablet 150 mg	\$0 (1)	QL (1 EA per 30 days)
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (1)	QL (1 ML per 180 days)
raloxifene oral tablet 60 mg	\$0 (1)	
risedronate oral tablet 150 mg	\$0 (1)	QL (1 EA per 30 days)
risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)	\$0 (1)	QL (4 EA per 28 days)
risedronate oral tablet 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec) 35 mg	\$0 (1)	QL (4 EA per 28 days)
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (620MCG/2.48ML)	\$0 (1)	Only Teriparatide NDC 47781065289 is covered; PA; QL (2.48 ML per 28 days); ^
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	\$0 (1)	PA; ^
기타 류마티스 치료제		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	\$0 (1)	PA; QL (3.6 ML per 28 days); ^
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	\$0 (1)	PA; QL (3.6 ML per 28 days); ^
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (8 ML per 28 days); ^
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (8 ML per 28 days); ^
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	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	\$0 (1)	PA; QL (4 EA per 180 days); ^
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (4 EA per 28 days); ^
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	\$0 (1)	PA; QL (2 EA per 28 days); ^
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (4 EA per 28 days); ^
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; QL (6 EA per 28 days); ^
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; QL (6 EA per 28 days); ^
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; ^
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; ^
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; ^
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; QL (6 EA per 28 days); ^
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; QL (4 EA per 28 days); ^
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; QL (2 EA per 28 days); ^
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; QL (6 EA per 28 days); ^
IDACIO(CF) PEN CROHN-UC STARTR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (6 EA per 180 days); ^
IDACIO(CF) PEN PSORIASIS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (4 EA per 28 days); ^
IDACIO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (4 EA per 180 days); ^
IDACIO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (4 EA per 28 days); ^
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1)	PA; ^
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51)	\$0 (1) PA; ^
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	\$0 (1) PA; QL (55 EA per 180 days); ^
penicillamine oral tablet 250 mg	\$0 (1) ^
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days); ^
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	\$0 (1) PA; QL (84 EA per 180 days); ^
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	\$0 (1) PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (1) PA; QL (480 ML per 24 days); ^
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days); ^
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days); ^
통풍 치료	
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	\$0 (1)
colchicine oral tablet 0.6 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	\$0 (1)
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
probenecid oral tablet 500 mg	\$0 (1)
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg	\$0 (1)
기타 소모품	
기타 소모품	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	\$0 (1)	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	\$0 (1)	BD Preferred
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	\$0 (1)	PA; QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (1)	BD Preferred
V-GO 20 DEVICE	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
V-GO 30 DEVICE	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
V-GO 40 DEVICE	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
------	--

내분비/당뇨병

갑상선 호르몬

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 \$0 (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 \$0 (1)

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 \$0 (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 \$0 (1)

liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg \$0 (1)

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 \$0 (1)

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 \$0 (1)

기타 호르몬

ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML \$0 (1) PA; ^

cabergoline oral tablet 0.5 mg \$0 (1)

calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation \$0 (1)

calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml \$0 (1) B/D

calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg \$0 (1) B/D

calcitriol oral solution 1 mcg/ml \$0 (1) B/D

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0 (1) PA; LA; ^
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	\$0 (1) PA; ^
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	\$0 (1) B/D; QL (60 EA per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	\$0 (1) B/D; QL (120 EA per 30 days)
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	\$0 (1)
desmopressin injection solution 4 mcg/ml	\$0 (1) ^
desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)	\$0 (1)
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	\$0 (1)
desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	\$0 (1)
doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg	\$0 (1) B/D
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	\$0 (1) PA; ^
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1) PA; LA; ^
LUMIZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG	\$0 (1) PA; ^
mifepristone oral tablet 300 mg	\$0 (1) PA; ^
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	\$0 (1) PA; ^
pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)	\$0 (1) B/D
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg	\$0 (1) B/D
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	\$0 (1) ^
sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg	\$0 (1) PA; ^
sapropterin oral tablet,soluble 100 mg	\$0 (1) PA; ^
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (1) PA; LA

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)	\$0 (1)	
testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml	\$0 (1)	
testosterone transdermal gel 50 mg/5 gram (1 %)	\$0 (1)	PA; QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	\$0 (1)	PA; QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	\$0 (1)	PA; QL (150 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)	\$0 (1)	PA; QL (300 GM per 30 days)
tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg	\$0 (1)	PA; ^
zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml	\$0 (1)	B/D
zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 4 mg/100 ml	\$0 (1)	B/D
당뇨병 치료		
acarbose oral tablet 100 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
acarbose oral tablet 25 mg	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
acarbose oral tablet 50 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
alcohol pads topical pads, medicated	\$0 (1)	
BASAGLAR KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85 ML	\$0 (1)	PA; QL (3.4 ML per 28 days)
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	\$0 (1)	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1) QL (90 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	\$0 (1) QL (240 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1) QL (90 EA per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg	\$0 (1) QL (240 EA per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 (1) ^
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1) ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
metformin oral tablet 1,000 mg	\$0 (1)	QL (75 EA per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
metformin oral tablet 850 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	\$0 (1)	Generic for Glucophage XR; QL (120 EA per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	\$0 (1)	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	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 28 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (1)	(brand RELION not covered)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	\$0 (1)	PA; QL (3 ML per 28 days)
pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	\$0 (1) QL (15 ML per 25 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 5-500 MG	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	\$0 (1)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	\$0 (1) 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	\$0 (1) 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	\$0 (1) PA; QL (2 ML per 28 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	\$0 (1) 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	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	\$0 (1) QL (15 ML per 30 days)
부신 호르몬	
dexamethasone intensol oral drops 1 mg/ml	\$0 (1)
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml	\$0 (1)
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml	\$0 (1)
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	\$0 (1)
dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml	\$0 (1)
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml	\$0 (1)
dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml	\$0 (1)
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg	\$0 (1)
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	\$0 (1)
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1) B/D
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg	\$0 (1)
methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg	\$0 (1)
methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml	\$0 (1)
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)	\$0 (1)
prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml	\$0 (1)
prednisone oral solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (1)
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)	\$0 (1)
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	\$0 (1)
항갑상선제	
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)
propylthiouracil oral tablet 50 mg	\$0 (1)
면역학, 백신/생명공학	
백신/기타 면역학 의약품	
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	\$0 (1) NM
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	\$0 (1) NM
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0 (1) NM
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0 (1) NM

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	\$0 (1)	NM
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (1)	PA; NM; LA; ^
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (1)	NM
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (1)	NM
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (1)	NM
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	\$0 (1)	NM
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (1)	B/D; NM
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	\$0 (1)	B/D; NM
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	B/D; NM
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	\$0 (1)	PA; NM; ^
GAMASTAN INTRAMUSCULAR SOLUTION 15-18 % RANGE	\$0 (1)	NM
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	\$0 (1)	PA; NM; ^
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	\$0 (1)	PA; NM; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	\$0 (1)	PA; NM; ^
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (1)	PA; NM; LA; ^
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	\$0 (1)	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 %)	\$0 (1)	PA; NM; ^
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	\$0 (1)	NM
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	\$0 (1)	NM
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	B/D; NM
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	\$0 (1)	NM
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (1)	NM
IPOLE INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
IXCHIQ (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	\$0 (1)	NM
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	\$0 (1)	NM
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	\$0 (1)	NM
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10-5 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	\$0 (1)	NM
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	\$0 (1)	PA; NM; ^
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML), 10 % (25 ML), 10 % (300 ML), 10 % (50 ML)	\$0 (1)	PA; NM; ^
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	\$0 (1)	NM
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	\$0 (1)	NM
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	\$0 (1)	B/D; NM

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	\$0 (1)	NM
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (1)	PA; NM; ^
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	\$0 (1)	NM
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML, 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (58 UNT/ML)	\$0 (1)	NM
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	\$0 (1)	NM
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	\$0 (1)	NM
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	B/D; NM
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	B/D; NM
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	\$0 (1)	NM
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	\$0 (1)	NM
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	\$0 (1)	NM
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	A third dose may be considered in post-transplant members (PA required).; NM; QL (2 EA per 999 days)
STAMARIL (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,000 UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	\$0 (1)	NM
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	\$0 (1)	NM
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	\$0 (1)	NM
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	\$0 (1)	NM
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	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)	\$0 (1)	NM
생명공학 약물		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (1) PA-NS; QL (14 EA per 28 days); ^
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML, 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML	\$0 (1) PA; ^
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML)	\$0 (1) PA; ^
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0 (1) PA; QL (4 ML per 28 days); ^
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	\$0 (1) PA; QL (2 ML per 28 days); ^
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	\$0 (1) PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	\$0 (1) PA; ^
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	\$0 (1) PA; ^
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	\$0 (1) PA; ^
비뇨기과	
기타 비뇨기과 치료제	
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (1)
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (1) PA; LA
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1) PA
potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)	\$0 (1)
양성 전립선 비대증(BPH) 치료	
alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
dutasteride oral capsule 0.5 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
finasteride oral tablet 5 mg	\$0 (1)	
silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
tamsulosin oral capsule 0.4 mg	\$0 (1)	
항콜린제/경련 완화제		
darifenacin oral tablet extended release 24 hr 15 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	ST; QL (30 EA per 30 days)
fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 8 MG/ML	\$0 (1)	QL (300 ML per 28 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml	\$0 (1)	
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	\$0 (1)	
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg	\$0 (1)	ST; QL (30 EA per 30 days)
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
tropium oral tablet 20 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
-------------	--

비타민, 혈액제/전해질

기타 영양 제품

CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	\$0 (1) B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (1) B/D
electrolyte-148 intravenous parenteral solution	\$0 (1)
electrolyte-48 in d5w intravenous parenteral solution	\$0 (1)
electrolyte-a intravenous parenteral solution	\$0 (1)
intralipid intravenous emulsion 20 %	\$0 (1) B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 30 %	\$0 (1) B/D
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (1)
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (1)
ISOLYTE-S INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (1)
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (1) B/D

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (1)
PLENAMINE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	\$0 (1) B/D
premasol 10 % intravenous parenteral solution 10 %	\$0 (1) B/D
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (1) B/D
travasol 10 % intravenous parenteral solution 10 %	\$0 (1) B/D
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	\$0 (1) B/D
비타민/혈액제	
fluoride (sodium) oral tablet 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)	\$0 (1)
fluoride (sodium) oral tablet,chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)	\$0 (1)
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	\$0 (1)
전해질	
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg	\$0 (1) QL (360 EA per 30 days)
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg	\$0 (1) QL (360 EA per 30 days)
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq	\$0 (1)
klor-con 8 oral tablet extended release 8 meq	\$0 (1)
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq	\$0 (1)
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq	\$0 (1)
klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq	\$0 (1)
klor-con oral packet 20 meq	\$0 (1)
lactated ringers intravenous parenteral solution	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML	\$0 (1)
magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)	\$0 (1)
magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)	\$0 (1)
magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)	\$0 (1)
magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)	\$0 (1)
potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l	\$0 (1)
potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l	\$0 (1)
potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 20 meq/l	\$0 (1)
potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/50 ml, 20 meq/50 ml	\$0 (1)
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)	\$0 (1)
potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq	\$0 (1)
potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml	\$0 (1)
potassium chloride oral packet 20 meq	\$0 (1)
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq	\$0 (1)
potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l	\$0 (1)
potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l	\$0 (1)
potassium chloride-d5-0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l	\$0 (1)
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %	\$0 (1)
sodium chloride 3 % hypertonic intravenous parenteral solution 3 %	\$0 (1)
sodium chloride 5 % hypertonic intravenous parenteral solution 5 %	\$0 (1)
sodium chloride intravenous solution 2.5 meq/ml, 4 meq/ml	\$0 (1)
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 35- 20-5 MEQ/20 ML	\$0 (1)
산부인과/부인과	
경구피임제/관련 약제	
altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	\$0 (1)
apri oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg	\$0 (1)
abra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0 (1)
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
camrese oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	\$0 (1)
cryelle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	\$0 (1)
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	\$0 (1)
daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	\$0 (1)
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0 (1)
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg	\$0 (1)
elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg	\$0 (1)
emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	\$0 (1)
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	\$0 (1)
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	\$0 (1)
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg	\$0 (1)
jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	\$0 (1)
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0 (1)
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
kelnor 1-50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	\$0 (1)
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
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)	\$0 (1)
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$0 (1)
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	\$0 (1)
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	\$0 (1)
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	\$0 (1)
levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg	\$0 (1)
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	\$0 (1)
lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
mono-lynyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg	\$0 (1)
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	\$0 (1)
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)	\$0 (1)
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	\$0 (1)
philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg	\$0 (1)
pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0 (1)
pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	\$0 (1)
sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
syeda oral tablet 3-0.03 mg	\$0 (1)
tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$0 (1)
tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	\$0 (1)
tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	\$0 (1)
tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	\$0 (1)
tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	\$0 (1)
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	\$0 (1)
tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	\$0 (1)
tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	\$0 (1)
tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	\$0 (1)
trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	\$0 (1)
turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	\$0 (1)
velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg	\$0 (1)
vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg	\$0 (1)
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0 (1)
wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	\$0 (1)
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg	\$0 (1)
기타 산부인과/부인과	
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	\$0 (1)
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	\$0 (1)
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	\$0 (1)
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	\$0 (1)
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	\$0 (1)
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %	\$0 (1)
terconazole vaginal suppository 80 mg	\$0 (1)
tranexamic acid oral tablet 650 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	\$0 (1)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	\$0 (1)
에스트로겐/프로게스틴	
amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	\$0 (1)
camila oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
deblitane oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 10 MG/ML	\$0 (1)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	\$0 (1)
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	\$0 (1)
emzahh oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
errin oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)
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	\$0 (1)
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	\$0 (1)
estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)	\$0 (1)
estradiol vaginal tablet 10 mcg	\$0 (1)
estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml	\$0 (1)
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	\$0 (1)
fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
heather oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 10 MCG, 4 MCG	\$0 (1)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT, DOSE PACK 10 MCG, 4 MCG	\$0 (1)
incassia oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg	\$0 (1)
lyleq oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
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	\$0 (1)
lyza oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	\$0 (1)
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	\$0 (1)
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	\$0 (1)
nora-be oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	\$0 (1)
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	\$0 (1)
norlyda oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	\$0 (1)
progesterone intramuscular oil 50 mg/ml	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	\$0 (1)
sharobel oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
yuvaferm vaginal tablet 10 mcg	\$0 (1)
심혈관계, 고혈압/지질	
기타 심혈관 약제	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	\$0 (1) QL (450 ML per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)	\$0 (1)
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg	\$0 (1)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG	\$0 (1) PA
지질/콜레스테롤 저하제	
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (1) ST; QL (30 EA per 30 days); ^
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	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
cholestyramine (with sugar) oral powder 4 gram	\$0 (1)
cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram	\$0 (1)
cholestyramine light oral powder 4 gram	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
cholestyramine light oral powder in packet 4 gram	\$0 (1)
cholestyramine-aspartame oral powder in packet 4 gram	\$0 (1)
colesevelam oral powder in packet 3.75 gram	\$0 (1)
colesevelam oral tablet 625 mg	\$0 (1)
colestipol oral granules 5 gram	\$0 (1)
colestipol oral packet 5 gram	\$0 (1)
colestipol oral tablet 1 gram	\$0 (1)
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	\$0 (1) ST; QL (30 EA per 30 days)
ezetimibe oral tablet 10 mg	\$0 (1)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg	\$0 (1)
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg	\$0 (1)
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg	\$0 (1)
fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg	\$0 (1)
fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
gemfibrozil oral tablet 600 mg	\$0 (1)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	\$0 (1) PA
pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
prevalite oral powder 4 gram	\$0 (1)
prevalite oral powder in packet 4 gram	\$0 (1)
rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM, 1 GRAM	\$0 (1)
ZYPITAMAG ORAL TABLET 2 MG, 4 MG	\$0 (1) ST; QL (30 EA per 30 days)
질산염	
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (1)
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg	\$0 (1)
nitro-bid transdermal ointment 2 %	\$0 (1)
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	\$0 (1)
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	\$0 (1)
항고혈압 치료	
acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg	\$0 (1)
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg	\$0 (1)
amiloride oral tablet 5 mg	\$0 (1)
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg	\$0 (1)
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-valsartan-hcthiazyd oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	\$0 (1)	
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	\$0 (1)	
benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (1)	
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg	\$0 (1)	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	\$0 (1)	
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml	\$0 (1)	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	
candesartan oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
candesartan oral tablet 32 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	\$0 (1)
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	\$0 (1)
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	\$0 (1)
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr	\$0 (1)
diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml	\$0 (1)
diltiazem hcl oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (1)
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (1)
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)
diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (1)
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg	\$0 (1)
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)
fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg	\$0 (1)
furosemide injection solution 10 mg/ml	\$0 (1)
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	\$0 (1)
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1) PA
hydralazine injection solution 20 mg/ml	\$0 (1)
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	\$0 (1)
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg	\$0 (1)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (1)
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	\$0 (1)
losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	\$0 (1)
matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg	\$0 (1)
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
metyrosine oral capsule 250 mg	\$0 (1) PA; ^
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	\$0 (1)
moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg	\$0 (1)
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)
nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
nebivolol oral tablet 20 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg	\$0 (1)
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)
nimodipine oral capsule 30 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
nisoldipine oral tablet extended release 24 hr 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg	\$0 (1)
NYMALIZE ORAL SOLUTION 60 MG/10 ML	\$0 (1) ^
NYMALIZE ORAL SYRINGE 30 MG/5 ML, 60 MG/10 ML	\$0 (1) ^
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
olmesartan oral tablet 5 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
olmesartan-amlodipin-hcthiazyd 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	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (1)
propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	\$0 (1)
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (1)
quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (1)
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	\$0 (1)
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (1)	
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 80-12.5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	
torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (1)	
treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; ^
triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg	\$0 (1)	
triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg	\$0 (1)	
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
valsartan oral tablet 320 mg	\$0 (1)	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	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
verapamil intravenous solution 2.5 mg/ml	\$0 (1)	
verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg	\$0 (1)
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (1)
항부정맥 제제	
amiodarone intravenous solution 50 mg/ml	\$0 (1)
amiodarone intravenous syringe 150 mg/3 ml	\$0 (1)
amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0 (1)
disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg	\$0 (1)
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	\$0 (1)
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	\$0 (1)
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)
NORPACE CR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 100 MG, 150 MG	\$0 (1)
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0 (1)
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg	\$0 (1)
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	\$0 (1)
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	\$0 (1)
sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	\$0 (1)
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	\$0 (1)
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
혈액응고 요법	
aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg	\$0 (1)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (1)
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg	\$0 (1)
clopidogrel oral tablet 75 mg	\$0 (1)
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1) PA
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1) PA; LA; ^
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1) PA; LA; ^
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1) PA; LA; ^
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	\$0 (1) QL (74 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0 (1) QL (74 EA per 30 days)
enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml	\$0 (1)
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	\$0 (1)
fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml	\$0 (1) ^
fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml	\$0 (1)
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)	\$0 (1)
heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	\$0 (1) B/D

