

Wellcare Dual Align 001 Wellcare Dual Align 129, HMO D-SNP | 2023 보장 약 목록(처방규정)

wellcare

TM

개요

이 문서를 **보장 약 목록**이라고 합니다(약 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.

30



HPMS 승인 처방규정 파일 제출 ID 23342, 버전 번호 18

12/01/2023 업데이트 최신 정보 또는 기타 문의 사항이 있는 경우, Wellcare Dual Align 001 가입자 서비스부에 **1-866-999-3945** 또는 Wellcare Dual Align 129 가입자 서비스부에 **1-888-431-9007**(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 상담이 가능합니다. 또는 Wellcare Dual Align 001의 경우 www.wellcare.com/medicare 또는 Wellcare Dual Align 129의 경우 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

목차

A. 면책 조항	2
B. 자주 묻는 질문(FAQ).....	3
B1. 보장 약 목록에 어떤 처방약이 있습니까? (보장 약 목록을 줄여서 ‘약 목록’이라고 부릅니다.)	3
B2. 약 목록이 변경되는 경우도 있나요?	4
B3. 약 목록이 변경되면 어떻게 되나요?	5
B4. 약 보장에 제한이나 한도가 있나요 아니면 특정한 약을 얻기 위해 취해야 하는 조치가 있나요?	6
B5. 원하는 약에 대한 제한이 있는지 또는 약을 복용하기 위해 취해야 할 조치가 있는지 어떻게 알 수 있습니까?	6
B6. 당사 플랜의 약 보장 규칙(예를 들어 사전 승인, 수량 제한 및/또는 단계적 치료 제한 등)이 변경되면 어떻게 되나요?	7
B7. 약 목록에서 약을 어떻게 찾나요?	7
B8. 복용을 희망하는 약이 약 목록에 없을 때 어떻게 하나요?	7
B9. 새로 플랜에 가입했는데 약 목록에서 내 약을 찾을 수 없거나 약 수령에 문제가 있는 경우 어떻게 해야 합니까?	8
B10. 원하는 약의 보장에 예외를 요청할 수 있나요?	9
B11. 어떻게 예외를 요청할 수 있나요?	9
B12. 예외를 적용받는 데 얼마나 걸리나요?	9
B13. 복제약이란 무엇입니까?	9
B14. 비처방(OTC) 약이란 무엇입니까?	10
B15. 당사 플랜은 비약 OTC 제품을 보장하나요?	10
B16. 당사 플랜은 처방약의 장기 공급을 보장하나요?	10
B17. 내 코페이먼트는 얼마인가요?	10
C. 보장 약 목록의 개요.....	11
C1. 의학적 상태에 따른 약 목록	12
D. 보장약 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 결정됩니다.
- ❖ 플랜의 최신 보장 약 목록은 항상 www.wellcare.com/medicare에서 온라인으로 확인하거나 Wellcare Dual Align 001 (HMO-DSNP)에 1-866-999-3945번으로 문의하거나 www.wellcare.com/healthnetCA에서 온라인으로 확인하거나 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)에 1-888-431-9007(TTY 711)번으로 문의할 수 있습니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 오전 8시 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 001 (HMO-DSNP)의 경우 1-866-999-3945 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)의 경우 1-888-431-9007(TTY 711)번로 문의해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 8시 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 상담이 가능합니다. 통화는 무료입니다.
- ❖ 대체 형식(대형 인쇄, 오디오, 액세스 가능한 전자 형식, 기타 형식) 또는 다른 선호 언어를 요청하고 싶은 경우 Wellcare Dual Align 001 (HMO-DSNP)의 경우 1-866-999-3945 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)의 경우 1-888-431-9007(TTY 711)번으로 가입자 서비스부에 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 001 (HMO-DSNP)의 경우 1-866-999-3945 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)의 경우 1-888-431-9007(TTY 711)번으로 가입자 서비스부에 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.



문의 사항이 있는 경우, Wellcare Dual Align 001 (HMO-DSNP)에 1-866-999-3945번으로 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)에 1-888-431-9007(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 내용은** Wellcare Dual Align 001 (HMO-DSNP)의 경우 www.wellcare.com/medicare 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)의 경우 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

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.)