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NAACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 12,500 UNIT/250 ML	\$0 (1)
heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml	\$0 (1)
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	\$0 (1)
pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg	\$0 (1)
prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	\$0 (1) PA; LA; QL (360 EA per 30 days); ^
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	\$0 (1) PA; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (1) PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0 (1) PA; LA; 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	\$0 (1)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	\$0 (1) QL (51 EA per 30 days)
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	\$0 (1) QL (620 ML per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
안과	
교감신경흥분제	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	\$0 (1)
apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %	\$0 (1)
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %, 0.2 %	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
기타 녹내장 약물	
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	\$0 (1)
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 %	\$0 (1)
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %	\$0 (1)
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml	\$0 (1)
latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %	\$0 (1)
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	\$0 (1)
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	\$0 (1)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	\$0 (1)
travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %	\$0 (1)
기타 안과 의약품	
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %	\$0 (1)
ATROPINE SULFATE (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 1 %	\$0 (1)
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %	\$0 (1)
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %	\$0 (1)
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 %	\$0 (1) PA; LA; ^
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	\$0 (1) PA; LA; ^
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %	\$0 (1)
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %	\$0 (1)
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	\$0 (1) QL (5.5 ML per 30 days)
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 %	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %	\$0 (1)
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)	\$0 (1)
TYRVAYA NASAL SPRAY, METERED, NON-AEROSOL 0.03 MG/SPRAY	\$0 (1)
XDEMVI OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	\$0 (1) PA; QL (10 ML per 42 days); ^
ZERVIAE OPTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.24 %	\$0 (1)
녹내장 경구 약물	
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	\$0 (1)
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	\$0 (1)
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
베타 차단제	
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	\$0 (1)
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %	\$0 (1)
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	\$0 (1)
timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %	\$0 (1)
timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	\$0 (1)
비스테로이드성 소염제	
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %	\$0 (1)
BROMSITE OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %	\$0 (1)
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %	\$0 (1)
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %	\$0 (1)
ILEVRO OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %, 0.5 %	\$0 (1)
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	\$0 (1)
스테로이드	
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	\$0 (1)
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %	\$0 (1)
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	\$0 (1)
FLAREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 %	\$0 (1)
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	\$0 (1)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	\$0 (1)
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	\$0 (1)
prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %	\$0 (1)
스테로이드-항생제 병용	
neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	\$0 (1)
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %	\$0 (1)
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %	\$0 (1)
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml	\$0 (1)
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (1)
TOBRADEX ST OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.05 %	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %	\$0 (1)
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3- 0.5 %	\$0 (1)
항바이러스제	
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %	\$0 (1)
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	\$0 (1)
항생제	
ak-poly-bac ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	\$0 (1)
bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram	\$0 (1)
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	\$0 (1)
BESIVANCE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.6 %	\$0 (1)
CILOXAN OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 %	\$0 (1)
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %	\$0 (1)
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)	\$0 (1)
gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	\$0 (1)
gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)	\$0 (1)
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	\$0 (1)
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	\$0 (1)
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous 0.5 %	\$0 (1)
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	\$0 (1)
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml	\$0 (1)
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	\$0 (1)
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml	\$0 (1)
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	\$0 (1)
위장병학	
궤양 치료	
CARAFATE ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (1)
dexlansoprazole oral capsule,biphase delayed releas 30 mg, 60 mg	\$0 (1)
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg	\$0 (1)
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml	\$0 (1)
famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml	\$0 (1)
famotidine intravenous solution 10 mg/ml	\$0 (1)
famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	\$0 (1) QL (300 ML per 30 days)
famotidine oral tablet 20 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
famotidine oral tablet 40 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
lansoprazole oral tablet, disintegrat, delay rel 15 mg, 30 mg	\$0 (1)	
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	\$0 (1)	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0 (1)	
omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	
omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
pantoprazole intravenous recon soln 40 mg	\$0 (1)	
pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg	\$0 (1)	
pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg	\$0 (1)	
sucralfate oral suspension 100 mg/ml	\$0 (1)	
sucralfate oral tablet 1 gram	\$0 (1)	
기타 위장약		
alosetron oral tablet 0.5 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
alosetron oral tablet 1 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days); ^
aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	B/D
aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)	\$0 (1)	B/D
balsalazide oral capsule 750 mg	\$0 (1)	
betaine oral powder 1 gram/scoop	\$0 (1)	LA; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
budesonide oral tablet,delayed and ext.release 9 mg	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days); ^
compro rectal suppository 25 mg	\$0 (1)	
constulose oral solution 10 gram/15 ml	\$0 (1)	
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	\$0 (1)	
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml	\$0 (1)	
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	B/D; QL (60 EA per 30 days)
enulose oral solution 10 gram/15 ml	\$0 (1)	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
GATTEX ONE-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram	\$0 (1)	
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	\$0 (1)	
generlac oral solution 10 gram/15 ml	\$0 (1)	
GOLYTELY ORAL RECON SOLN 236-22.74-6.74 -5.86 GRAM	\$0 (1)	
granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)	\$0 (1)	
granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 1 mg/ml (1 ml)	\$0 (1)	
granisetron hcl oral tablet 1 mg	\$0 (1)	B/D
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml	\$0 (1)	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %	\$0 (1)	
lactulose oral solution 10 gram/15 ml, 10 gram/15 ml (15 ml), 20 gram/30 ml	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	\$0 (1)	
mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram, 800 mg	\$0 (1)	
mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml	\$0 (1)	
mesalamine rectal suppository 1,000 mg	\$0 (1)	
mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml	\$0 (1)	
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml	\$0 (1)	
metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml	\$0 (1)	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml	\$0 (1)	
ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml	\$0 (1)	
ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml	\$0 (1)	
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml	\$0 (1)	
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	
peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram	\$0 (1)
PLENVU ORAL POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL 140-9-5.2 GRAM	\$0 (1)
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)	\$0 (1)
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	\$0 (1)
procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	\$0 (1)
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	\$0 (1)
proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	\$0 (1)
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	\$0 (1) QL (30 GM per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	\$0 (1) PA; ^
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML, 8 MG/0.4 ML	\$0 (1) PA; ^
REMICADE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	\$0 (1) PA; ^
scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days	\$0 (1) PA; QL (10 EA per 30 days)
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	\$0 (1) PA; QL (30 ML per 135 days); ^
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	\$0 (1) PA; QL (1.2 ML per 56 days); ^
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	\$0 (1) 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)	\$0 (1)
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML	\$0 (1) PA; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
sulfasalazine oral tablet 500 mg	\$0 (1)
sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	\$0 (1)
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM	\$0 (1)
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG	\$0 (1)
ursodiol oral capsule 300 mg	\$0 (1)
ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
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	\$0 (1)
지사제/경련 완화제	
dicyclomine oral capsule 10 mg	\$0 (1)
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml	\$0 (1)
dicyclomine oral tablet 20 mg	\$0 (1)
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml	\$0 (1)
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	\$0 (1)
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1)
loperamide oral capsule 2 mg	\$0 (1)
자율신경계/신경계 약물, 신경학/심리학	
근육 이완제/경련 방지 치료	
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1) PA
dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	\$0 (1)
tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg	\$0 (1)
기타 신경 치료	
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0 (1) PA; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0 (1) PA; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	\$0 (1) PA; QL (120 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG	\$0 (1) PA; ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	\$0 (1) 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	\$0 (1) PA; ^
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	\$0 (1) PA; QL (42 EA per 28 days); ^
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days)
donepezil oral tablet 10 mg	\$0 (1)
donepezil oral tablet 5 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg	\$0 (1)
donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
ingolimod oral capsule 0.5 mg	\$0 (1) PA-NS; QL (28 EA per 28 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml	\$0 (1)	
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 ML per 30 days); ^
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (12 ML per 28 days); ^
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 ML per 30 days); ^
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (12 ML per 28 days); ^
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	\$0 (1)	PA
memantine oral solution 2 mg/ml	\$0 (1)	PA
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	\$0 (1)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0 (1)	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days); ^
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (20 ML per 135 days); ^
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML	\$0 (1)	PA; ^
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML	\$0 (1)	PA; ^
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	\$0 (1)	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	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
TECFIDERA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 120 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (14 EA per 7 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
TECFIDERA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 120 MG (14)- 240 MG (46)	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
TECFIDERA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 240 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days); ^
tetrabenazine oral tablet 25 mg	\$0 (1)	PA; QL (120 EA per 30 days); ^
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
마약성 진통제		
acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml	\$0 (1)	QL (2700 ML per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg	\$0 (1)	QL (400 EA per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
endocet oral tablet 10-325 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg	\$0 (1)	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	\$0 (1)	PA; QL (120 EA per 30 days); ^
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg	\$0 (1)	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	\$0 (1)	PA; QL (10 EA per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml	\$0 (1)	QL (2700 ML per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
hydromorphone oral liquid 1 mg/ml	\$0 (1)	QL (600 ML per 30 days)
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
HYSINGLA ER ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT.REL.24 HR 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
methadone intensol oral concentrate 10 mg/ml	\$0 (1)	PA; QL (90 ML per 30 days)
methadone oral concentrate 10 mg/ml	\$0 (1)	PA; QL (90 ML per 30 days)
methadone oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	\$0 (1)	PA; QL (450 ML per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
morphine (pf) intravenous patient control.analgesia soln 30 mg/30 ml (1 mg/ml)	\$0 (1)	
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)	\$0 (1)	QL (180 ML per 30 days)
MORPHINE INJECTION SOLUTION 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	\$0 (1)	
MORPHINE INJECTION SYRINGE 2 MG/ML	\$0 (1)	
morphine injection syringe 4 mg/ml	\$0 (1)	
morphine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/ml	\$0 (1)	
MORPHINE INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML, 8 MG/ML	\$0 (1)	
morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml	\$0 (1)	
MORPHINE INTRAVENOUS SYRINGE 8 MG/ML	\$0 (1)	
morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
morphine oral tablet 15 mg, 30 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
morphine sulfate 4 mg/ml vial inner, sub	\$0 (1)	
oxycodone oral capsule 5 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone oral concentrate 20 mg/ml	\$0 (1)	QL (180 ML per 30 days)
oxycodone oral solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
비마약성 진통제		
buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
butorphanol injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml	\$0 (1)	
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
celecoxib oral capsule 400 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg	\$0 (1)	
diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	
diclofenac sodium topical gel 1 %	\$0 (1)	QL (1000 GM per 28 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg	\$0 (1)
diflunisal oral tablet 500 mg	\$0 (1)
ec-naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
ec-naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	\$0 (1) QL (90 EA per 30 days)
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg	\$0 (1)
etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg	\$0 (1)
etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg	\$0 (1)
flurbiprofen oral tablet 100 mg	\$0 (1)
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg	\$0 (1)
ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml	\$0 (1)
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	\$0 (1)
meloxicam oral tablet 15 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
meloxicam oral tablet 7.5 mg	\$0 (1)
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg	\$0 (1)
nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml	\$0 (1)
naloxone injection solution 0.4 mg/ml	\$0 (1)
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml	\$0 (1)
naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation	\$0 (1)
naltrexone oral tablet 50 mg	\$0 (1)
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg	\$0 (1)
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	\$0 (1) QL (90 EA per 30 days)
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
oxaprozin oral tablet 600 mg	\$0 (1)
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	\$0 (1)
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	\$0 (1)
tramadol oral tablet 50 mg	\$0 (1) QL (240 EA per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	\$0 (1) QL (240 EA per 30 days)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 380 MG	\$0 (1)
심리 치료 약물	
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	\$0 (1) QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	\$0 (1) QL (1 EA per 28 days)
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1) QL (150 EA per 30 days)
amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	\$0 (1) QL (900 ML per 30 days)
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	\$0 (1)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	\$0 (1) QL (3.9 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	\$0 (1) QL (1.6 ML per 28 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	\$0 (1)	QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	\$0 (1)	QL (3.2 ML per 28 days)
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
armodafinil oral tablet 50 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45- 105 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	\$0 (1)	
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
chlorpromazine injection solution 25 mg/ml	\$0 (1)	
chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml	\$0 (1)	
citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	PA-NS
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
clozapine oral tablet 100 mg	\$0 (1)	QL (270 EA per 30 days)
clozapine oral tablet 200 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg	\$0 (1)	QL (270 EA per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 12.5 mg, 25 mg	\$0 (1)	
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
dexmethylphenidate oral tablet 10 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
dexmethylphenidate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; QL (120 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 20 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
diazepam injection syringe 5 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (240 ML per 30 days)
diazepam oral concentrate 5 mg/ml	\$0 (1)	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)	\$0 (1)	PA-NS; QL (1200 ML per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	
doxepin oral concentrate 10 mg/ml	\$0 (1)	
doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2)	\$0 (1)	PA-NS
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	\$0 (1)	
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	
fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	\$0 (1)
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	\$0 (1)
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	\$0 (1)
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	\$0 (1)
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days)
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 3 mg	\$0 (1) PA; 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)	\$0 (1)
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	\$0 (1)
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	\$0 (1)
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	\$0 (1) QL (3.5 ML per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	\$0 (1) QL (5 ML per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	\$0 (1) QL (0.75 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	\$0 (1) QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	\$0 (1) QL (1.5 ML per 28 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	\$0 (1)	QL (0.25 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	\$0 (1)	QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	\$0 (1)	QL (0.88 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	\$0 (1)	QL (1.32 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	\$0 (1)	QL (1.75 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	\$0 (1)	QL (2.63 ML per 90 days)
lisdexamfetamine oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
lisdexamfetamine oral capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
lisdexamfetamine oral tablet,chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
lisdexamfetamine oral tablet,chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg	\$0 (1)	
lithium carbonate oral tablet 300 mg	\$0 (1)	
lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg	\$0 (1)	
lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml	\$0 (1)	
lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml	\$0 (1)	
lorazepam injection syringe 2 mg/ml	\$0 (1)	
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml	\$0 (1)	QL (150 ML per 30 days)
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	\$0 (1)	QL (150 ML per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (1)	
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
lurasidone oral tablet 80 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days); ^
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml	\$0 (1)	PA; QL (900 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)	PA; QL (1800 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; QL (180 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; QL (180 EA per 30 days)
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	
mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg	\$0 (1)	
modafinil oral tablet 100 mg	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg	\$0 (1)	
nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	\$0 (1)	
nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	
nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml	\$0 (1)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
olanzapine intramuscular recon soln 10 mg	\$0 (1)	QL (3 EA per 1 day)
olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet 30 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	\$0 (1)	QL (1 EA per 30 days)
phenelzine oral tablet 15 mg	\$0 (1)	
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	
protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	\$0 (1)	
QUETIAPINE ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	\$0 (1)	QL (2 EA per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	\$0 (1)	QL (240 ML per 30 days)
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	\$0 (1)	
risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
risperidone oral tablet, disintegrating 1 mg, 2 mg, 3 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
risperidone oral tablet, disintegrating 4 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
sertraline oral concentrate 20 mg/ml	\$0 (1)	
sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
SODIUM OXYBATE ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (540 ML per 30 days); ^
temazepam oral capsule 15 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	
tranylcypromine oral tablet 10 mg	\$0 (1)	
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	\$0 (1)	
trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	
trimipramine oral capsule 100 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
trimipramine oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg	\$0 (1)	
venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (600 ML per 30 days); ^
vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	\$0 (1)	
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
VYVANSE ORAL CAPSULE 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
VYVANSE ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
VYVANSE ORAL TABLET,CHEWABLE 40 MG, 50 MG, 60 MG	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)	\$0 (1)	QL (6 EA per 3 days)
zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
ZYPREXA RELPREV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (2 EA per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (2.4 EA per 30 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
ZYPREXA RELPREV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (1.2 EA per 30 days); ^
편두통/군발성 두통 치료		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (1 ML per 30 days)
dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml	\$0 (1)	^
dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	\$0 (1)	PA; QL (3 ML per 30 days); ^
ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg	\$0 (1)	PA; QL (40 EA per 28 days)
naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg	\$0 (1)	QL (12 EA per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	\$0 (1)	PA; QL (16 EA per 30 days); ^
rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (18 EA per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (18 EA per 30 days)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation	\$0 (1)	QL (12 EA per 30 days)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 5 mg/actuation	\$0 (1)	QL (24 EA per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	QL (12 EA per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml	\$0 (1)	QL (9 ML per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml	\$0 (1)	QL (6 ML per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml	\$0 (1)	QL (9 ML per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml	\$0 (1)	QL (6 ML per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml	\$0 (1)	QL (6 ML per 30 days)
zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (12 EA per 30 days)
zolmitriptan oral tablet,disintegrating 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (12 EA per 30 days)
항경련제		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (600 ML per 30 days); ^
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml	\$0 (1)	
carbamazepine oral tablet 200 mg	\$0 (1)	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0 (1)	
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg	\$0 (1)	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (480 ML per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	\$0 (1)	QL (300 EA per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg	\$0 (1)	QL (300 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (360 EA per 30 days); ^
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (360 EA per 30 days); ^
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	\$0 (1)	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	\$0 (1)	
DILANTIN EXTENDED ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET,CHEWABLE 50 MG	\$0 (1)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (1)	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5 ML	\$0 (1)	
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg	\$0 (1)	
divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (600 ML per 30 days)
epitol oral tablet 200 mg	\$0 (1)	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (480 ML per 30 days)
ethosuximide oral capsule 250 mg	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml	\$0 (1)	
felbamate oral suspension 600 mg/5 ml	\$0 (1)	^
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	\$0 (1)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (360 ML per 30 days); ^
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (720 ML per 30 days); ^
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg	\$0 (1)	QL (270 EA per 30 days)
gabapentin oral capsule 300 mg	\$0 (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)	\$0 (1)	QL (2160 ML per 30 days)
gabapentin oral tablet 600 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
gabapentin oral tablet 800 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 300 MG	\$0 (1)	PA; QL (180 EA per 30 days)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 450 MG, 750 MG, 900 MG	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml	\$0 (1)	QL (1200 ML per 30 days); ^
lacosamide oral solution 10 mg/ml	\$0 (1)	QL (1200 ML per 30 days)
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
lacosamide oral tablet 50 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg	\$0 (1)
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg	\$0 (1)
lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml	\$0 (1)
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml	\$0 (1)
levetiracetam oral solution 100 mg/ml, 500 mg/5 ml (5 ml)	\$0 (1)
levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	\$0 (1)
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (1) PA-NS; QL (10 EA per 30 days); ^
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 165 MG, 82.5 MG	\$0 (1) PA; QL (90 EA per 30 days)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 330 MG	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days)
methsuximide oral capsule 300 mg	\$0 (1)
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	\$0 (1)
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)	\$0 (1)
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	\$0 (1)
phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	\$0 (1) PA-NS

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	\$0 (1)	PA-NS
phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0 (1)	
phenytoin oral suspension 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml	\$0 (1)	
phenytoin oral tablet, chewable 50 mg	\$0 (1)	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)	
phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml	\$0 (1)	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
pregabalin oral capsule 200 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	\$0 (1)	
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	\$0 (1)	
roovepra oral tablet 500 mg	\$0 (1)	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (2400 ML per 30 days); ^
rufinamide oral tablet 200 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (480 EA per 30 days)
rufinamide oral tablet 400 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (240 EA per 30 days); ^
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 500 MG	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 750 MG	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (1)	
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	\$0 (1)	
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)	\$0 (1)	
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml)	\$0 (1)	
valproic acid oral capsule 250 mg	\$0 (1)	
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)	\$0 (1)	
vigabatrin oral powder in packet 500 mg	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
vigabatrin oral tablet 500 mg	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
vigadrone oral powder in packet 500 mg	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
vigadrone oral tablet 500 mg	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
vigpoder oral powder in packet 500 mg	\$0 (1)	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)	\$0 (1)	QL (56 EA per 28 days); ^
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	\$0 (1)	QL (28 EA per 28 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	\$0 (1)	QL (28 EA per 28 days); ^
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (900 ML per 30 days)
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (1100 ML per 30 days); ^
항파킨손제		
APOKYN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (90 ML per 30 days); ^
apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml	\$0 (1)	PA; QL (90 ML per 30 days); ^
benztropine injection solution 1 mg/ml	\$0 (1)	
benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	PA
bromocriptine oral capsule 5 mg	\$0 (1)	
bromocriptine oral tablet 2.5 mg	\$0 (1)	
carbidopa oral tablet 25 mg	\$0 (1)	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	\$0 (1)	
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	\$0 (1)	
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	\$0 (1)	
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	\$0 (1)	
entacapone oral tablet 200 mg	\$0 (1)	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	\$0 (1)	PA; QL (300 EA per 30 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
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	\$0 (1)
pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	\$0 (1)
pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg	\$0 (1)
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	\$0 (1)
ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg	\$0 (1)
selegiline hcl oral capsule 5 mg	\$0 (1)
selegiline hcl oral tablet 5 mg	\$0 (1)
trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg	\$0 (1) PA
진단/기타 약제	
기타 약제	
acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg	\$0 (1)
acetic acid irrigation solution 0.25 %	\$0 (1)
anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)
ARALAST NP INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG, 500 MG	\$0 (1) PA; LA; ^
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	\$0 (1) PA; LA; ^
cevimeline oral capsule 30 mg	\$0 (1)
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (1) B/D

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
d10 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)
d2.5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)
deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	\$0 (1) PA; ^
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg	\$0 (1) PA; ^
deferasirox oral tablet 90 mg	\$0 (1) PA
deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg	\$0 (1) PA
deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg	\$0 (1) PA; ^
dextrose 10 % and 0.2 % nacl intravenous parenteral solution	\$0 (1)
dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %	\$0 (1)
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution	\$0 (1)
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %	\$0 (1)
dextrose 5 %-lactated ringers intravenous parenteral solution	\$0 (1)
dextrose 5%-0.2 % sod chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous parenteral solution	\$0 (1)
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous syringe	\$0 (1)
dextrose 70 % in water (d70w) intravenous parenteral solution	\$0 (1)
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
droxidopa oral capsule 100 mg	\$0 (1) PA; QL (90 EA per 30 days)
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	\$0 (1) PA; QL (180 EA per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	\$0 (1) PA; LA; ^
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1) PA; LA; ^
levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml	\$0 (1) B/D
levocarnitine oral solution 100 mg/ml	\$0 (1)
levocarnitine oral tablet 330 mg	\$0 (1) B/D
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	\$0 (1)
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1) PA; ^
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	\$0 (1)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+-)/20 ML	\$0 (1) PA; LA; ^
riluzole oral tablet 50 mg	\$0 (1)
risedronate oral tablet 30 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram	\$0 (1) QL (540 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral powder in packet 2.4 gram	\$0 (1) QL (180 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	\$0 (1) QL (540 EA per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution	\$0 (1)
sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback	\$0 (1)
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	\$0 (1)
sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram	\$0 (1) PA; ^
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	\$0 (1) PA; ^
sodium polystyrene sulfonate oral powder	\$0 (1)
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	\$0 (1)
sps (with sorbitol) rectal enema 30-40 gram/120 ml	\$0 (1)
trientine oral capsule 250 mg	\$0 (1) PA; ^
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	\$0 (1) QL (180 EA per 30 days)
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	\$0 (1)
water for irrigation, sterile irrigation solution	\$0 (1)
ZEMAIRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG, 4,000 MG, 5,000 MG	\$0 (1) PA; LA; ^
zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml	\$0 (1)
흡연 억제제	
bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg	\$0 (1)
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	\$0 (1)
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	\$0 (1)
varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)	\$0 (1) QL (56 EA per 28 days)
varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름