15페이지에서 시작되는 보장 약 목록에 있는 약은 Wellcare Dual Align 001 (HMO-DSNP) 및 Wellcare Dual Align 129 (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 당사가 보장하는 최신 약 목록은 Wellcare Dual Align 001 (HMO-DSNP)의 경우 당사 웹사이트 www.wellcare.com/medicare 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)의 경우 www.wellcare.com/healthnetCA에 방문하거나 이 문서의 바닥글에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하여 확인할 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 기간에 해당 약**의 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.

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

- 당사 플랜의 최신 약 목록은 Wellcare Dual Align 001 (HMO-DSNP)의 경우 www.wellcare.com/medicare 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)의 경우 www.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 001 (HMO-DSNP)에 1-866-999-3945번으로 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)에 1-888-431-9007(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 내용은** Wellcare Dual Align 001 (HMO-DSNP)의 경우 www.wellcare.com/medicare 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)의 경우 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

B3. 약 목록이 변경되면 어떻게 되나요?

약 목록의 변경이 즉각적으로 이루어지는 경우도 있습니다. 그 예로는 다음을 들 수 있습니다.

- **새로운 복제약이 구매 가능해지는 경우.** 때때로 현재 약 목록의 브랜드 약만큼 효과가 있는 새로운 복제약이 시장에 진출하기도 합니다. 그러면 브랜드 약을 삭제하고 새로운 복제약을 추가할 수 있습니다. 다만 가입자가 새 약에 지불하는 비용은 \$0로 동일합니다. 당사가 새로운 복제약을 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 참조해 주십시오.
- **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 복제약을 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. 귀하가 해당 약을 받기 전에 귀하나 귀하의 의사 또는 기타 처방자가 조치를 취해야 하는 경우도 있습니다. 그 예로는 다음을 들 수 있습니다.

- **사전 승인:** 일부 약에 대해 가입자 또는 담당 의사 또는 기타 처방자가 처방전을 조제하기 전에 당사 플랜에 의해 승인을 받아야 합니다. 사전 승인은 진료소견서와는 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 의료적 상태를 위해 약들을 특정한 순서로 시도해야 함을 의미합니다. 가입자는 다른 약을 보장받기 전에 어떤 약을 먼저 시도해 봐야 할 수도 있습니다. 당사는 가입자의 의사 또는 기타 처방자가 처음 약의 효과가 없다고 생각할 경우에 두 번째 약을 보장하게 됩니다.

가입자의 약에 추가 요건 또는 제한 사항이 있는지 여부는 15페이지에서 시작되는 표에서 확인할 수 있습니다. 자세한 내용은 Wellcare Dual Align 001 (HMO-DSNP)의 경우 www.wellcare.com/medicare 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)의 경우 www.wellcare.com/healthnetCA에서 확인할 수도 있습니다. 사전 승인 및 단계 요법 제한에 대해 설명하는 온라인 문서가 게시되어 있습니다. 또한 복사본을 보내달라고 저희에게 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 참조해 주십시오.

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

15페이지의 의학적 상태에 따른 약 목록에는 ‘사용 시 필요한 조치, 제한 또는 한도’라는 명칭의 열이 있습니다.



문의 사항이 있는 경우, Wellcare Dual Align 001 (HMO-DSNP)에 1-866-999-3945번으로 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)에 1-888-431-9007(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 내용은 Wellcare Dual Align 001 (HMO-DSNP)의 경우 www.wellcare.com/medicare 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)의 경우 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

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

경우에 따라 약에 대한 사전 승인, 수량 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.

- 알파벳순으로 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 알파벳순 목록을 제공합니다. 브랜드 약과 복제약은 색인 목록에 나열되어 있습니다. Medi-Cal Rx에 따라 보장되는 OTC 약은 약 목록에 나열되지 않습니다.