**가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
담 약
비용(범주
레벨)**

피부과/국소 요법

국소 코르티코스테로이드

ala-cort topical cream 1 %, 2.5 %	\$0 (1)	
alclometasone topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
alclometasone topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone valerate topical cream 0.1 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
clobetasol scalp solution 0.05 %	\$0 (1)	QL (50 ML per 30 days)
clobetasol topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
clobetasol topical gel 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
clobetasol topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %	\$0 (1)	QL (118.28 ML per 30 days)
fluocinolone topical cream 0.01 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
fluocinolone topical cream 0.025 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone topical oil 0.01 %	\$0 (1)	QL (118.28 ML per 30 days)
fluocinolone topical ointment 0.025 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
fluocinolone topical solution 0.01 %	\$0 (1) QL (90 ML per 30 days)
fluocinonide topical cream 0.05 %	\$0 (1) QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical gel 0.05 %	\$0 (1) QL (60 GM per 30 days)
fluocinonide topical ointment 0.05 %	\$0 (1) QL (60 GM per 30 days)
fluocinonide topical solution 0.05 %	\$0 (1) QL (60 ML per 30 days)
fluocinonide-e topical cream 0.05 %	\$0 (1) QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %	\$0 (1) QL (120 GM per 30 days)
fluticasone propionate topical cream 0.05 %	\$0 (1)
halobetasol propionate topical cream 0.05 %	\$0 (1) QL (50 GM per 30 days)
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %	\$0 (1) QL (50 GM per 30 days)
hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %	\$0 (1)
hydrocortisone topical lotion 2 %, 2.5 %	\$0 (1)
hydrocortisone topical ointment 2.5 %	\$0 (1)
mometasone topical cream 0.1 %	\$0 (1)
mometasone topical ointment 0.1 %	\$0 (1)
mometasone topical solution 0.1 %	\$0 (1)
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.5 %	\$0 (1)
triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %	\$0 (1) QL (454 GM per 30 days)
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %	\$0 (1)
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	\$0 (1)
국소 항균제	
gentamicin topical cream 0.1 %	\$0 (1) QL (30 GM per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %	\$0 (1) QL (30 GM per 30 days)
mupirocin topical ointment 2 %	\$0 (1) QL (44 GM per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %	\$0 (1)	QL (118 ML per 30 days)
SULFAMYLON TOPICAL CREAM 85 MG/G	\$0 (1)	QL (453.6 GM per 30 days)
국소 항진균제		
ciclopirox topical cream 0.77 %	\$0 (1)	QL (90 GM per 30 days)
ciclopirox topical suspension 0.77 %	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
clotrimazole topical cream 1 %	\$0 (1)	QL (45 GM per 28 days)
clotrimazole topical solution 1 %	\$0 (1)	QL (30 ML per 28 days)
clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %	\$0 (1)	QL (45 GM per 30 days)
ketoconazole topical cream 2 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 28 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 28 days)
klayesta topical powder 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
nystatin topical cream 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
nystop topical powder 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
기타 피부과		
ammonium lactate topical cream 12 %	\$0 (1)	
ammonium lactate topical lotion 12 %	\$0 (1)	
dermacinrx lidocan topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	\$0 (1)	PA; QL (4.56 ML per 28 days); ^
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	\$0 (1)	PA; QL (1.34 ML per 28 days); ^
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	\$0 (1)	PA; QL (4.56 ML per 28 days); ^
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
fluorouracil topical cream 5 %	\$0 (1)	QL (40 GM per 30 days)
fluorouracil topical solution 2 %, 5 %	\$0 (1)	QL (10 ML per 30 days)
glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %	\$0 (1)	PA; QL (60 ML per 30 days)
imiquimod topical cream in packet 5 %	\$0 (1)	QL (24 EA per 30 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 %)	\$0 (1)	
lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)	\$0 (1)	
lidocaine hcl laryngotracheal solution 4 %	\$0 (1)	PA; QL (50 ML per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %	\$0 (1)	PA; QL (30 ML per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %	\$0 (1)	
lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)	\$0 (1)	PA; QL (50 ML per 30 days)
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocaine topical ointment 5 %	\$0 (1)	PA; QL (50 GM per 30 days)
lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %	\$0 (1)	
lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %	\$0 (1)	PA; QL (30 GM per 30 days)
lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocan iv topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocan v topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 GM per 30 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
podofilox topical solution 0.5 %	\$0 (1)	QL (7 ML per 28 days)
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %	\$0 (1)	QL (15 GM per 30 days); ^
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	\$0 (1)	QL (180 GM per 30 days)
silver sulfadiazine topical cream 1 %	\$0 (1)	
ssd topical cream 1 %	\$0 (1)	
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %	\$0 (1)	QL (100 GM per 30 days)
tridacaine ii topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
tridacaine iii topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 GM per 30 days); ^
ZYCLARA TOPICAL CREAM IN METERED-DOSE PUMP 2.5 %	\$0 (1)	QL (7.5 GM per 28 days); ^
여드름 치료		
accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (1)	
amnestem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	
azelaic acid topical gel 15 %	\$0 (1)	QL (50 GM per 30 days)
claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (1)	
clindamycin phosphate topical gel 1 %	\$0 (1)	QL (75 GM per 30 days)
clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %	\$0 (1)	QL (75 ML per 30 days)
clindamycin phosphate topical lotion 1 %	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
clindamycin phosphate topical solution 1 %	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
ery pads topical swab 2 %	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
erythromycin with ethanol topical solution 2 %	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
FINACEA TOPICAL FOAM 15 %	\$0 (1)	QL (50 GM per 30 days)
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (1)	
metronidazole topical cream 0.75 %	\$0 (1)	QL (45 GM per 30 days)
metronidazole topical gel 0.75 %	\$0 (1)	QL (45 GM per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
metronidazole topical lotion 0.75 %	\$0 (1)	QL (59 ML per 30 days)
myorisan oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (1)	
NORITATE TOPICAL CREAM 1 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days); ^
tazarotene topical cream 0.1 %	\$0 (1)	PA; QL (60 GM per 30 days)
tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %	\$0 (1)	PA
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	\$0 (1)	PA; QL (60 GM per 30 days)
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	\$0 (1)	PA; QL (45 GM per 30 days)
tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %	\$0 (1)	PA; QL (45 GM per 30 days)
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (1)	
옴/이 치료제		
malathion topical lotion 0.5 %	\$0 (1)	QL (59 ML per 30 days)
permethrin topical cream 5 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
항건선제/항지루제		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	\$0 (1)	PA
calcipotriene scalp solution 0.005 %	\$0 (1)	PA; QL (120 ML per 30 days)
calcipotriene topical ointment 0.005 %	\$0 (1)	PA; QL (120 GM per 30 days)
ENSTILAR TOPICAL FOAM 0.005-0.064 %	\$0 (1)	PA; QL (120 GM per 30 days)
selenium sulfide topical lotion 2.5 %	\$0 (1)	
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (6 ML per 365 days); ^
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (6 ML per 365 days); ^
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (0.5 ML per 28 days); ^
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (0.5 ML per 28 days); ^
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (1 ML per 28 days); ^
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (3 ML per 28 days); ^
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (3 ML per 28 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0 (1) PA; LA; QL (3 ML per 28 days); ^
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.25 ML, 40 MG/0.5 ML	\$0 (1) PA; LA; ^
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	\$0 (1) PA; LA; QL (3 ML per 28 days); ^
항감염제	
기타 항감염제	
albendazole oral tablet 200 mg	\$0 (1) ^
amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml	\$0 (1)
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	\$0 (1) PA; LA; ^
atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml	\$0 (1)
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg	\$0 (1)
aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	\$0 (1) PA; LA; QL (84 ML per 56 days); ^
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	\$0 (1)
CLINDAMYCIN IN 0.9 % SOD CHLOR INTRAVENOUS PIGGYBACK 300 MG/50 ML, 600 MG/50 ML, 900 MG/50 ML	\$0 (1)
clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml	\$0 (1)
clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml	\$0 (1)
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 10 days)
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg	\$0 (1)
daptomycin intravenous recon soln 500 mg	\$0 (1) ^
EMVERM ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	\$0 (1) QL (12 EA per 365 days); ^
ertapenem injection recon soln 1 gram	\$0 (1)
ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg	\$0 (1)
gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml	\$0 (1)
gentamicin injection solution 40 mg/ml	\$0 (1)
gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml	\$0 (1)
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	\$0 (1)
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
isoniazid oral solution 50 mg/5 ml	\$0 (1)
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	\$0 (1)
ivermectin oral tablet 3 mg	\$0 (1) PA; QL (20 EA per 30 days)
linezolid 600 mg/300 ml-0.9% nacl single-use	\$0 (1)
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	\$0 (1)
linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	\$0 (1) QL (1800 ML per 30 days); ^
linezolid oral tablet 600 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
LINEZOLID-0.9% SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 600 MG/300 ML	\$0 (1)
mefloquine oral tablet 250 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg	\$0 (1)
MEROPENEM-0.9% SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/50 ML, 500 MG/50 ML	\$0 (1)
metro i.v. intravenous piggyback 500 mg/100 ml	\$0 (1)
metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml	\$0 (1)
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
neomycin oral tablet 500 mg	\$0 (1)
nitazoxanide oral tablet 500 mg	\$0 (1) QL (6 EA per 30 days); ^
paromomycin oral capsule 250 mg	\$0 (1)
pentamidine inhalation recon soln 300 mg	\$0 (1) B/D; QL (1 EA per 28 days)
pentamidine injection recon soln 300 mg	\$0 (1)
praziquantel oral tablet 600 mg	\$0 (1)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	\$0 (1)
pyrazinamide oral tablet 500 mg	\$0 (1)
quinine sulfate oral capsule 324 mg	\$0 (1) PA
rifabutin oral capsule 150 mg	\$0 (1)
rifampin intravenous recon soln 600 mg	\$0 (1)
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0 (1)
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0 (1) PA; LA; ^
STREPTOMYCIN INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1 GRAM	\$0 (1)
SYNERCID INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	\$0 (1) ^
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	\$0 (1) ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml	\$0 (1) PA; QL (280 ML per 28 days); ^
tobramycin sulfate injection recon soln 1.2 gram	\$0 (1)
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml	\$0 (1)
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)
vancomycin hcl 1.25 gram vial outer, suv	\$0 (1)
vancomycin hcl 1.5 gram vial outer, suv	\$0 (1)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/200 ML, 500 MG/100 ML, 750 MG/150 ML	\$0 (1)
VANCOMYCIN INJECTION RECON SOLN 100 GRAM	\$0 (1)
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)
VANCOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 1.25 GRAM, 1.5 GRAM	\$0 (1)
vancomycin oral capsule 125 mg	\$0 (1) QL (80 EA per 180 days)
vancomycin oral capsule 250 mg	\$0 (1) QL (160 EA per 180 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (1) PA; QL (90 EA per 30 days); ^
설파제/관련 약제	
sulfadiazine oral tablet 500 mg	\$0 (1)
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml	\$0 (1)
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml	\$0 (1)
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
세팔로스포린계 항생제	
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml	\$0 (1)
cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg	\$0 (1)
cefadroxil oral capsule 500 mg	\$0 (1)
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	\$0 (1)
cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml	\$0 (1)
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 GRAM/100 ML	\$0 (1)
cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 100 gram, 300 gram, 500 mg	\$0 (1)
cefazolin intravenous recon soln 1 gram	\$0 (1)
cefdinir oral capsule 300 mg	\$0 (1)
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 (1)
CEFEPIME IN DEXTROSE 5 % INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/50 ML, 2 GRAM/50 ML	\$0 (1)
cefepime in dextrose,iso-osm intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml	\$0 (1)
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)
cefixime oral capsule 400 mg	\$0 (1)
cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	\$0 (1)
cefoxitin in dextrose, iso-osm intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	\$0 (1)
cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml	\$0 (1)
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg	\$0 (1)
cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 (1)
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram	\$0 (1)
ceftriaxone in dextrose,iso-os intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml	\$0 (1)
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
CEFTRIAZONE INJECTION RECON SOLN 100 GRAM	\$0 (1)
ceftriaxone intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	\$0 (1)
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram	\$0 (1)
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 (1)
tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram	\$0 (1)
tazicef intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	\$0 (1) ^
에리트로마이신/기타 매크로라이드계	
azithromycin intravenous recon soln 500 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
azithromycin oral packet 1 gram	\$0 (1)
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	\$0 (1)
azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg	\$0 (1)
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 (1)
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	\$0 (1)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1) QL (20 EA per 10 days); ^
e.e.s. 400 oral tablet 400 mg	\$0 (1)
ery-tab oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg	\$0 (1)
erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg	\$0 (1)
ERYTHROCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	\$0 (1)
erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg	\$0 (1)
erythromycin oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg	\$0 (1)
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
erythromycin oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg	\$0 (1)
요로 약제	
methenamine hippurate oral tablet 1 gram	\$0 (1)
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg	\$0 (1)
nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
trimethoprim oral tablet 100 mg	\$0 (1)
퀴놀론계	
CIPRO ORAL SUSPENSION,MICROCAPSULE RECON 500 MG/5 ML	\$0 (1)
ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	\$0 (1)
ciprofloxacin oral suspension,microcapsule recon 500 mg/5 ml	\$0 (1)
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	\$0 (1)
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml	\$0 (1)
levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml	\$0 (1)
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)
moxifloxacin oral tablet 400 mg	\$0 (1)
MOXIFLOXACIN-SOD.ACE,SUL-WATER INTRAVENOUS PIGGYBACK 400 MG/250 ML	\$0 (1)
moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml	\$0 (1)
테트라사이클린계 항생제	
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	\$0 (1)
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	\$0 (1)
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	\$0 (1)
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	\$0 (1)
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1) PA
페니실린계 항생제	
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml	\$0 (1)
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	\$0 (1)
amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg	\$0 (1)
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	\$0 (1)
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg	\$0 (1)
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg	\$0 (1)
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg	\$0 (1)
ampicillin oral capsule 500 mg	\$0 (1)
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
ampicillin sodium intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram	\$0 (1)
ampicillin-sulbactam intravenous recon soln 1.5 gram, 3 gram	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	\$0 (1)
dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml	\$0 (1)
nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)
nafcillin injection recon soln 10 gram	\$0 (1) ^
oxacillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	\$0 (1)
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 MILLION UNIT/50 ML, 3 MILLION UNIT/50 ML	\$0 (1)
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit, 5 million unit	\$0 (1)
penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml	\$0 (1)
penicillin g sodium injection recon soln 5 million unit	\$0 (1)
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 (1)
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit, 5 million unit	\$0 (1)
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM INTRAVENOUS RECON SOLN 13.5 GRAM	\$0 (1)
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram	\$0 (1)
piperacil-tazobact 13.5 gm vl inner, muv, p/f 13.5 gram	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
항바이러스제	
abacavir oral solution 20 mg/ml	\$0 (1)
abacavir oral tablet 300 mg	\$0 (1)
abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg	\$0 (1)
acyclovir oral capsule 200 mg	\$0 (1)
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml	\$0 (1)
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	\$0 (1)
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	\$0 (1) B/D
adefovir oral tablet 10 mg	\$0 (1)
amantadine hcl oral capsule 100 mg	\$0 (1)
amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml	\$0 (1)
amantadine hcl oral tablet 100 mg	\$0 (1)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (1) ^
atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (1) ^
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	\$0 (1) ^
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0 (1) ^
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0 (1) ^
darunavir oral tablet 600 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days); ^
darunavir oral tablet 800 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days); ^
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0 (1) ^
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days); ^
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (1) ^
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1) ^
efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg	\$0 (1)
efavirenz oral tablet 600 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg	\$0 (1) ^	
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg	\$0 (1) ^	
emtricitabine oral capsule 200 mg	\$0 (1)	
emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 200-300 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)	
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	\$0 (1)	PA; QL (28 EA per 28 days); ^
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	\$0 (1)	PA; QL (56 EA per 28 days); ^
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	\$0 (1)	PA; QL (56 EA per 28 days); ^
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG	\$0 (1)	PA; QL (28 EA per 28 days); ^
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	\$0 (1) ^	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (1) ^	
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
fosamprenavir oral tablet 700 mg	\$0 (1)	
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	\$0 (1) ^	
ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg	\$0 (1)	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (1) ^	
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	\$0 (1)	PA; QL (28 EA per 28 days); ^
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	\$0 (1)	PA; QL (56 EA per 28 days); ^
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days); ^
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	\$0 (1)	PA; QL (28 EA per 28 days); ^
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (1) ^	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	\$0 (1)	^
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)	^
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	\$0 (1)	^
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	\$0 (1)	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (1)	^
LAGEVRIO (EUA) ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	QL (40 EA per 180 days)
lamivudine oral solution 10 mg/ml	\$0 (1)	
lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg	\$0 (1)	
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	\$0 (1)	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)	
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml	\$0 (1)	
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg	\$0 (1)	
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg	\$0 (1)	^
nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml	\$0 (1)	
nevirapine oral tablet 200 mg	\$0 (1)	
nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg	\$0 (1)	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	\$0 (1)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (1)	^
oseltamivir oral capsule 30 mg	\$0 (1)	QL (168 EA per 365 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg	\$0 (1)	QL (84 EA per 365 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml	\$0 (1)	QL (1080 ML per 365 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG	\$0 (1)	\$0 Cost Sharing; QL (20 EA per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	\$0 (1)	\$0 Cost Sharing; QL (30 EA per 180 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1) ^
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days); ^
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	\$0 (1) ^
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (1) QL (400 ML per 30 days); ^
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1) QL (240 EA per 30 days); ^
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days); ^
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (1) QL (480 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days); ^
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	\$0 (1) QL (120 EA per 365 days)
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	\$0 (1) ^
ribavirin oral capsule 200 mg	\$0 (1)
ribavirin oral tablet 200 mg	\$0 (1)
rimantadine oral tablet 100 mg	\$0 (1)
ritonavir oral tablet 100 mg	\$0 (1)
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	\$0 (1) ^
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (1) ^
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	\$0 (1) ^
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (1) ^
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	\$0 (1) ^
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0 (1)
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	\$0 (1)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (1) ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	\$0 (1) ^
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (1) ^
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	\$0 (1) ^
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	\$0 (1) ^
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	\$0 (1) ^
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg	\$0 (1)
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml	\$0 (1) ^
valganciclovir oral tablet 450 mg	\$0 (1)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1) ^
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (1) ^
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	\$0 (1) ^
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 250 MG	\$0 (1) ^
VIREAD ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0 (1) PA; QL (28 EA per 28 days); ^
zidovudine oral capsule 100 mg	\$0 (1)
zidovudine oral syrup 10 mg/ml	\$0 (1)
zidovudine oral tablet 300 mg	\$0 (1)
항진균제	
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (1) B/D
amphotericin b injection recon soln 50 mg	\$0 (1) B/D
caspofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg	\$0 (1)
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg	\$0 (1) QL (150 EA per 30 days)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	\$0 (1) PA; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	\$0 (1)
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml	\$0 (1)
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	\$0 (1)
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1) PA; ^
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml	\$0 (1)
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg	\$0 (1)
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg	\$0 (1)
itraconazole oral capsule 100 mg	\$0 (1) PA
ketoconazole oral tablet 200 mg	\$0 (1) PA
miconazole intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	\$0 (1) ^
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (40 MG/ML)	\$0 (1) PA; QL (630 ML per 30 days); ^
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml	\$0 (1)
nystatin oral tablet 500,000 unit	\$0 (1)
posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	\$0 (1) PA; QL (630 EA per 30 days); ^
posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg	\$0 (1) PA; QL (96 EA per 30 days); ^
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	\$0 (1)
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	\$0 (1) PA; ^
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	\$0 (1) PA; ^
voriconazole oral tablet 200 mg	\$0 (1) PA; QL (120 EA per 30 days)
voriconazole oral tablet 50 mg	\$0 (1) PA; QL (480 EA per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
항암제/면역 억제제	
보조제	
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	\$0 (1)
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1) ^
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	\$0 (1) PA-NS; ^
항암제/면역 억제제	
abiraterone oral tablet 250 mg	\$0 (1) PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
abiraterone oral tablet 500 mg	\$0 (1) PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days); ^
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (30 EA per 180 days); ^
anastrozole oral tablet 1 mg	\$0 (1)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1) PA-NS; QL (240 EA per 30 days); ^
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
azacitidine injection recon soln 100 mg	\$0 (1) B/D; ^
azathioprine oral tablet 50 mg	\$0 (1) B/D
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; ^
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (1) B/D; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
bexarotene oral capsule 75 mg	\$0 (1)	PA-NS; ^
bexarotene topical gel 1 %	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 GM per 30 days); ^
bicalutamide oral tablet 50 mg	\$0 (1)	
BORTEZOMIB INJECTION RECON SOLN 1 MG, 2.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
bortezomib injection recon soln 3.5 mg	\$0 (1)	PA-NS; ^
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
carboplatin intravenous solution 10 mg/ml	\$0 (1)	B/D
cisplatin intravenous solution 1 mg/ml	\$0 (1)	B/D
COLUMVI INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (1)	B/D; ^
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (112 EA per 28 days); ^
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (84 EA per 28 days); ^
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (63 EA per 28 days); ^
cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg	\$0 (1)	B/D; ^
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/ML	\$0 (1)	B/D; ^
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	B/D
cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml	\$0 (1)	
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	B/D
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	\$0 (1)	B/D
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	\$0 (1)	B/D
cytarabine injection solution 20 mg/ml	\$0 (1)	
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
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)	\$0 (1)	B/D; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml	\$0 (1)	B/D
doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml	\$0 (1)	B/D; ^
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	\$0 (1)	PA-NS
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	\$0 (1)	PA-NS
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	\$0 (1)	PA-NS
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	\$0 (1)	PA-NS
ELLECE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100 ML, 50 MG/25 ML	\$0 (1)	B/D
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; ^
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (1)	
ENVARUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	\$0 (1)	B/D
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	\$0 (1)	B/D; ^
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
erlotinib oral tablet 25 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
etoposide intravenous solution 20 mg/ml	\$0 (1)	B/D

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (1) ^	
everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (150 EA per 30 days); ^
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg	\$0 (1)	B/D
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	\$0 (1)	B/D; ^
exemestane oral tablet 25 mg	\$0 (1)	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	\$0 (1)	PA-NS
fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml	\$0 (1)	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (84 EA per 28 days); ^
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (21 EA per 28 days); ^
fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml	\$0 (1)	B/D; ^
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
gefitinib oral tablet 250 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg	\$0 (1)	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)	\$0 (1)	B/D
GEMCITABINE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	B/D
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg	\$0 (1)	B/D
gengraf oral solution 100 mg/ml	\$0 (1)	B/D
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	\$0 (1)	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	^
hydroxyurea oral capsule 500 mg	\$0 (1)	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
imatinib oral tablet 100 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days); ^
imatinib oral tablet 400 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (216 ML per 27 days); ^
IMBRUVICA ORAL TABLET 420 MG, 560 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (5 EA per 28 days); ^
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	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	\$0 (1)	B/D
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days); ^
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
KADCYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 160 MG	\$0 (1)	B/D; ^
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; ^
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (49 EA per 28 days); ^
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (70 EA per 28 days); ^
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (91 EA per 28 days); ^
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	\$0 (1)	PA-NS; QL (21 EA per 28 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	\$0 (1)	PA-NS; QL (42 EA per 28 days); ^
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	\$0 (1)	PA-NS; QL (63 EA per 28 days); ^
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA; ^
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days); ^
lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml	\$0 (1)	PA-NS; ^
lapatinib oral tablet 250 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days); ^
lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days); ^
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
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)	\$0 (1)	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)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
letrozole oral tablet 2.5 mg	\$0 (1)	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0 (1)	
leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml	\$0 (1)	PA-NS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (1)	^
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	\$0 (1)	PA-NS; ^
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	LA; ^
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml)	\$0 (1)	
megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)	\$0 (1)	PA
megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (1200 ML per 30 days); ^
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
mercaptopurine oral tablet 50 mg	\$0 (1)	
methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram	\$0 (1)	B/D
methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml	\$0 (1)	B/D
methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml	\$0 (1)	B/D
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	\$0 (1)	
MONJUVI INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	\$0 (1)	B/D
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml	\$0 (1)	B/D; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	\$0 (1)	B/D
mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg	\$0 (1)	B/D
mycophenolic acid dr 180 mg tb	\$0 (1)	mycophenolate sodium = mycophenolic acid; B/D
mycophenolic acid dr 360 mg tb	\$0 (1)	mycophenolate sodium = mycophenolic acid; B/D
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
nilutamide oral tablet 150 mg	\$0 (1)	^
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (3 EA per 28 days); ^
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	\$0 (1)	^
octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml	\$0 (1)	PA; ^
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml	\$0 (1)	PA
octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)	\$0 (1)	PA
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (96 ML per 28 days); ^
OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)	\$0 (1)	PA-NS; QL (20 EA per 28 days); ^
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (14 EA per 28 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 28 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	\$0 (1)	B/D; ^
oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)	\$0 (1)	B/D
paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml	\$0 (1)	B/D
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	\$0 (1)	B/D; ^
paraplatin intravenous solution 10 mg/ml	\$0 (1)	B/D
pazopanib oral tablet 200 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
pemetrexed disodium 750 mg vl	\$0 (1)	B/D; ^
pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg	\$0 (1)	B/D; ^
pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg	\$0 (1)	B/D
PEMETREXED DISODIUM INTRAVENOUS RECON SOLN 750 MG	\$0 (1)	B/D; ^
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	\$0 (1)	PA-NS; ^
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0 (1)	B/D
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	\$0 (1)	^
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (150 EA per 30 days); ^
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (336 EA per 28 days); ^
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (224 EA per 28 days); ^
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	B/D
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	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)	\$0 (1)	PA; LA; ^
sirolimus oral solution 1 mg/ml	\$0 (1)	B/D; ^
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	B/D
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	\$0 (1)	
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML, 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	\$0 (1)	PA-NS; ^
sorafenib oral tablet 200 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG, 70 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (84 EA per 28 days); ^
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	\$0 (1)	B/D
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (840 EA per 28 days); ^
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; ^
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (112 EA per 28 days); ^
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	\$0 (1)	PA-NS; ^
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
toremifene oral tablet 60 mg	\$0 (1)	
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg	\$0 (1)	^
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (64 EA per 28 days); ^
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; ^
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (300 EA per 30 days); ^
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (56 EA per 28 days); ^
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (112 EA per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (42 EA per 28 days); ^
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml	\$0 (1)	
vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml	\$0 (1)	B/D