의학적 상태로 찾으려면 12페이지의 ‘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 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. 해당 의사 또는 기타 처방자는 가입자가 복용하기를 원하는 약과 유사한 약을 약 목록에서 처방할 수 있습니다. **또는**
- 예외를 인정하여 귀하의 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 귀하가 당사 플랜에 가입한 후 처음 90일 동안 귀하의 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 장기 치료 시설에 입소 중이고 약 목록에 없는 약을 필요로 하거나 필요한 약을 쉽게 얻을 수 없는 경우 당사가 도와드립니다. 90일 넘게 플랜에 가입되어 있고, 현재 장기 치료 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. 장기 치료 시설로 옮기거나 시설에서 나오는 경우에도 발생합니다.

- 장기 간호 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 장기 간호 시설로 옮기고 임시 공급분이 필요한 경우 31일 공급분 1회를 보장합니다. 가입자의 처방전에 더 적은 기간의 공급분이 적혀 있다면 총 합산하여 최대 31일 공급분을 제공하도록 재조제를 허용합니다.



문의 사항이 있는 경우, Wellcare Dual Align 001 (HMO-DSNP)에 1-866-999-3945번으로 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)에 1-888-431-9007(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 내용은** Wellcare Dual Align 001 (HMO-DSNP)의 경우 www.wellcare.com/medicare 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)의 경우 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

B10. 원하는 약의 보장에 예외를 요청할 수 있나요?

그렇습니다. 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. 복제약이란 무엇입니까?

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

우리 플랜은 브랜드 약 및 복제약 둘 다에 혜택을 적용합니다.

B14. 비처방(OTC) 약이란 무엇입니까?

OTC는 ‘비처방(over-the-counter)’ 약을 의미합니다. Medi-Cal Rx는 제공자가 처방전으로 작성한 일부 OTC 약을 보장합니다.

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

B15. 당사 플랜은 비약 OTC 제품을 보장하나요?

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

비약 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 90일 분량의 처방약을 집으로 직접 보내드립니다. 90일 공급분은 한 달 공급분과 코페이먼트가 같습니다.
- **90일 소매 약국 프로그램.** 일부 소매 약국에서도 최대 90일 분량의 보장 처방약을 제공할 수 있습니다. 90일 공급분은 한 달 공급분과 코페이먼트가 같습니다.

B17. 내 코페이먼트는 얼마인가요?

당사 플랜의 가입자는 플랜의 규칙을 준수하는 한, 처방약, OTC 약, 비약 상품에 대한 코페이먼트를 지불하지 않습니다. OTC 약과 비약 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 복제약이 포함됩니다. 이 범주에는 코페이먼트가 없습니다.

문의 사항은 이 페이지의 하단에 기재된 가입자 서비스부 전화번호로 문의하십시오.



문의 사항이 있는 경우, Wellcare Dual Align 001 (HMO-DSNP)에 1-866-999-3945번으로 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)에 1-888-431-9007(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 내용은** Wellcare Dual Align 001 (HMO-DSNP)의 경우 www.wellcare.com/medicare 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)의 경우 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

C. 보장 약 목록의 개요

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

- **NM**은 귀하의 월별 우편 서비스 혜택을 통해 이용할 수 없는 약을 의미합니다. 이는 가입자가 가진 처방규정의 필요한 조치, 제약 사항 또는 사용 제한 열에 기재되어 있습니다.
- **PA**는 사전 승인을 의미합니다. 질문 B4를 참조하십시오.
- **PA-NS**는 신규 시작에 대한 사전 승인을 의미합니다. 이는 귀하가 새로운 약을 이용하려는 경우 그 처방전 약을 조제받기 전에 우리의 승인을 받아야 한다는 의미입니다. 가입 시에 해당 약을 이용 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. 귀하는(또는 귀하의 의사는) 해당 약을 위한 처방전으로 조제를 받기 전에 그 약에 Medicare Part D에 따라 혜택이 적용되는지 판단하기 위해 우리의 사전 승인을 받을 것이 요구됩니다. 사전 승인을 받지 않을 경우, 당사는 해당 약에 대해 혜택을 적용하지 않을 수 있습니다.
- **QL**은 수량 제한을 의미합니다. 질문 B4를 참조하십시오.
- **LA**는 제한적 접근 의약품을 의미합니다. 이 처방전은 특정 약국에서만 사용할 수 있습니다. 자세한 내용은 제공자 및 약국 명부를 참조하거나 Wellcare Dual Align 001 (HMO-DSNP)의 경우 1-866-999-3945 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)의 경우 1-888-431-9007(TTY 711)번으로 가입자 서비스부에 문의하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 오전 8시 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 상담이 가능합니다. 또는 Wellcare Dual Align 001 (HMO-DSNP)의 경우 www.wellcare.com/medicare 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)의 경우 www.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 비처방(OTC) 약은 'Part D 약'이 아닙니다. 이러한 약은 이의 제기에 관한 규칙이 다릅니다.

- 이의 제기란 당사가 실수를 했다고 생각하실 때, 귀하의 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 안내서*의 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 범주를 확인해야 합니다. 이 범주에서 심장 질환을 치료하는 약을 찾을 수 있습니다.

이 표에 나오는 부호와 약어의 의미에 대한 정보는 11페이지에 나와 있습니다.

해당 표의 첫번째 열에는 약 명칭이 기재되어 있습니다. 복제약은 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 001 (HMO-DSNP)에 1-866-999-3945번으로 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)에 1-888-431-9007(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 내용은 Wellcare Dual Align 001 (HMO-DSNP)의 경우 www.wellcare.com/medicare 또는 Wellcare Dual Align 129 (HMO-DSNP)의 경우 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

Table of Contents

국소	15
귀	20
내분비 및 대사	20
마취제	41
면역제	41
비뇨생식기	49
심혈관	51
안과	61
영양/보충제	65
위장	69
중추 신경계	74
진통제	95
항감염제	99
항종양제	114
혈액	127
호흡기	129

약 이름

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

국소

구강/인후/치아 제제

cevimeline hcl oral capsule 30 mg	\$0 (1)	
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %	\$0 (1)	
clotrimazole mouth/throat troche 10 mg	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %	\$0 (1)	
nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml	\$0 (1)	
periogard mouth/throat solution 0.12 %	\$0 (1)	
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	
triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %	\$0 (1)	

피부과, 국소 마취제

glydo external prefilled syringe 2 %	\$0 (1)	PA; QL (60 ML per 30 days)
lidocaine external ointment 5 %	\$0 (1)	PA; QL (50 GM per 30 days)
lidocaine external patch 5 %	\$0 (1)	PA; QL (3 EA per 1 day)
lidocaine hcl external solution 4 %	\$0 (1)	PA; QL (50 ML per 30 days)
lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %	\$0 (1)	PA; QL (30 GM per 30 days)