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (300 ML per 30 days); ^
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days); ^
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (1)	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (84 EA per 28 days); ^
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (20 MG X 5), 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (80 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (20 MG X 4), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (8 EA per 28 days); ^
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (20 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (20 MG X 3), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (4 EA per 28 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (24 EA per 28 days); ^
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (32 EA per 28 days); ^
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
ZEJULA ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days); ^
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; ^
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
호흡기 및 알레르기		
폐 약제		
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	\$0 (1)	B/D
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (12 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation	\$0 (1)	8.5 gm inhaler; QL (17 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)	\$0 (1)	6.7 gm inhaler; QL (13.4 GM per 30 days)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION (NDA020983)	\$0 (1)	18 gm inhaler; QL (36 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	\$0 (1)	B/D
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml	\$0 (1)	
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg	\$0 (1)	
alyq oral tablet 20 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
arformoterol inhalation solution for nebulization 15 mcg/2 ml	\$0 (1)	B/D; QL (120 ML per 30 days)
ARNUIITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (25.8 GM per 30 days)
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT (10 ML)	\$0 (1)	PA; LA; QL (24 EA per 30 days); ^
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 9-4.8 MCG	\$0 (1)	QL (10.7 GM per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	\$0 (1)	PA-NS; 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	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
breynga inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	\$0 (1)	QL (30.9 GM per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	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	\$0 (1)	B/D
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (8 GM per 30 days)
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml	\$0 (1)	B/D
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (1 ML per 28 days); ^
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (0.5 ML per 28 days); ^
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (1 ML per 28 days); ^
flunisolide nasal spray, non-aerosol 25 mcg (0.025 %)	\$0 (1)	QL (75 ML per 30 days)
fluticasone propionate nasal spray, suspension 50 mcg/actuation	\$0 (1)	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	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
formoterol fumarate inhalation solution for nebulization 20 mcg/2 ml	\$0 (1)	B/D; QL (120 ML per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	\$0 (1)	PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	\$0 (1)	PA; LA; QL (20 EA per 30 days); ^
icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	\$0 (1)	PA; QL (27 ML per 30 days); ^
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	\$0 (1)	B/D
ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml	\$0 (1)	B/D
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 5.8 MG	\$0 (1)	PA; QL (56 EA per 28 days); ^
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	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	\$0 (1)	B/D
LEVALBUTEROL TARTRATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 45 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	\$0 (1)	QL (34 GM per 30 days)
montelukast oral granules in packet 4 mg	\$0 (1)	
montelukast oral tablet 10 mg	\$0 (1)	
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg	\$0 (1)	
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (112 EA per 28 days); ^
pirfenidone oral capsule 267 mg	\$0 (1)	PA; QL (270 EA per 30 days); ^
pirfenidone oral tablet 267 mg	\$0 (1)	PA; QL (270 EA per 30 days); ^
PIRFENIDONE ORAL TABLET 534 MG	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days); ^
pirfenidone oral tablet 801 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days); ^
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (2 EA per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (3 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (1)	B/D; ^
roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg	\$0 (1)	
sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	\$0 (1)	PA; LA; QL (27 ML per 30 days); ^
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg	\$0 (1)	generic for Revatio; PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	\$0 (1)	PA; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg	\$0 (1)	generic for Adcirca; PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
TADLIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML)	\$0 (1)	PA-NS; QL (300 ML per 30 days); ^
terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	
THEO-24 ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	
theophylline oral elixir 80 mg/15 ml	\$0 (1)	
theophylline oral solution 80 mg/15 ml	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg	\$0 (1)	
theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg	\$0 (1)	
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	\$0 (1)	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)	\$0 (1)	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)	\$0 (1)	PA; LA; QL (84 EA per 28 days); ^
VENTAVIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	\$0 (1)	B/D; LA; ^
VENTOLIN HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (36 GM per 30 days)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	PA; QL (32 ML per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (8 ML per 28 days); ^
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (1 ML per 28 days); ^
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (8 EA per 28 days); ^
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (8 ML per 28 days); ^
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (1 ML per 28 days); ^
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	
항히스타민제/항알레르기제		
adrenalin injection solution 1 mg/ml (1 ml)	\$0 (1)	
cetirizine oral solution 1 mg/ml	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
cyproheptadine oral tablet 4 mg	\$0 (1) PA
desloratadine oral tablet 5 mg	\$0 (1)
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml	\$0 (1)
diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml	\$0 (1)
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml	\$0 (1)
EPINEPHRINE INJECTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3 ML	\$0 (1)
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1) PA
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (1) PA
levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml	\$0 (1)
levocetirizine oral tablet 5 mg	\$0 (1)
promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	\$0 (1) PA
promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml	\$0 (1) PA
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1) PA

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자

09/01/2024

D. 보장 의약품 색인

본 섹션에서는 약의 이름을 알파벳순으로 검색하여 찾을 수 있습니다. 여기에는 약에 대한 추가적인 보장 정보를 찾을 수 있는 페이지 번호가 표시되어 있습니다.

<i>abacavir</i>	115	<i>allopurinol</i>	20	<i>apri</i>	41
<i>abacavir-lamivudine</i>	115	<i>alosectron</i>	66	APTIOM.....	88
ABELCET.....	119	ALPHAGAN P.....	60	APTIVUS.....	115
ABILIFY MAINTENA.....	77	<i>alprazolam</i>	77	ARALAST NP.....	95
<i>abiraterone</i>	121	ALREX.....	63	<i>aranelle (28)</i>	41
ABRYSVO (PF).....	30	<i>altavera (28)</i>	41	ARCALYST.....	35
<i>acamprosate</i>	95	ALTOPREV.....	49	AREXVY (PF).....	31
<i>acarbose</i>	24	ALUNBRIG.....	121	<i>arformoterol</i>	137
<i>accutane</i>	103	<i>alyacen 1/35 (28)</i>	41	ARIKAYCE.....	105
<i>acebutolol</i>	51	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	41	<i>aripiprazole</i>	77
<i>acetaminophen-codeine</i>	73	<i>alyq</i>	137	ARISTADA.....	77, 78
<i>acetazolamide</i>	62	<i>amabelz</i>	47	ARISTADA INITIO.....	77
<i>acetic acid</i>	16, 95	<i>amantadine hcl</i>	115	<i>armodafinil</i>	78
<i>acetylcysteine</i>	136	<i>ambrisentan</i>	137	ARNUIITY ELLIPTA.....	137
<i>acitretin</i>	104	<i>amikacin</i>	105	<i>asenapine maleate</i>	78
ACTEMRA.....	17	<i>amiloride</i>	51	<i>aspirin-dipyridamole</i>	59
ACTEMRA ACTPEN.....	17	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	51	ASSURE ID INSULIN SAFETY.....	20
ACTHIB (PF).....	30	<i>amiodarone</i>	58	<i>atazanavir</i>	115
ACTIMMUNE.....	35	<i>amitriptyline</i>	77	<i>atenolol</i>	52
<i>acyclovir</i>	115	<i>amlodipine</i>	51	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	52
<i>acyclovir sodium</i>	115	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	49	<i>atomoxetine</i>	78
ADACEL(TDAP		<i>amlodipine-benazepril</i>	52	<i>atorvastatin</i>	49
ADOLESN/ADULT)(PF).....	30	<i>amlodipine-olmesartan</i>	52	<i>atovaquone</i>	105
<i>adefovir</i>	115	<i>amlodipine-valsartan</i>	52	<i>atovaquone-proguanil</i>	105
ADEMPAS.....	136	<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i> ..	52	<i>atropine</i>	61
<i>adrenalin</i>	141	<i>ammonium lactate</i>	101	ATROPINE SULFATE (PF).....	61
ADVAIR HFA.....	137	<i>amnestem</i>	103	ATROVENT HFA.....	137
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	87	<i>amoxapine</i>	77	<i>aubra eq</i>	41
AKEEGA.....	121	<i>amoxicillin</i>	113	AUGTYRO.....	121
<i>ak-poly-bac</i>	64	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	113	<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	41
<i>ala-cort</i>	99	<i>amphotericin b</i>	119	<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	42
<i>albendazole</i>	105	<i>ampicillin</i>	113	AUSTEDO.....	71
<i>albuterol sulfate</i>	137	<i>ampicillin sodium</i>	113	AUSTEDO XR.....	71
ALBUTEROL SULFATE.....	137	<i>ampicillin-sulbactam</i>	113	AUSTEDO XR TITRATION	
<i>alclometasone</i>	99	<i>anagrelide</i>	95	KT(WK1-4).....	71
<i>alcohol pads</i>	24	<i>anastrozole</i>	121	AUVELITY.....	78
ALDURAZYME.....	22	ANORO ELLIPTA.....	137	<i>aviane</i>	42
ALECENSA.....	121	APOKYN.....	94	AYVAKIT.....	121
<i>alendronate</i>	16, 17	<i>apomorphine</i>	94	<i>azacitidine</i>	121
<i>alfuzosin</i>	36	<i>apraclonidine</i>	60	<i>azathioprine</i>	121
<i>aliskiren</i>	51	<i>aprepitant</i>	66	<i>azelaic acid</i>	103

<i>azelastine</i>	16, 61	BREZTRI AEROSPHERE.....	138	<i>cefaclor</i>	109
<i>azithromycin</i>	110, 111	BRILINTA.....	59	<i>cefadroxil</i>	109
<i>aztreonam</i>	105	<i>brimonidine</i>	60	<i>cefazolin</i>	109
<i>azurette (28)</i>	42	<i>brinzolamide</i>	61	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i>	109
<i>bacitracin</i>	64	BRIVIACT.....	88	CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS).....	109
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	64	<i>bromfenac</i>	62	<i>cefdinir</i>	109
<i>baclofen</i>	70	<i>bromocriptine</i>	94	<i>cefepime</i>	109
<i>balsalazide</i>	66	BROMSITE.....	62	CEFEPIME IN DEXTROSE 5 %.....	109
BALVERSA.....	121	BRUKINSA.....	122	<i>cefepime in dextrose,iso-osm</i> ...	109
BARACLUDGE.....	115	<i>budesonide</i>	67, 138	<i>cefixime</i>	109
BASAGLAR KWIKPEN U-100		<i>bumetanide</i>	52	<i>cefoxitin</i>	110
INSULIN.....	24	<i>buprenorphine hcl</i>	73	<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i> ...	109
BCG VACCINE, LIVE (PF).....	31	<i>buprenorphine-naloxone</i>	75	<i>cefpodoxime</i>	110
BELSOMRA.....	78	<i>bupropion hcl</i>	78	<i>cefprozil</i>	110
<i>benazepril</i>	52	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	98	<i>ceftazidime</i>	110
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	52	<i>buspirone</i>	78	<i>ceftriaxone</i>	110
BENDEKA.....	121	<i>butorphanol</i>	75	CEFTRIAZONE.....	110
BENLYSTA.....	17, 18	BYDUREON BCISE.....	24	<i>ceftriaxone in dextrose,iso-os</i> ..	110
<i>benztropine</i>	94	<i>cabergoline</i>	22	<i>cefuroxime axetil</i>	110
BERINERT.....	137	CABOMETYX.....	122	<i>cefuroxime sodium</i>	110
BESIVANCE.....	64	<i>calcipotriene</i>	104	<i>celecoxib</i>	75
BESREMI.....	35	<i>calcitonin (salmon)</i>	22	<i>cephalexin</i>	110
<i>betaine</i>	66	<i>calcitriol</i>	22	CERDELGA.....	23
<i>betamethasone dipropionate</i>	99	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i> . 39		CEREZYME.....	23
<i>betamethasone valerate</i>	99	CALQUENCE.....	122	<i>cetirizine</i>	141
<i>betamethasone, augmented</i>	99	CALQUENCE (ACALABRUTINIB		<i>cevimeline</i>	95
BETASERON.....	36	MAL).....	122	CHEMET.....	95
<i>betaxolol</i>	62	<i>camila</i>	47	<i>chlorhexidine gluconate</i>	16
<i>bethanechol chloride</i>	36	<i>camrese</i>	42	<i>chloroquine phosphate</i>	105
BEVESPI AEROSPHERE.....	137	<i>candesartan</i>	52	<i>chlorpromazine</i>	78, 79
<i>bexarotene</i>	122	<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i> .52		<i>chlorthalidone</i>	53
BEXSERO.....	31	CAPLYTA.....	78	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	49
<i>bicalutamide</i>	122	CAPRELSA.....	122	<i>cholestyramine light</i>	49, 50
BICILLIN L-A.....	114	<i>captopril</i>	52	<i>cholestyramine-aspartame</i>	50
BIKTARVY.....	115	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	52	<i>ciclopirox</i>	101
<i>bisoprolol fumarate</i>	52	CARAFATE.....	65	<i>cilostazol</i>	59
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ...52		<i>carbamazepine</i>	88	CILOXAN.....	64
BIVIGAM.....	31	<i>carbidopa</i>	94	CIMDUO.....	115
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	42	<i>carbidopa-levodopa</i>	94	<i>cinacalcet</i>	23
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	42	<i>carbidopa-levodopa-</i>		CIPRO.....	112
BOOSTRIX TDAP.....	31	<i>entacapone</i>	94	CIPRO HC.....	16
BORTEZOMIB.....	122	<i>carboplatin</i>	122	<i>ciprofloxacin</i>	112
<i>bortezomib</i>	122	<i>carglumic acid</i>	95	<i>ciprofloxacin hcl</i>	64, 112
<i>bosentan</i>	138	<i>carteolol</i>	62	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	112
BOSULIF.....	122	<i>cartia xt</i>	53	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	16
BRAFTOVI.....	122	<i>carvedilol</i>	53	<i>cisplatin</i>	122
BREO ELLIPTA.....	138	<i>caspofungin</i>	119	<i>citalopram</i>	79
<i>breyna</i>	138	CAYSTON.....	105		

<i>claravis</i>	103	CORLANOR.....	49	<i>desloratadine</i>	142
<i>clarithromycin</i>	111	COTELLIC.....	123	<i>desmopressin</i>	23
<i>clindamycin hcl</i>	105	CREON.....	67	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	42
CLINDAMYCIN IN 0.9 % SOD		CRESEMBA.....	119	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	42
CHLOR.....	105	<i>cromolyn</i>	61, 67, 138	<i>desvenlafaxine succinate</i>	79
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	105	<i>cryselle (28)</i>	42	<i>dexamethasone</i>	29
<i>clindamycin phosphate</i>		<i>cyclobenzaprine</i>	70	<i>dexamethasone intensol</i>	29
.....	46, 103, 105	<i>cyclophosphamide</i>	123	<i>dexamethasone sodium phos</i>	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE		CYCLOPHOSPHAMIDE.....	123	<i>(pf)</i>	29
FREE.....	38	<i>cyclosporine</i>	123	<i>dexamethasone sodium</i>	
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF		<i>cyclosporine modified</i>	123	<i>phosphate</i>	29, 63
FREE.....	38	CYLTEZO(CF).....	18	<i>dexlansoprazole</i>	65
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT		CYLTEZO(CF) PEN.....	18	<i>dexmethylphenidate</i>	79
FREE.....	95	CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-		<i>dextroamphetamine-</i>	
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-		HS.....	18	<i>amphetamine</i>	79
FREE).....	38	CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV.	18	<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	96
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-		<i>cyproheptadine</i>	142	<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> ...	96
FREE).....	38	<i>cyred eq</i>	42	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	96
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-		CYSTADROPS.....	61	<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	96
FREE).....	38	CYSTAGON.....	36	<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i> ..	96
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-		CYSTARAN.....	61	<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i> ..	96
FREE).....	38	<i>cytarabine</i>	123	<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i> ...	97
CLINOLIPID.....	38	<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	96	<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i> ...	97
<i>clobazam</i>	88	<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i> ..	96	DIACOMIT.....	89
<i>clobetasol</i>	99	<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i> ..	96	<i>diazepam</i>	79, 80, 89
<i>clobetasol-emollient</i>	99	<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	96	<i>diazepam intensol</i>	80
<i>clomipramine</i>	79	<i>dalfampridine</i>	71	<i>diazoxide</i>	24
<i>clonazepam</i>	88, 89	<i>danazol</i>	23	<i>diclofenac potassium</i>	75
<i>clonidine</i>	53	<i>dantrolene</i>	70	<i>diclofenac sodium</i>	62, 75
<i>clonidine hcl</i>	53	<i>dapsone</i>	106	<i>diclofenac-misoprostol</i>	76
<i>clopidogrel</i>	59	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC)		<i>dicloxacillin</i>	114
<i>clorazepate dipotassium</i>	79	(PF).....	31	<i>dicyclomine</i>	70
<i>clotrimazole</i>	101, 119	<i>daptomycin</i>	106	DIFICID.....	111
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	101	<i>darifenacin</i>	37	<i>diflunisal</i>	76
<i>clozapine</i>	79	<i>darunavir</i>	115	<i>difluprednate</i>	63
COARTEM.....	105	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	42	<i>digoxin</i>	49
<i>colchicine</i>	20	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	42	<i>dihydroergotamine</i>	87
<i>colesevelam</i>	50	DAURISMO.....	123	DILANTIN.....	89
<i>colestipol</i>	50	<i>daysee</i>	42	DILANTIN EXTENDED.....	89
<i>colistin (colistimethate na)</i>	106	<i>deblitane</i>	47	DILANTIN INFATABS.....	89
COLUMVI.....	122	<i>deferasirox</i>	96	DILANTIN-125.....	89
COMBIGAN.....	61	DELESTROGEN.....	47	<i>diltiazem hcl</i>	53
COMBIVENT RESPIMAT.....	138	DELSTRIGO.....	115	<i>dilt-xr</i>	53
COMETRIQ.....	122, 123	DENGVAXIA (PF).....	31	<i>diphenhydramine hcl</i>	142
COMPLERA.....	115	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	47	<i>diphenoxylate-atropine</i>	70
<i>compro</i>	67	<i>dermacinrx lidocan</i>	101	<i>dipyridamole</i>	59
<i>constulose</i>	67	DESCOVY.....	115	<i>disopyramide phosphate</i>	58
COPIKTRA.....	123	<i>desipramine</i>	79	<i>disulfiram</i>	97