피부과, 기타 피부 및 점막

ammonium lactate external cream 12 %	\$0 (1)	
ammonium lactate external lotion 12 %	\$0 (1)	
azelaic acid external gel 15 %	\$0 (1)	QL (50 GM per 30 days)
bexarotene external gel 1 %	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 GM per 30 days); ^
diclofenac sodium external gel 1 %	\$0 (1)	QL (1000 GM per 30 days)
FINACEA EXTERNAL FOAM 15 %	\$0 (1)	QL (50 GM per 30 days)
fluorouracil external cream 5 %	\$0 (1)	QL (40 GM per 30 days)
fluorouracil external solution 2 %, 5 %	\$0 (1)	QL (10 ML per 30 days)
hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
imiquimod external cream 5 %	\$0 (1)	QL (24 EA per 30 days)
metronidazole external cream 0.75 %	\$0 (1)	QL (45 GM per 30 days)
metronidazole external gel 0.75 %	\$0 (1)	QL (45 GM per 30 days)
metronidazole external lotion 0.75 %	\$0 (1)	QL (59 ML per 30 days)
NORITATE EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days); ^
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 GM per 30 days); ^
podofilox external solution 0.5 %	\$0 (1)	QL (7 ML per 28 days)
procto-med hc external cream 2.5 %	\$0 (1)	
proctosol hc external cream 2.5 %	\$0 (1)	
proctozone-hc external cream 2.5 %	\$0 (1)	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %	\$0 (1)	QL (100 GM per 30 days)
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 GM per 30 days); ^
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (1)	QL (7.5 GM per 28 days); ^
피부과, 상처 치료제		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	\$0 (1)	PA; QL (30 GM per 30 days); ^
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0 (1)	QL (180 GM per 30 days)
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	\$0 (1)	
sterile water for irrigation irrigation solution	\$0 (1)	
피부과, 여드름		
accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (1)	PA
amnestem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	PA
benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %	\$0 (1)	QL (46.6 GM per 30 days)
claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (1)	PA
clindamycin phosphate external gel 1 %	\$0 (1)	QL (75 GM per 30 days)
clindamycin phosphate external lotion 1 %	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
clindamycin phosphate external solution 1 %	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
ery external pad 2 %	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
erythromycin external solution 2 %	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (1)	PA
sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %	\$0 (1)	QL (118 ML per 30 days)
tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	\$0 (1)	PA; QL (45 GM per 30 days)
tretinoin external 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)	PA
피부과, 옴 및 이 치료제		
malathion external lotion 0.5 %	\$0 (1)	QL (59 ML per 30 days)
permethrin external cream 5 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
피부과, 코르티코스테로이드제		
ala-cort external cream 1 %, 2.5 %	\$0 (1)	
alclometasone dipropionate external cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate external cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %	\$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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
betamethasone valerate external cream 0.1 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone valerate external lotion 0.1 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone valerate external ointment 0.1 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
clobetasol propionate e external cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
clobetasol propionate external cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
clobetasol propionate external gel 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
clobetasol propionate external ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
clobetasol propionate external solution 0.05 %	\$0 (1)	QL (50 ML per 30 days)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	\$0 (1)	PA; QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %	\$0 (1)	QL (118.28 ML per 30 days)
fluocinolone acetonide external cream 0.01 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
fluocinolone acetonide external cream 0.025 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone acetonide external solution 0.01 %	\$0 (1)	QL (90 ML per 30 days)
fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %	\$0 (1)	QL (118.28 ML per 30 days)
fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide external cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide external gel 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
fluocinonide external ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
fluocinonide external solution 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