<i>divalproex</i>	89	ELLENCE.....	124	ERYTHROCIN.....	111
<i>docetaxel</i>	123	ELMIRON.....	36	<i>erythrocin (as stearate)</i>	111
<i>dofetilide</i>	58	ELREXFIO.....	124	<i>erythromycin</i>	64, 111
<i>donepezil</i>	71	<i>eluryng</i>	46	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	111
DOPTELET (10 TAB PACK).....	59	EMCYT.....	124	<i>erythromycin with ethanol</i>	103
DOPTELET (15 TAB PACK).....	59	EMGALITY PEN.....	87	<i>escitalopram oxalate</i>	80
DOPTELET (30 TAB PACK).....	59	EMGALITY SYRINGE.....	87	<i>esomeprazole magnesium</i>	65
<i>dorzolamide</i>	61	<i>emoquette</i>	42	<i>estarylla</i>	42
<i>dorzolamide-timolol</i>	61	EMSAM.....	80	<i>estradiol</i>	47
<i>dotti</i>	47	<i>emtricitabine</i>	116	<i>estradiol valerate</i>	47
DOVATO.....	115	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	116	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	47
<i>doxazosin</i>	53	EMTRIVA.....	116	<i>ethambutol</i>	106
<i>doxepin</i>	80	EMVERM.....	106	<i>ethosuximide</i>	89, 90
<i>doxercalciferol</i>	23	<i>emzahn</i>	47	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	43
<i>doxorubicin</i>	124	<i>enalapril maleate</i>	53	<i>etodolac</i>	76
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	124	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	54	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	46
<i>doxy-100</i>	112	ENBREL.....	18	<i>etoposide</i>	124
<i>doxycycline hyclate</i>	112	ENBREL MINI.....	18	<i>etravirine</i>	116
<i>doxycycline monohydrate</i>	112, 113	ENBREL SURECLICK.....	18	EULEXIN.....	125
DRIZALMA SPRINKLE.....	80	ENDARI.....	97	<i>euthyrox</i>	22
<i>dronabinol</i>	67	<i>endocet</i>	73	<i>everolimus (antineoplastic)</i>	125
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	42	ENGERIX-B (PF).....	31	<i>everolimus</i>	
DROXIA.....	124	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF).....	31	<i>(immunosuppressive)</i>	125
<i>droxidopa</i>	97	<i>enoxaparin</i>	59	EVOTAZ.....	116
<i>duloxetine</i>	80	<i>enpresse</i>	42	<i>exemestane</i>	125
DUPIXENT PEN.....	101	<i>enskyce</i>	42	EXKIVITY.....	125
DUPIXENT SYRINGE.....	102	ENSTILAR.....	104	EZALLOR SPRINKLE.....	50
<i>dutasteride</i>	36	<i>entacapone</i>	94	<i>ezetimibe</i>	50
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	37	<i>entecavir</i>	116	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	50
<i>e.e.s. 400</i>	111	ENTRESTO.....	49	FABRAZYME.....	23
<i>ec-naproxen</i>	76	<i>enulose</i>	67	<i>falmina (28)</i>	43
EDARBI.....	53	ENVARBUS XR.....	124	<i>famciclovir</i>	116
EDARBYCLOR.....	53	EPCLUSA.....	116	<i>famotidine</i>	65
EDURANT.....	115	EPIDIOLEX.....	89	<i>famotidine (pf)</i>	65
<i>efavirenz</i>	115	<i>epinephrine</i>	142	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	65
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	116	EPINEPHRINE.....	142	FANAPT.....	80
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>	116	<i>epitol</i>	89	FARXIGA.....	24
<i>electrolyte-148</i>	38	EPKINLY.....	124	FASENRA.....	138
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	38	<i>eplerenone</i>	54	FASENRA PEN.....	138
<i>electrolyte-a</i>	38	EPRONTIA.....	89	<i>febuxostat</i>	20
ELIGARD.....	124	<i>ergotamine-caffeine</i>	87	<i>felbamate</i>	90
ELIGARD (3 MONTH).....	124	ERIVEDGE.....	124	<i>felodipine</i>	54
ELIGARD (4 MONTH).....	124	ERLEADA.....	124	<i>fenofibrate</i>	50
ELIGARD (6 MONTH).....	124	<i>erlotinib</i>	124	<i>fenofibrate micronized</i>	50
<i>elinest</i>	42	<i>errin</i>	47	<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	50
ELIQUIS.....	59	<i>ertapenem</i>	106	<i>fenofibric acid (choline)</i>	50
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D		<i>ery pads</i>	103	<i>fentanyl</i>	73
START.....	59	<i>ery-tab</i>	111	<i>fentanyl citrate</i>	73

<i>fesoterodine</i>	37	<i>fulvestrant</i>	125	GOLYTELY.....	67
FETZIMA.....	80	<i>furosemide</i>	54	GRALISE.....	90
FIASP FLEXTOUCH U-100		FUZEON.....	116	<i>granisetron (pf)</i>	67
INSULIN.....	24	<i>fyavolv</i>	47	<i>granisetron hcl</i>	67
FIASP PENFILL U-100 INSULIN.....	25	FYCOMPA.....	90	<i>griseofulvin microsize</i>	120
FIASP U-100 INSULIN.....	25	<i>gabapentin</i>	90	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	120
FINACEA.....	103	<i>galantamine</i>	72	<i>guanfacine</i>	54, 81
<i>finasteride</i>	37	GAMASTAN.....	31	GVOKE.....	25
<i>fingolimod</i>	71	GAMMAGARD LIQUID.....	31	GVOKE HYPOPEN 1-PACK.....	25
FINTEPLA.....	90	GAMMAGARD S-D (IGA < 1		GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	25
FIRMAGON KIT W DILUENT		MCG/ML).....	31	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	25
SYRINGE.....	125	GAMMAKED.....	32	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....	25
<i>flac otic oil</i>	16	GAMMAPLEX.....	32	HAEGARDA.....	139
FLAREX.....	63	GAMMAPLEX (WITH SORBITOL). 32		<i>halobetasol propionate</i>	100
FLEBOGAMMA DIF.....	31	GAMUNEX-C.....	32	<i>haloperidol</i>	81
<i>flecainide</i>	58	<i>ganciclovir sodium</i>	116	<i>haloperidol decanoate</i>	81
<i>fluconazole</i>	120	GARDASIL 9 (PF).....	32	<i>haloperidol lactate</i>	81
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	120	<i>gatifloxacin</i>	64	HARVONI.....	116
<i>flucytosine</i>	120	GATTEX 30-VIAL.....	67	HAVRIX (PF).....	32
<i>fludrocortisone</i>	29	GATTEX ONE-VIAL.....	67	<i>heather</i>	48
<i>flunisolide</i>	138	GAUZE PAD.....	21	<i>heparin (porcine)</i>	59
<i>fluocinolone</i>	99, 100	<i>gavilyte-c</i>	67	<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>	59
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	16	<i>gavilyte-g</i>	67	HEPARIN(PORCINE) IN 0.45%	
<i>fluocinolone and shower cap</i>	99	GAVRETO.....	125	NACL.....	60
<i>fluocinonide</i>	100	<i>gefitinib</i>	126	<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl</i> ... 60	
<i>fluocinonide-e</i>	100	<i>gemcitabine</i>	126	HEPLISAV-B (PF).....	32
<i>fluocinonide-emollient</i>	100	GEMCITABINE.....	126	HIBERIX (PF).....	32
<i>fluoride (sodium)</i>	39	<i>gemfibrozil</i>	50	HUMIRA.....	18
<i>fluorometholone</i>	63	GEMTESA.....	37	HUMIRA PEN.....	18
<i>fluorouracil</i>	102, 125	<i>generlac</i>	67	HUMIRA(CF).....	19
<i>fluoxetine</i>	80	<i>gengraf</i>	126	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS	
<i>fluphenazine decanoate</i>	81	GENOTROPIN.....	36	STARTER.....	18
<i>fluphenazine hcl</i>	81	GENOTROPIN MINIQUICK.....	36	HUMIRA(CF) PEN.....	19
<i>flurbiprofen</i>	76	<i>gentak</i>	64	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-	
<i>flurbiprofen sodium</i>	62	<i>gentamicin</i>	64, 100, 106	HS.....	19
<i>fluticasone propionate</i>	100, 138	<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i>	106	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC. 19	
<i>fluticasone propion-salmeterol</i> . 138		<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	106	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-	
<i>fluvastatin</i>	50	GENVOYA.....	116	ADOL HS.....	19
<i>fluvoxamine</i>	81	GILOTRIF.....	126	HUMULIN R U-500 (CONC)	
<i>fondaparinux</i>	59	<i>glatiramer</i>	72	INSULIN.....	25
<i>formoterol fumarate</i>	138	<i>glatopa</i>	72	HUMULIN R U-500 (CONC)	
FORTEO.....	17	GLEOSTINE.....	126	KWIKPEN.....	25
FOSAMAX PLUS D.....	17	<i>glimepiride</i>	25	<i>hydralazine</i>	54
<i>fosamprenavir</i>	116	<i>glipizide</i>	25	<i>hydrochlorothiazide</i>	54
<i>fosinopril</i>	54	<i>glipizide-metformin</i>	25	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	54	<i>glycopyrrolate</i>	70	73, 74
FOTIVDA.....	125	<i>glydo</i>	102	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	74
FRUZAQLA.....	125	GLYXAMBI.....	25	<i>hydrocortisone</i>	29, 67, 100

<i>hydromorphone</i>	74	<i>ipratropium-albuterol</i>	139	KISQALI FEMARA CO-PACK.....	127
<i>hydroxychloroquine</i>	106	<i>irbesartan</i>	54	<i>klayesta</i>	101
<i>hydroxyurea</i>	126	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	54	<i>klor-con</i>	39
<i>hydroxyzine hcl</i>	142	<i>irinotecan</i>	127	<i>klor-con 10</i>	39
<i>hydroxyzine pamoate</i>	142	ISENTRESS.....	117	<i>klor-con 8</i>	39
HYSINGLA ER.....	74	ISENTRESS HD.....	116	<i>klor-con m10</i>	39
<i>ibandronate</i>	17	<i>isibloom</i>	43	<i>klor-con m15</i>	39
IBRANCE.....	126	ISOLYTE S PH 7.4.....	38	<i>klor-con m20</i>	39
<i>ibu</i>	76	ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE.....	38	KORLYM.....	23
<i>ibuprofen</i>	76	ISOLYTE-S.....	38	KOSELUGO.....	128
<i>icatibant</i>	139	<i>isoniazid</i>	106	<i>kourzeq</i>	16
ICLUSIG.....	126	<i>isosorbide dinitrate</i>	51	KRAZATI.....	128
IDACIO(CF).....	19	<i>isosorbide mononitrate</i>	51	<i>kurvelo (28)</i>	43
IDACIO(CF) PEN.....	19	<i>isotretinoin</i>	103	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	43
IDACIO(CF) PEN CROHN-UC		<i>isradipine</i>	54	<i>labetalol</i>	54
STARTR.....	19	<i>itraconazole</i>	120	<i>lacosamide</i>	90
IDACIO(CF) PEN PSORIASIS		<i>ivermectin</i>	106	<i>lactated ringers</i>	39
START.....	19	IWILFIN.....	127	<i>lactulose</i>	67
IDHIFA.....	126	IXCHIQ (PF).....	32	LAGEVRIO (EUA).....	117
ILEVRO.....	62	IXIARO (PF).....	32	<i>lamivudine</i>	117
<i>imatinib</i>	126	JAKAFI.....	127	<i>lamivudine-zidovudine</i>	117
IMBRUVICA.....	126, 127	<i>jantoven</i>	60	<i>lamotrigine</i>	90, 91
<i>imipenem-cilastatin</i>	106	JANUMET.....	26	<i>lanreotide</i>	128
<i>imipramine hcl</i>	81	JANUMET XR.....	26	<i>lansoprazole</i>	65, 66
<i>imiquimod</i>	102	JANUVIA.....	26	<i>lapatinib</i>	128
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)...	32	JARDIANCE.....	26	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	43
IMVEXXY MAINTENANCE PACK..	48	<i>jasmiel (28)</i>	43	<i>larin 1/20 (21)</i>	43
IMVEXXY STARTER PACK.....	48	JAYPIRCA.....	127	<i>larin 24 fe</i>	43
INBRIJA.....	94	JENTADUETO.....	26	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	43
<i>incassia</i>	48	JENTADUETO XR.....	26	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	44
INCRELEX.....	97	<i>jinteli</i>	48	<i>latanoprost</i>	61
INCRUSE ELLIPTA.....	139	<i>jolessa</i>	43	<i>leflunomide</i>	19
<i>indapamide</i>	54	<i>juleber</i>	43	<i>lenalidomide</i>	128
INFANRIX (DTAP) (PF).....	32	JULUCA.....	117	LENVIMA.....	128
INLYTA.....	127	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	43	<i>lessina</i>	44
INQOVI.....	127	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	43	<i>letrozole</i>	128
INREBIC.....	127	JYNNEOS (PF).....	33	<i>leucovorin calcium</i>	121
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-		KADCYLA.....	127	LEUKERAN.....	128
100.....	21	KALYDECO.....	139	<i>leuprolide</i>	128
INTELENCE.....	116	<i>kariva (28)</i>	43	<i>levalbuterol hcl</i>	139
<i>intralipid</i>	38	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	43	LEVALBUTEROL TARTRATE.....	139
INTRALIPID.....	38	<i>kelnor 1-50 (28)</i>	43	<i>levetiracetam</i>	91
<i>introvale</i>	43	KERENDIA.....	54	<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>	91
INVEGA HAFYERA.....	81	<i>ketoconazole</i>	101, 120	<i>levobunolol</i>	62
INVEGA SUSTENNA.....	81, 82	<i>ketorolac</i>	63	<i>levocarnitine</i>	97
INVEGA TRINZA.....	82	KEYTRUDA.....	127	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	97
IPOL.....	32	KINRIX (PF).....	33	<i>levocetirizine</i>	142
<i>ipratropium bromide</i>	16, 139	KISQALI.....	127, 128	<i>levofloxacin</i>	112

<i>levofloxacin in d5w</i>	112	LUMIZYME.....	23	<i>methylphenidate hcl</i>	83
<i>levonest (28)</i>	44	LUPRON DEPOT.....	128	<i>methylprednisolone</i>	29
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	44	<i>lurasidone</i>	83	<i>methylprednisolone acetate</i>	29
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	44	<i>lutera (28)</i>	44	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	29
<i>levora-28</i>	44	<i>lyleq</i>	48	<i>metoclopramide hcl</i>	68
<i>levo-t</i>	22	<i>lyllana</i>	48	<i>metolazone</i>	55
<i>levothyroxine</i>	22	LYNPARZA.....	129	<i>metoprolol succinate</i>	55
<i>levoxyl</i>	22	LYRICA CR.....	91	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> ..	55
LEXIVA.....	117	LYSODREN.....	129	<i>metoprolol tartrate</i>	55
LIBERVANT.....	91	<i>lyza</i>	48	<i>metro i.v.</i>	107
<i>lidocaine</i>	102	<i>magnesium sulfate</i>	40	<i>metronidazole</i>	46, 103, 104, 107
<i>lidocaine (pf)</i>	102	MAGNESIUM SULFATE IN D5W..	40	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> ...	107
<i>lidocaine hcl</i>	102	<i>magnesium sulfate in water</i>	40	<i>metyrosine</i>	55
<i>lidocaine viscous</i>	102	<i>malathion</i>	104	<i>micafungin</i>	120
<i>lidocaine-prilocaine</i>	102	<i>maraviroc</i>	117	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	44
<i>lidocan iii</i>	102	<i>marlissa (28)</i>	44	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	44
<i>lidocan iv</i>	102	MARPLAN.....	83	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	44
<i>lidocan v</i>	102	MATULANE.....	129	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	44
<i>linezolid</i>	106	<i>matzim la</i>	55	<i>midodrine</i>	97
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	106	<i>meclizine</i>	68	<i>mifepristone</i>	23
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i> ..	106	<i>medroxyprogesterone</i>	48	<i>mili</i>	44
LINEZOLID-0.9% SODIUM CHLORIDE.....	106	<i>mefloquine</i>	106	<i>mimvey</i>	48
LINZESS.....	68	<i>megestrol</i>	129	<i>minocycline</i>	113
<i>liothyronine</i>	22	MEKINIST.....	129	<i>minoxidil</i>	55
<i>lisdexamfetamine</i>	82	MEKTOVI.....	129	<i>mirtazapine</i>	83
<i>lisinopril</i>	55	<i>meloxicam</i>	76	<i>misoprostol</i>	66
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	55	<i>memantine</i>	72	MITIGARE.....	20
<i>lithium carbonate</i>	82	MENACTRA (PF).....	33	M-M-R II (PF).....	33
<i>lithium citrate</i>	82	MENQUADFI (PF).....	33	<i>modafinil</i>	83
LIVALO.....	50	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)..	33	<i>moexipril</i>	55
LOKELMA.....	97	<i>mercaptopurine</i>	129	<i>molindone</i>	83
LONSURF.....	128	<i>meropenem</i>	107	<i>mometasone</i>	100, 139
<i>loperamide</i>	70	MEROPENEM-0.9% SODIUM CHLORIDE.....	107	MONJUVI.....	129
<i>lopinavir-ritonavir</i>	117	<i>mesalamine</i>	68	<i>mono-lynyah</i>	44
<i>lorazepam</i>	82, 83	<i>mesalamine with cleansing wipe</i>	68	<i>montelukast</i>	139
<i>lorazepam intensol</i>	82	MESNEX.....	121	MORPHINE.....	74
LORBRENA.....	128	<i>metformin</i>	26	<i>morphine</i>	74, 75
<i>loryna (28)</i>	44	<i>methadone</i>	74	<i>morphine (pf)</i>	74
<i>losartan</i>	55	<i>methadone intensol</i>	74	<i>morphine concentrate</i>	74
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	55	<i>methazolamide</i>	62	MOUNJARO.....	26
LOTEMAX.....	63	<i>methenamine hippurate</i>	111	MOVANTIK.....	68
<i>lovastatin</i>	50	<i>methimazole</i>	30	<i>moxifloxacin</i>	64, 112
<i>low-ogestrel (28)</i>	44	<i>methotrexate sodium</i>	129	MOXIFLOXACIN-SOD.ACE,SUL-WATER.....	112
<i>loxapine succinate</i>	83	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	129	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i> ..	112
<i>lubiprostone</i>	68	<i>methsuximide</i>	91	MULTAQ.....	58
LUMAKRAS.....	128			<i>mupirocin</i>	100
LUMIGAN.....	61				