fluticasone propionate external cream 0.05 %	\$0 (1)	
fluticasone propionate external ointment 0.005 %	\$0 (1)	
halobetasol propionate external cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (50 GM per 30 days)
halobetasol propionate external ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (50 GM per 30 days)
hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %	\$0 (1)	
hydrocortisone external lotion 2.5 %	\$0 (1)	
hydrocortisone external ointment 2.5 %	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
mometasone furoate external cream 0.1 %	\$0 (1)
mometasone furoate external ointment 0.1 %	\$0 (1)
mometasone furoate external solution 0.1 %	\$0 (1)
triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.5 %	\$0 (1)
triamcinolone acetonide external cream 0.1 %	\$0 (1) QL (454 GM per 30 days)
triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %	\$0 (1)
triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	\$0 (1)
피부과, 항건선제	
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	\$0 (1) PA
calcipotriene external ointment 0.005 %	\$0 (1) PA; QL (120 GM per 30 days)
calcipotriene external solution 0.005 %	\$0 (1) PA; QL (120 ML per 30 days)
calcitrene external ointment 0.005 %	\$0 (1) PA; QL (120 GM per 30 days)
tazarotene external cream 0.1 %	\$0 (1) PA; QL (60 GM per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0 (1) PA; QL (60 GM per 30 days)
피부과, 항생제	
ciclopirox olamine external cream 0.77 %	\$0 (1) QL (90 GM per 30 days)
ciclopirox olamine external suspension 0.77 %	\$0 (1) QL (60 ML per 30 days)
clotrimazole external cream 1 %	\$0 (1) QL (45 GM per 30 days)
clotrimazole external solution 1 %	\$0 (1) QL (30 ML per 30 days)
clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %	\$0 (1) QL (45 GM per 30 days)
gentamicin sulfate external cream 0.1 %	\$0 (1) QL (30 GM per 30 days)
gentamicin sulfate external ointment 0.1 %	\$0 (1) QL (30 GM per 30 days)
ketoconazole external cream 2 %	\$0 (1) QL (60 GM per 30 days)
mupirocin external ointment 2 %	\$0 (1) QL (220 GM per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
nyamyc external powder 100000 unit/gm	\$0 (1) QL (60 GM per 30 days)
nystatin external cream 100000 unit/gm	\$0 (1) QL (30 GM per 30 days)
nystatin external ointment 100000 unit/gm	\$0 (1) QL (30 GM per 30 days)
nystatin external powder 100000 unit/gm	\$0 (1) QL (60 GM per 30 days)
nystop external powder 100000 unit/gm	\$0 (1) QL (60 GM per 30 days)
silver sulfadiazine external cream 1 %	\$0 (1)
ssd external cream 1 %	\$0 (1)
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	\$0 (1) QL (453.6 GM per 30 days)
피부과, 항지루제	
ketoconazole external shampoo 2 %	\$0 (1) QL (120 ML per 30 days)
selenium sulfide external lotion 2.5 %	\$0 (1)
귀	
점이 제제	
acetic acid otic solution 2 %	\$0 (1)
CIPRO HC OTIC SUSPENSION 0.2-1 %	\$0 (1)
CIPRODEX OTIC SUSPENSION 0.3-0.1 %	\$0 (1)
flac otic oil 0.01 %	\$0 (1)
fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %	\$0 (1)
neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %	\$0 (1)
neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1	\$0 (1)
ofloxacin otic solution 0.3 %	\$0 (1)
내분비 및 대사	
갑상선제	
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)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
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 sodium 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 sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	\$0 (1)
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)
propylthiouracil oral tablet 50 mg	\$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)
글루코코르티코이드제	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0 (1)
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml	\$0 (1)
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml	\$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 sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml	\$0 (1)
fludrocortisone acetate 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)
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	\$0 (1)
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg	\$0 (1)
prednisolone oral solution 15 mg/5ml	\$0 (1)
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml	\$0 (1)
PREDNISON INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (1)
prednisone oral solution 5 mg/5ml	\$0 (1)
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (1)
prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)	\$0 (1)
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 (1)
기타	
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0 (1) PA; LA; ^
betaine oral powder	\$0 (1) LA; ^
cabergoline oral tablet 0.5 mg	\$0 (1)
carglumic acid oral tablet soluble 200 mg	\$0 (1) PA; LA; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