<i>mycophenolate mofetil</i>	129, 130	<i>nitroglycerin</i>	51	OCTAGAM.....	33
<i>mycophenolate sodium</i>	130	<i>nizatidine</i>	66	<i>octreotide acetate</i>	130
<i>myorisan</i>	104	<i>nora-be</i>	48	ODEFSEY.....	117
MYRBETRIQ.....	37	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	48	ODOMZO.....	130
<i>nabumetone</i>	76	<i>norethindrone acetate</i>	48	OFEV.....	139
<i>nadolol</i>	55	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	44, 48	<i>ofloxacin</i>	16, 65
<i>nafacillin</i>	114	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> ...	45	OJEMDA.....	130
<i>nafacillin in dextrose iso-osm</i>	114	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> ...	45	OJJAARA.....	130
NAGLAZYME.....	23	NORITATE.....	104	<i>olanzapine</i>	84
<i>nalbuphine</i>	76	<i>norlyda</i>	48	<i>olmesartan</i>	56
<i>naloxone</i>	76	NORPACE CR.....	58	<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazyd</i> ..	56
<i>naltrexone</i>	76	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	45	<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	56
NAMZARIC.....	72	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	45	<i>olopatadine</i>	16, 61
<i>naproxen</i>	76	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	45	<i>omeprazole</i>	66
<i>naproxen sodium</i>	76	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	45	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5).....	21
<i>naratriptan</i>	87	<i>nortriptyline</i>	83	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)....	21
NATACYN.....	64	NORVIR.....	117	OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3).....	21
<i>nateglinide</i>	26	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN..	26	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	21
NAYZILAM.....	91	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100..	26	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4).....	21
<i>nebivolol</i>	55	NOVOLIN N FLEXPEN.....	27	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)..	21
<i>nefazodone</i>	83	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	27	OMNIPOD GO PODS.....	21
<i>neomycin</i>	107	NOVOLIN R FLEXPEN.....	27	OMNIPOD GO PODS 10	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	63	NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN.....	27	UNITS/DAY.....	21
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i> ..	65	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN.....	27	OMNIPOD GO PODS 15	
<i>neomycin-polymyxin b-</i> <i>dexameth</i>	63	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN.....	27	UNITS/DAY.....	21
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> ..	65	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100.....	27	OMNIPOD GO PODS 20	
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	16, 63	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN.....	27	UNITS/DAY.....	21
NERLYNX.....	130	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART.....	27	OMNIPOD GO PODS 25	
NEUPRO.....	95	NOXAFIL.....	120	UNITS/DAY.....	21
<i>nevirapine</i>	117	NUBEQA.....	130	OMNIPOD GO PODS 30	
NEXPLANON.....	46	NUDEXTA.....	72	UNITS/DAY.....	21
<i>niacin</i>	50	NULOJIX.....	130	<i>ondansetron</i>	68
<i>nicardipine</i>	55	NUPLAZID.....	83, 84	<i>ondansetron hcl</i>	68
NICOTROL.....	98	NURTEC ODT.....	87	<i>ondansetron hcl (pf)</i>	68
NICOTROL NS.....	98	NUTRILIPID.....	38	ONUREG.....	130
<i>nifedipine</i>	55	<i>nyamyc</i>	101	OPSUMIT.....	139
<i>nikki (28)</i>	44	NYMALIZE.....	56	ORGOVYX.....	130
<i>nilutamide</i>	130	<i>nystatin</i>	101, 120	ORKAMBI.....	140
<i>nimodipine</i>	55	<i>nystop</i>	101	ORSERDU.....	131
NINLARO.....	130	OACALIVA.....	68	<i>oseltamivir</i>	117
<i>nisoldipine</i>	56	OCREVUS.....	72	OTEZLA.....	19
<i>nitazoxanide</i>	107			OTEZLA STARTER.....	20
<i>nitisinone</i>	97			<i>oxacillin</i>	114
<i>nitro-bid</i>	51			<i>oxaliplatin</i>	131
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	111				
<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i> <i>cryst</i>	111				

<i>oxaprozin</i>	77	<i>phenobarbital sodium</i>	92	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	30, 63
<i>oxcarbazepine</i>	91	PHENYTEK.....	92	<i>prednisone</i>	30
<i>oxybutynin chloride</i>	37	<i>phenytoin</i>	92	<i>prednisone intensol</i>	30
<i>oxycodone</i>	75	<i>phenytoin sodium</i>	92	<i>pregabalin</i>	92
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	75	<i>phenytoin sodium extended</i>	92	PREHEVBRIO (PF).....	33
OZEMPIC.....	27	<i>philith</i>	45	PREMARIN.....	48
<i>pacerone</i>	58	PIFELTRO.....	118	<i>premasol 10 %</i>	39
<i>paclitaxel</i>	131	<i>pilocarpine hcl</i>	61, 97	<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	39
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND..	131	<i>pimozide</i>	84	<i>prevalite</i>	51
<i>paliperidone</i>	84	<i>pimtrea (28)</i>	45	PREVYMIS.....	118
<i>pamidronate</i>	23	<i>pindolol</i>	56	PREZCOBIX.....	118
PANRETIN.....	102	<i>pioglitazone</i>	27	PREZISTA.....	118
<i>pantoprazole</i>	66	<i>pioglitazone-glimepiride</i>	27	PRIFTIN.....	107
PANZYGA.....	33	<i>pioglitazone-metformin</i>	27	PRIMAQUINE.....	107
<i>paraplatin</i>	131	PIPERACILLIN-TAZOBACTAM....	114	PRIMIDONE.....	92
<i>paricalcitol</i>	23	<i>piperacillin-tazobactam</i>	114	<i>primidone</i>	92
<i>paromomycin</i>	107	PIQRAY.....	131	PRIORIX (PF).....	34
<i>paroxetine hcl</i>	84	<i>pirfenidone</i>	140	PRIVIGEN.....	34
PAXLOVID.....	117	PIRFENIDONE.....	140	<i>probenecid</i>	20
<i>pazopanib</i>	131	<i>pirmella</i>	45	<i>probenecid-colchicine</i>	20
PEDIARIX (PF).....	33	<i>piroxicam</i>	77	<i>prochlorperazine</i>	69
PEDVAX HIB (PF).....	33	PLASMA-LYTE A.....	39	<i>prochlorperazine edisylate</i>	69
<i>peg 3350-electrolytes</i>	68	PLENAMINE.....	39	<i>prochlorperazine maleate</i>	69
PEGASYS.....	36	PLENVU.....	69	PROCRIT.....	36
<i>peg-electrolyte soln</i>	69	<i>podofilox</i>	103	<i>procto-med hc</i>	69
PEMAZYRE.....	131	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> ...	65	<i>proctosol hc</i>	69
<i>pemetrexed disodium</i>	131	POMALYST.....	131	<i>proctozone-hc</i>	69
PEMETREXED DISODIUM.....	131	<i>portia 28</i>	45	<i>progesterone</i>	48
PEN NEEDLE, DIABETIC.....	21	<i>posaconazole</i>	120	<i>progesterone micronized</i>	49
PENBRAYA (PF).....	33	<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i> 40		PROGRAF.....	131
<i>penicillamine</i>	20	<i>potassium chloride</i>	40, 41	PROLASTIN-C.....	97
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE	114	<i>potassium chloride in 0.9%nacl</i> ..	40	PROLENSA.....	63
<i>penicillin g potassium</i>	114	<i>potassium chloride in 5 % dex</i>	40	PROLIA.....	17
<i>penicillin g procaine</i>	114	<i>potassium chloride in water</i>	40	PROMACTA.....	60
<i>penicillin g sodium</i>	114	<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i> ..	41	<i>promethazine</i>	142
<i>penicillin v potassium</i>	114	<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl</i> .41		<i>propafenone</i>	58
PENTACEL (PF).....	33	<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i> .41		<i>propranolol</i>	56
<i>pentamidine</i>	107	<i>potassium citrate</i>	36	<i>propylthiouracil</i>	30
<i>pentoxifylline</i>	60	PRALUENT PEN.....	51	PROQUAD (PF).....	34
<i>perindopril erbumine</i>	56	<i>pramipexole</i>	95	PROSOL 20 %.....	39
<i>periogard</i>	16	<i>prasugrel</i>	60	<i>protriptyline</i>	84
<i>permethrin</i>	104	<i>pravastatin</i>	51	PULMICORT FLEXHALER.....	140
<i>perphenazine</i>	84	<i>praziquantel</i>	107	PULMOZYME.....	140
PERSERIS.....	84	<i>prazosin</i>	56	PURIXAN.....	131
<i>pfizerpen-g</i>	114	<i>prednisolone</i>	30	<i>pyrazinamide</i>	107
<i>phenelzine</i>	84	<i>prednisolone acetate</i>	63	<i>pyridostigmine bromide</i>	71
<i>phenobarbital</i>	91, 92			QINLOCK.....	131

QUADRACEL (PF).....	34	<i>ropinirole</i>	95	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)...	30
<i>quetiapine</i>	84, 85	<i>rosuvastatin</i>	51	SOMATULINE DEPOT.....	132
QUETIAPINE.....	84	ROTARIX.....	34	SOMAVERT.....	23
<i>quinapril</i>	56	ROTATEQ VACCINE.....	34	<i>sorafenib</i>	132
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	56	<i>roweepra</i>	92	<i>sorine</i>	58
<i>quinidine sulfate</i>	58	ROZLYTREK.....	132	<i>sotalol</i>	58
<i>quinine sulfate</i>	107	RUBRACA.....	132	<i>sotalol af</i>	58
RABAVERT (PF).....	34	<i>rufinamide</i>	92	<i>spironolactone</i>	56
<i>rabeprazole</i>	66	RUKOBIA.....	118	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i> ..	56
RADICAVA ORS.....	72	RYBELSUS.....	28	<i>sprintec (28)</i>	45
RADICAVA ORS STARTER KIT		RYDAPT.....	132	SPRITAM.....	92
SUSP.....	72	<i>sajazir</i>	140	SPRYCEL.....	132, 133
<i>raloxifene</i>	17	SANDIMMUNE.....	132	<i>sps (with sorbitol)</i>	98
<i>ramipril</i>	56	SANTYL.....	103	<i>sronyx</i>	45
<i>ranolazine</i>	49	<i>sapropterin</i>	23	<i>ssd</i>	103
<i>rasagiline</i>	95	SAVELLA.....	20	STAMARIL (PF).....	34
RAYALDEE.....	23	SCEMBLIX.....	132	STELARA.....	104
<i>reclipsen (28)</i>	45	<i>scopolamine base</i>	69	STIVARGA.....	133
RECOMBIVAX HB (PF).....	34	SECUADO.....	85	STREPTOMYCIN.....	107
RECTIV.....	69	<i>selegiline hcl</i>	95	STRIBILD.....	118
REGANEX.....	103	<i>selenium sulfide</i>	104	SUCRAID.....	69
RELENZA DISKHALER.....	118	SELZENTRY.....	118	<i>sucrafate</i>	66
RELISTOR.....	69	SEREVENT DISKUS.....	140	<i>sulfacetamide sodium</i>	61, 62
REMICADE.....	69	<i>sertraline</i>	85	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	101
<i>repaglinide</i>	27	<i>setlakin</i>	45	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	62
RESTASIS.....	61	<i>sevelamer carbonate</i>	97	<i>sulfadiazine</i>	108
RESTASIS MULTIDOSE.....	61	<i>sharobel</i>	49	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	
RETEVMO.....	132	SHINGRIX (PF).....	34	108
REXULTI.....	85	SIGNIFOR.....	132	SULFAMILYLON.....	101
REYATAZ.....	118	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> ..	140	<i>sulfasalazine</i>	70
REZLIDHIA.....	132	<i>silodosin</i>	37	<i>sulindac</i>	77
REZUROCK.....	132	<i>silver sulfadiazine</i>	103	<i>sumatriptan</i>	87
RHOPRESSA.....	61	<i>simvastatin</i>	51	<i>sumatriptan succinate</i>	87, 88
<i>ribavirin</i>	118	<i>sirolimus</i>	132	<i>sunitinib malate</i>	133
<i>rifabutin</i>	107	SIRTURO.....	107	SUNLENCA.....	118
<i>rifampin</i>	107	SKYRIZI.....	69, 104	SUPREP BOWEL PREP KIT.....	70
<i>riluzole</i>	97	<i>sodium chloride</i>	41, 98	<i>syeda</i>	45
<i>rimantadine</i>	118	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	41	SYMDEKO.....	140
RINVOQ.....	20	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	98	SYMPAZAN.....	92, 93
<i>risedronate</i>	17, 97	<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i> ..	41	SYMTUZA.....	118
RISPERDAL CONSTA.....	85	<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i> ..	41	SYNERCID.....	107
<i>risperidone</i>	85	SODIUM OXYBATE.....	85	SYNJARDY.....	28
<i>ritonavir</i>	118	<i>sodium phenylbutyrate</i>	98	SYNJARDY XR.....	28
<i>rivastigmine</i>	72	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	98	SYNTHROID.....	22
<i>rivastigmine tartrate</i>	72	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> ..	69	TABLOID.....	133
<i>rizatriptan</i>	87	<i>solifenacin</i>	37	TABRECTA.....	133
ROCKLATAN.....	61	SOLIQUA 100/33.....	28	<i>tacrolimus</i>	103, 133
<i>roflumilast</i>	140	SOLTAMOX.....	132	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i> ..	140

TADLIQ.....	140	<i>tiadylt er</i>	57	<i>trientine</i>	98
TAFINLAR.....	133	<i>tiagabine</i>	93	<i>tri-estarylla</i>	45
TAGRISSO.....	133	TIBSOVO.....	134	<i>trifluoperazine</i>	85
TALTZ AUTOINJECTOR.....	105	TICOVAC.....	35	<i>trifluridine</i>	64
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	104	<i>tigecycline</i>	107	<i>trihexyphenidyl</i>	95
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	104	<i>tilia fe</i>	45	TRIJARDY XR.....	28
TALTZ SYRINGE.....	105	<i>timolol maleate</i>	57, 62	TRIKAFTA.....	141
TALVEY.....	133	TIVICAY.....	118	<i>tri-legest fe</i>	45
TALZENNA.....	133	TIVICAY PD.....	119	<i>tri-linyah</i>	45
<i>tamoxifen</i>	133	<i>tizanidine</i>	71	<i>tri-lo-estarylla</i>	46
<i>tamsulosin</i>	37	TOBRADEX.....	63	<i>tri-lo-marzia</i>	46
<i>tarina 24 fe</i>	45	TOBRADEX ST.....	63	<i>tri-lo-mili</i>	46
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	45	<i>tobramycin</i>	65	<i>tri-lo-sprintec</i>	46
TASIGNA.....	133	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	108	<i>trimethoprim</i>	112
<i>tazarotene</i>	104	<i>tobramycin sulfate</i>	108	<i>trimipramine</i>	85, 86
<i>tazicef</i>	110	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	64	TRINTELLIX.....	86
TAZORAC.....	104	<i>tolterodine</i>	37	<i>tri-sprintec (28)</i>	46
<i>taztia xt</i>	57	<i>tolvaptan</i>	24	TRIUMEQ.....	119
TAZVERIK.....	133	<i>topiramate</i>	93	TRIUMEQ PD.....	119
TDVAX.....	34	<i>toremifene</i>	134	<i>trivora (28)</i>	46
TECENTRIQ.....	133	<i>torse mide</i>	57	TRIZIVIR.....	119
TECFIDERA.....	72, 73	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR..	28	TROGARZO.....	119
TEFLARO.....	110	TOUJEO SOLOSTAR U-300		TROPHAMINE 10 %.....	39
<i>telmisartan</i>	57	INSULIN.....	28	<i>trospium</i>	37
<i>telmisartan-amlodipine</i>	57	TPN ELECTROLYTES.....	41	TRULANCE.....	70
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> ..	57	TRADJENTA.....	28	TRULICITY.....	28
<i>temazepam</i>	85	<i>tramadol</i>	77	TRUMENBA.....	35
TENIVAC (PF).....	35	<i>tramadol-acetaminophen</i>	77	TRUQAP.....	134
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ...	118	<i>trandolapril</i>	57	TRUXIMA.....	134
TEPMETKO.....	133	<i>tranexamic acid</i>	46	TUKYSA.....	134
<i>terazosin</i>	57	<i>tranylcypromine</i>	85	TURALIO.....	134
<i>terbinafine hcl</i>	120	<i>travasol 10 %</i>	39	<i>turqoz (28)</i>	46
<i>terbutaline</i>	140	<i>travoprost</i>	61	TWINRIX (PF).....	35
<i>terconazole</i>	46	TRAZIMERA.....	134	TYBOST.....	119
<i>teriflunomide</i>	73	<i>trazodone</i>	85	TYMLOS.....	17
TERIPARATIDE.....	17	TRECTOR.....	108	TYPHIM VI.....	35
<i>testosterone</i>	24	TRELEGY ELLIPTA.....	141	TYRVAYA.....	62
<i>testosterone cypionate</i>	24	<i>treprostinil sodium</i>	57	<i>unithroid</i>	22
<i>testosterone enanthate</i>	24	TRESIBA FLEXTOUCH U-100.....	28	<i>ursodiol</i>	70
TETANUS,DIPHThERIA TOX		TRESIBA FLEXTOUCH U-200.....	28	<i>valacyclovir</i>	119
PED(PF).....	35	TRESIBA U-100 INSULIN.....	28	VALCHLOR.....	103
<i>tetrabenazine</i>	73	<i>tretinoin</i>	104	<i>valganciclovir</i>	119
<i>tetracycline</i>	113	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	134	<i>valproate sodium</i>	93
THALOMID.....	133, 134	TREXALL.....	134	<i>valproic acid</i>	93
THEO-24.....	140	<i>triamcinolone acetonide</i>	16, 100	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	93
<i>theophylline</i>	140, 141	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> ..	57	<i>valsartan</i>	57
<i>thioridazine</i>	85	<i>tridacaine ii</i>	103	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	57
<i>thiothixene</i>	85	<i>tridacaine iii</i>	103	VALTOCO.....	93

<i>vancomycin</i>	108	<i>water for irrigation, sterile</i>	98	ZONISADE.....	94
VANCOMYCIN.....	108	WELIREG.....	135	<i>zonisamide</i>	94
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM		<i>wera (28)</i>	46	<i>zovia 1-35 (28)</i>	46
CHL.....	108	XALKORI.....	135	ZTALMY.....	94
VANFLYTA.....	134	XARELTO.....	60	<i>zumandimine (28)</i>	46
VAQTA (PF).....	35	XARELTO DVT-PE TREAT 30D		ZURZUVAE.....	86
<i>varenicline</i>	98	START.....	60	ZYCLARA.....	103
VARIVAX (PF).....	35	XATMEP.....	135	ZYDELIG.....	136
VASCEPA.....	51	XCOPRI.....	93	ZYKADIA.....	136
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	46	XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	93	ZYLET.....	64
VELPHORO.....	98	XCOPRI TITRATION PACK.....	94	ZYPITAMAG.....	51
VELTASSA.....	98	XDEMVY.....	62	ZYPREXA RELPREVV.....	86, 87
VEMLIDY.....	119	XELJANZ.....	20		
VENCLEXTA.....	134	XELJANZ XR.....	20		
VENCLEXTA STARTING PACK.....	134	XERMELO.....	135		
<i>venlafaxine</i>	86	XGEVA.....	121		
VENTAVIS.....	141	XHANCE.....	141		
VENTOLIN HFA.....	141	XIFAXAN.....	108		
<i>verapamil</i>	57, 58	XIGDUO XR.....	29		
VERQUVO.....	49	XOLAIR.....	141		
VERSACLOZ.....	86	XOSPATA.....	135		
VERZENIO.....	134	XPOVIO.....	135, 136		
<i>vestura (28)</i>	46	XTANDI.....	136		
V-GO 20.....	21	<i>xulane</i>	47		
V-GO 30.....	21	XULTOPHY 100/3.6.....	29		
V-GO 40.....	21	YF-VAX (PF).....	35		
<i>vienva</i>	46	<i>yuvafem</i>	49		
<i>vigabatrin</i>	93	<i>zafemy</i>	47		
<i>vigadrone</i>	93	<i>zafirlukast</i>	141		
<i>vigpoder</i>	93	ZARXIO.....	36		
<i>vilazodone</i>	86	ZEJULA.....	136		
<i>vincristine</i>	134	ZELBORAF.....	136		
<i>vinorelbine</i>	134	ZEMAIRA.....	98		
<i>viorele (28)</i>	46	<i>zenatane</i>	104		
VIRACEPT.....	119	ZENPEP.....	70		
VIREAD.....	119	ZERVIATE.....	62		
VITRAKVI.....	135	<i>zidovudine</i>	119		
VIVITROL.....	77	ZIEXTENZO.....	36		
VIZIMPRO.....	135	<i>ziprasidone hcl</i>	86		
VONJO.....	135	<i>ziprasidone mesylate</i>	86		
<i>voriconazole</i>	120	ZIRABEV.....	136		
VOSEVI.....	119	ZIRGAN.....	64		
VOTRIENT.....	135	<i>zoledronic acid</i>	24		
VRAYLAR.....	86	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>			
VUMERITY.....	73	24, 98		
VYNDAQEL.....	49	ZOLINZA.....	136		
VYVANSE.....	86	<i>zolmitriptan</i>	88		
<i>warfarin</i>	60	<i>zolpidem</i>	86		

차별 금지 공지

차별은 위법 행위입니다. Wellcare By Health Net은 주 및 연방 시민법을 준수합니다.

Wellcare By Health Net은 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 인종 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체적 장애, 의학적 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 취향을 이유로 사람을 불법적으로 차별하거나, 제외하거나, 다르게 대우하지 않습니다.

Wellcare By Health Net은 다음을 제공합니다.

- 다음과 같은 장애인의 더 나은 의사소통에 도움이 되는 무료 지원과 서비스:
 - 유자격 수화 통역사
 - 다른 형식으로 작성된 서면 정보(대형 인쇄체, 오디오, 장애인용 전자적 형태, 기타 형식)
- 다음과 같은 모국어가 영어가 아닌 사람들에게 제공되는 무료 언어 서비스:
 - 유자격 통역사
 - 다른 언어로 된 서면 정보

이러한 서비스가 필요한 경우 Wellcare By Health Net에 **1-800-431-9007**번으로 전화하여 문의하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 메시징 시스템은 업무 시간 이후, 주말 및 연방 휴일에 이용하실 수 있습니다. 듣지 못하거나, 잘 말할 수 없는 경우 **TTY 711** 번으로 전화해 주십시오. 요청 시 이 문서를 점자, 대형 활자본, 오디오 카세트 또는 전자 양식으로 제공할 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 사본을 받으려면 다음 번호로 전화를 하거나 서신을 보내 주십시오.

Wellcare By Health Net

21281 Burbank Blvd.

Woodland Hills, CA 91367

1-800-431-9007 (TTY: 711)

고충 접수 방법

Wellcare By Health Net이 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 인종 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체적 장애, 의학적 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성, 또는 성적 취향에 따라 차별한다고 생각되는 경우 가입자 서비스부에 고충을 접수할 수 있습니다. 귀하는 전화, 서면, 직접 또는 전자 방식으로 고충을 접수할 수 있습니다.

- **전화: 1-866-458-2208**번으로 전화하여 Wellcare By Health Net의 시민권리 코디네이터에게 문의하십시오. 오전 8시부터 오후 5시까지 문의하십시오. 또는, 들을 수 없거나 잘 말할 수 없는 경우 TTY 711번으로 전화하십시오.
- 서면: 불만사항 제기 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 다음 주소로 보내십시오.

Wellcare Civil Rights Coordinator

P.O. Box 9103

Van Nuys, CA 91409-9103

- **직접:** 담당 의사의 진료실 또는 Wellcare By Health Net을 방문하여 고충을 접수하고 싶다고 말씀하십시오.
- **전자:** Wellcare By Health Net 웹사이트 wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

시민권리 사무국 - California 보건복지부

또한 California 보건복지부 시민권리 사무국에 전화, 서면 또는 전자 방식으로 시민권리 관련 불만사항을 접수할 수 있습니다.

- **전화:** 1-916-440-7370번으로 전화하십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우 TTY 711(통신 릴레이 서비스)번으로 전화해 주십시오.

- **서면:** 불만사항 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내십시오.

Deputy Director, Office of Civil Rights

Department of Health Care Services

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

불만사항 제기 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 받아보실 수 있습니다.

- **전자:** CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

시민권리 사무국 - U.S. Department of Health and Human Services

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별에 따라 차별한다고 생각되는 경우 미국 보건복지부, 시민권리 사무국(U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights)에 전화, 서면 또는 전자 방식으로 시민권리 관련 불만사항을 접수할 수도 있습니다.

- **전화:** 1-800-368-1019번으로 전화하십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우, TTY/TDD 1-800-537-7697번으로 전화해 주십시오.

- **서면:** 불만사항 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내십시오.

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

- **전자:** 시민권리 관련 불만사항 제기 포털(Office for Civil Rights Complaint Portal), 주소: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를 방문하십시오.

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

Arabic (العربية): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). وهذه الخدمات مجانية.

Armenian (Հայերեն): Ուշադրություն: Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, գանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយភាសារបស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY:**711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese Mandarin (普通话): 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007** (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 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务均免费提供。

Chinese Cantonese (廣東話): 注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (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 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。這些服務為免費服務。

Farsi (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Hmong (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (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 **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntxiv lawm.

Japanese (日本語): 注意：言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007** (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。 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

Korean (한국어): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian (ພາສາລາວ): ສໍາຄັນ: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣິ.

Mien (Mienh): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕਲ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (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 **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish (Español): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (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 **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

Thai (ภาษาไทย): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร **1-800-431-9007** (TTY:**711**) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian (Українська): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (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 **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.

차별 금지 공지

차별은 위법 행위입니다. Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health는 주 및 연방 시민법을 준수합니다. Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health는 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 인종 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체적 장애, 의학적 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 취향을 이유로 사람을 불법적으로 차별하거나, 제외하거나, 다르게 대우하지 않습니다.

Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health는 다음을 제공합니다.

- 다음과 같은 장애인의 더 나은 의사소통에 도움이 되는 무료 지원과 서비스:
 - 유자격 수화 통역사
 - 다른 형식으로 작성된 서면 정보(대형 인쇄체, 오디오, 장애인용 전자적 형태, 기타 형식)
- 다음과 같은 모국어가 영어가 아닌 사람들에게 제공되는 무료 언어 서비스:
 - 유자격 통역사
 - 다른 언어로 된 서면 정보

이러한 서비스가 필요한 경우 Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health 에 **1-833-236-2366**번으로 전화하여 문의하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 ~오후 8시입니다. 메시징 시스템은 업무 시간 이후, 주말 및 연방 휴일에 이용하실 수 있습니다. 듣지 못하거나, 잘 말할 수 없는 경우 **TTY 711** 번으로 전화해 주십시오. 요청 시 이 문서를 점자, 대형 활자본, 오디오 카세트 또는 전자 양식으로 제공할 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 사본을 받으려면 다음 번호로 전화를 하거나 서신을 보내 주십시오.

Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health

21281 Burbank Blvd.

Woodland Hills, CA 91367

1-833-236-2366(TTY: 711)

고충 접수 방법

Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health가 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 인종 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체적 장애, 의학적 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성, 또는 성적 취향에 따라 차별한다고 생각되는 경우 가입자 서비스부에 고충을 접수할 수 있습니다. 귀하는 전화, 서면, 직접 또는 전자 방식으로 고충을 접수할 수 있습니다.

- **전화: 1-866-458-2208**번으로 전화하여 Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health의 시민권리 코디네이터에게 문의하십시오. 오전 8시부터 오후 5시까지 문의하십시오. 또는, 듣지 못하거나 잘 말할 수 없는 경우 **TTY 711**번으로 전화해 주십시오.

- **서면:** 불만사항 제기 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 다음 주소로 보내십시오.
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- **직접:** 담당 의사의 진료실 또는 Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health를 방문하여 고충을 접수하고 싶다고 말씀하십시오.
- **전자:** Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health 웹사이트 wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

시민권리 사무국 - California 보건복지부

또한 California 보건복지부 시민권리 사무국에 전화, 서면 또는 전자 방식으로 시민권리 관련 불만사항을 접수할 수 있습니다.

- **전화:** 1-916-440-7370번으로 전화하십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우 TTY 711(통신 릴레이 서비스)번으로 전화해 주십시오.
- **서면:** 불만사항 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내십시오.
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
불만사항 제기 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 받아보실 수 있습니다.
- **전자:** CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

시민권리 사무국 - U.S. Department of Health and Human Services

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별에 따라 차별한다고 생각되는 경우 미국 보건복지부, 시민권리 사무국(U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights)에 전화, 서면 또는 전자 방식으로 시민권리 관련 불만사항을 접수할 수도 있습니다.

- **전화:** 1-800-368-1019번으로 전화하십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우, TTY/TDD 1-800-537-7697번으로 전화해 주십시오.
- **서면:** 불만사항 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내십시오.
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- **전자:** 시민권리 관련 불만사항 제기 포털(Office for Civil Rights Complaint Portal), 주소: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를 방문하십시오.

English: If you, or someone you are helping, need language services, call Toll-Free **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille, accessible PDF and large print, are also available. These services are at no cost to you.

Arabic: إذا احتجت أنت أو شخص ما تقوم بمساعدته إلى خدمات لغوية، فاتصل بالرقم المجاني **1-833-236-2366** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبالطباعة الكبيرة وملفات PDF القابلة للوصول إليها. ولا تتحمل أنت أي تكلفة مقابل هذه الخدمات.

Armenian: Եթե ձեզ կամ որևէ մեկին, ում օգնում եք, հարկավոր են լեզվական ծառայություններ, զանգահարեք **1-833-236-2366** (TTY` **711**) անվճար հեռախոսահամարով: Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օգնականներ և ծառայություններ, ինչպիսիք են փաստաթղթերը բրայլի տառերով, հասանելի PDF և մեծ տառերով: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

Cambodian: ប្រសិនបើអ្នក ឬ អ្នកណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងតែជួយ ត្រូវការសេវាភាសាសូមទូរសព្ទទៅលេខគិតគិតថ្លៃតាមលេខ **1-833-236-2366** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ជា PDF ដែលអាចចូលប្រើបាន និង ជាពុម្ពអក្សរទំហំធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃចំពោះអ្នកនោះទេ។

Chinese Mandarin: 如果您或您帮助的人需要语言服务，请拨打免费电话 **1-833-236-2366** (TTY: **711**)。我们还为残障人士提供辅助工具和相关服务，如盲文文件、无障碍PDF文件和大号字体文件。您可以免费获得这些服务。

Chinese Cantonese: 如果您或您協助的人需要語言服務，請撥打免付費專線 **1-833-236-2366** (TTY: **711**)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字、無障礙 PDF 和大字體印刷的文件。這些服務皆為免費。

Farsi: اگر شما یا فردی که به او کمک می‌کنید به خدمات زبان نیاز دارید، با خط رایگان **1-833-236-2366** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای ناتوانی، مانند مدارکی به زبان بریل، PDF قابل دسترسی، چاپ درشت، نیز در دسترس است. این خدمات به طور رایگان ارائه می‌شوند.

Hindi: यदि आपको, या किसी ऐसे व्यक्ति को जिसकी आप मदद कर रहे हैं, भाषा सेवाओं की आवश्यकता है, तो टोल-फ्री **1-833-236-2366** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल में दस्तावेज़, एक्सेस योग्य PDF और बड़े प्रिंट भी उपलब्ध हैं. ये सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं.

Hmong: Yog tias koj, los sis ib tug neeg twg uas koj tab tom pab no, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, thov hu rau Tus Xov Tooj Hu Dawb **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Tsis tas li ntawd, kuj yuav muaj cov khoom pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv sau ua tus ntawv su, hom ntawv PDF uas siv tau thiab ntawv luam loj thiab. Koj yuav tsis tas tau them nqi rau cov kev pab cuam no li.

Japanese: あなたご自身や、あなたが介護をしている方が言語サービスを必要としている場合は、フリーダイヤル **1-833-236-2366** (TTY: **711**) にお電話ください。障がいをお持ちの方には、点字やアクセス可能な PDF、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。これらのサービスは無料です。

Korean: 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 다른 사람이 언어 서비스가 필요한 경우, 수신자 부담 전화 **1-833-236-2366** (TTY: **711**) 번으로 연락하십시오. 점자, 액세스 가능한 PDF 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian: ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການດ້ານບໍລິການດ້ານພາສາ, ໂທຫາເບີໂທພຣີທີ່ **1-833-236-2366** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວອັກສອນນູນ, PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆສຳລັບທ່ານ.

Mien: Nangs goongv meih mah xi meih sangs wav laanh munh xamw nongc meih sangs blanc ndouz wac xangh munh wac, dings meih mbopr mal xoud sinh ndiinc wac **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Mbul i sangs sind naaih xaangd naaih nqumc dongz sind mal heis wav ndams munh, ganh nangw funl munh meic mbus ndangc, nyamh zongh doc xal haid beil PDF ganw ndangc luw lud. Sangs meih neiv ndams lu dei mal nongc sinh.

Punjabi: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਉਸ ਵਅਿਕਤੀ ਨੂੰ, ਜਸਿ ਦੀ ਤੁਸੀ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਭਾਸ਼ਾ ਸੰਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ **1-833-236-2366** (TTY: **711**)। ਅਸਮਰਥਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਵਿ ਕੀ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਵੱਚਿ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਪਹੁੰਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਆਕਾਰ ਵੱਚਿ ਪ੍ਰਟਿ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਵੱਚਿ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

Russian: Если вам или лицу, которому вы помогаете, требуются услуги перевода, позвоните по бесплатному номеру **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля либо опубликованные в доступном формате PDF. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish: Si usted, o alguien a quien está ayudando, necesita servicios lingüísticos, llame gratis al **1-833-236-2366** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille, formato PDF accesible y letra grande. Estos servicios se proporcionan sin costo alguno para usted.

Tagalog: Kung kayo o ang tinutulungan ninyo ay nangangailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag nang Toll-Free sa **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille, accessible na PDF at malaking print. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลืออยู่ต้องการบริการด้านภาษา โปรดติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ที่ **1-833-236-2366** (TTY: **711**) เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์, PDF ที่เข้าถึงได้ และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ พร้อมให้บริการ โดยคุณไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ เพื่อใช้บริการเหล่านี้

Ukrainian: Якщо ви, або хтось, кому ви допомагаєте, має потребу в мовних послугах, зверніться на безкоштовну телефонну лінію за номером **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Сервіси та послуги доступні для з людей з обмеженими можливостями, всі документи доступні шрифтом Брайля, а також у форматі PDF із збільшеним розміром шрифту. Всі ці послуги цілком безкоштовні.

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc người nào đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi Số điện thoại miễn phí **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Chúng tôi cũng cung cấp các dịch vụ và hỗ trợ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi, bản PDF và bản in cỡ lớn dễ đọc. Các dịch vụ này được cung cấp miễn phí cho quý vị.



In Partnership with **CalViva**
HEALTH

이 처방규정은 09/01/2024 기준으로 작성되었습니다.

백신 가입자 부담분에 대한 중요한 메시지 - 일부 백신은 의료 혜택으로 간주됩니다. 다른 예방접종들은 Part D 약으로 간주됩니다. 대부분의 Part D 백신을 무료로 보장합니다.

최신 정보 또는 기타 문의 사항이 있는 경우, Wellcare Dual Align 가입자 서비스부에 **1-800-431-9007** 또는 Wellcare Calva Health Dual Align 가입자 서비스부에 **1-833-236-2366** (TTY 사용자는 **711**)번으로 문의하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 상담원에게 문의하시거나 **wellcare.com/healthnetCA** 를 방문하십시오.

Medicare
Prescription Drug Coverage **Rx**