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 SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0 (1)	PA; LA; ^
cinacalcet hcl oral tablet 30 mg	\$0 (1)	B/D; QL (60 EA per 30 days)
cinacalcet hcl oral tablet 60 mg	\$0 (1)	B/D; QL (60 EA per 30 days); ^
cinacalcet hcl oral tablet 90 mg	\$0 (1)	B/D; QL (120 EA per 30 days); ^
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA; LA
desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %	\$0 (1)	
desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml	\$0 (1)	^
desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	\$0 (1)	
desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml	\$0 (1)	^
desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %	\$0 (1)	
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
GENOTROPIN MINISUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG, 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	\$0 (1)	PA; ^
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA; ^
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0 (1)	PA; LA; ^
javygtor oral packet 100 mg, 500 mg	\$0 (1)	PA; LA; ^
javygtor oral tablet 100 mg	\$0 (1)	PA; LA; ^
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
levocarnitine oral solution 1 gm/10ml	\$0 (1)	B/D
levocarnitine oral tablet 330 mg	\$0 (1)	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	PA; ^
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (PED), 30 MG	\$0 (1)	PA; ^
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	\$0 (1)	PA; ^
miglustat oral capsule 100 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days); ^
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; ^
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; ^
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml	\$0 (1)	PA
octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml	\$0 (1)	PA; ^
octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml	\$0 (1)	PA
octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml	\$0 (1)	PA; ^
raloxifene hcl oral tablet 60 mg	\$0 (1)	
sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg	\$0 (1)	PA; ^
sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg	\$0 (1)	PA; ^
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; ^
sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp	\$0 (1)	PA; ^
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	\$0 (1)	PA; ^
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0 (1)	PA; LA; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (1) PA; LA; ^
당뇨 치료제, 인슐린	
ALCOHOL SWABS PAD 70 %	\$0 (1)
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (1)
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (1)
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (1)
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (1) B/D
GAUZE PADS 2" X 2" PAD 2"X2"	\$0 (1)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 (1) B/D; ^
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	\$0 (1) ^
INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0 (1)
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML 29G 0.3 ML	\$0 (1)
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (1)
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML 28G X 1/2" 0.5 ML	\$0 (1)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (1)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)
LEVEMIR FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (1)
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (1)
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (1) (brand RELION not covered)
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70- 30) 100 UNIT/ML	\$0 (1) (brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (1) (brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (1) (brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (1) (brand RELION not covered)
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1) (brand RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (1) (brand RELION not covered)
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1) (brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (1) (brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (1) (brand RELION not covered)
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (1) (brand RELION not covered)
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5) KIT	\$0 (1) PA; QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5)	\$0 (1) PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3) KIT	\$0 (1) PA; QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	\$0 (1) PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	\$0 (1) PA; QL (1 EA per 365 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	\$0 (1) PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD GO KIT 10 UNIT/24HR, 15 UNIT/24HR, 20 UNIT/24HR, 25 UNIT/24HR, 30 UNIT/24HR, 35 UNIT/24HR, 40 UNIT/24HR	\$0 (1) PA; QL (15 EA per 30 days)
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0 (1) QL (15 ML per 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (1)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (1)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	\$0 (1)
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)
V-GO 20 KIT 20 UNIT/24HR	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days)
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days)
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0 (1) QL (15 ML per 30 days)
당뇨 치료제	
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML	\$0 (1) PA-NS; QL (3.4 ML per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML	\$0 (1) PA-NS; QL (2.4 ML per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML	\$0 (1) PA-NS; QL (1.2 ML per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
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)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (90 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 xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
glipizide-metformin hcl 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)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 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	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	\$0 (1)	(generic of GLUCOPHAGE XR); QL (120 EA per 30 days)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	\$0 (1)	(generic of GLUCOPHAGE XR); QL (60 EA per 30 days)
metformin hcl oral tablet 1000 mg	\$0 (1)	QL (75 EA per 30 days)
metformin hcl oral tablet 500 mg	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
metformin hcl oral tablet 850 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (1.5 ML per 28 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (3 ML per 28 days)
pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone hcl-metformin hcl 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)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 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 EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (2 ML per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (9 ML per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
비타민 D 유사체		
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	\$0 (1)	B/D
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	\$0 (1)	B/D
doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg	\$0 (1)	B/D
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg	\$0 (1)	B/D
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	\$0 (1)	^
안드로젠		
depo-testosterone intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml	\$0 (1)	
testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)	\$0 (1)	
testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)	\$0 (1) PA; QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)	\$0 (1) PA; QL (150 GM per 30 days)
에스트로젠	
amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	\$0 (1)
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 10 MG/ML	\$0 (1)
dotti transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr	\$0 (1)
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)
estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr	\$0 (1)
estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr	\$0 (1)
estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm	\$0 (1)
estradiol vaginal tablet 10 mcg	\$0 (1)
estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 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)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 10 MCG, 4 MCG	\$0 (1)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 10 MCG, 4 MCG	\$0 (1)
jinteli oral tablet 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
lyllana transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr	\$0 (1)	
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	\$0 (1)	
norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg- mcg, 1-5 mg-mcg	\$0 (1)	
yuvaferm vaginal tablet 10 mcg	\$0 (1)	
인산염 흡착제		
calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
calcium acetate oral tablet 667 mg	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm	\$0 (1)	QL (540 EA per 30 days); ^
sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days); ^
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	\$0 (1)	QL (540 EA per 30 days)
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
자궁내막증		
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	\$0 (1)	
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (1)	^
칼슘 조절제		
alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml	\$0 (1)	
alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg	\$0 (1)	
calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act	\$0 (1)	B/D
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 600 MCG/2.4ML	\$0 (1)	PA; ^
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70-2800 MG-UNIT, 70-5600 MG-UNIT	\$0 (1)	ST
ibandronate sodium intravenous solution 3 mg/3ml	\$0 (1)	B/D; QL (3 ML per 90 days)
ibandronate sodium oral tablet 150 mg	\$0 (1)	B/D

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0 (1)	PA; LA; ^
pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml	\$0 (1)	B/D
PAMIDRONATE DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/ML	\$0 (1)	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (1)	QL (1 ML per 180 days)
risedronate sodium oral tablet 150 mg, 30 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg	\$0 (1)	
risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg	\$0 (1)	
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	\$0 (1)	PA; ^
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	\$0 (1)	PA; ^
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0 (1)	PA; ^
zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml	\$0 (1)	B/D
zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml, 5 mg/100ml	\$0 (1)	B/D
킬레이트제		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	
deferasirox granules oral 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 soluble 125 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	PA; ^
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
penicillamine oral tablet 250 mg	\$0 (1) ^
sodium polystyrene sulfonate oral powder	\$0 (1)
sps oral suspension 15 gm/60ml	\$0 (1)
trientine hcl oral capsule 250 mg	\$0 (1) PA; ^
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	\$0 (1)
프로세스틴	
medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml	\$0 (1)
megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml	\$0 (1) PA
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	\$0 (1)
피임약	
afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
altavera oral tablet 0.15-30 mg-mcg	\$0 (1)
alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg	\$0 (1)
amethia oral tablet 0.15-0.03 & 0.01 mg	\$0 (1)
apri oral tablet 0.15-30 mg-mcg	\$0 (1)
aranelle oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg	\$0 (1)
ashlyna oral tablet 0.15-0.03 & 0.01 mg	\$0 (1)
aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
aurovela 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
aurovela 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)	\$0 (1)
aurovela fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
aurovela fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
ayuna oral tablet 0.15-30 mg-mcg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
azurette oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	\$0 (1)
balziva oral tablet 0.4-35 mg-mcg	\$0 (1)
blisovi 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)	\$0 (1)
blisovi fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg	\$0 (1)
camila oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
camrese lo oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg	\$0 (1)
camrese oral tablet 0.15-0.03 & 0.01 mg	\$0 (1)
chateal oral tablet 0.15-30 mg-mcg	\$0 (1)
cryselle-28 oral tablet 0.3-30 mg-mcg	\$0 (1)
cyred eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg	\$0 (1)
dasetta 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
dasetta 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg	\$0 (1)
daysee oral tablet 0.15-0.03 & 0.01 mg	\$0 (1)
deblitane oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg	\$0 (1)
drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.03-0.451 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)
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr	\$0 (1)
emoquette oral tablet 0.15-30 mg-mcg	\$0 (1)
enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr	\$0 (1)
enpresse-28 oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg	\$0 (1)
enskyce oral tablet 0.15-30 mg-mcg	\$0 (1)
errin oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	\$0 (1)
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr	\$0 (1)
falmina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
finzala oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)	\$0 (1)
hailey 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
hailey 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)	\$0 (1)
haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr	\$0 (1)
heather oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
iclevia oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
incassia oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
introvale oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg	\$0 (1)
jasmiel oral tablet 3-0.02 mg	\$0 (1)
jolessa oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
juleber oral tablet 0.15-30 mg-mcg	\$0 (1)
junel 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
junel 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
junel fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
junel fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
junel fe 24 oral tablet 1-20 mg-mcg(24)	\$0 (1)
kaitlib fe oral tablet chewable 0.8-25 mg-mcg	\$0 (1)
kariva oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	\$0 (1)
kelnor 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
kelnor 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
kurvelo oral tablet 0.15-30 mg-mcg	\$0 (1)
larin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
larin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
larin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)	\$0 (1)
larin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
larin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
layolis fe oral tablet chewable 0.8-25 mg-mcg	\$0 (1)
leena oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg	\$0 (1)
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
levonest oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg	\$0 (1)
levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days	\$0 (1)
levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 &0.01 mg, 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg- mcg, 0.15-30 mg-mcg	\$0 (1)
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75- 40/ 125-30 mcg	\$0 (1)
levora 0.15/30 (28) oral tablet 0.15-30 mg-mcg	\$0 (1)
loestrin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
loestrin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
loestrin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
loestrin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
loryna oral tablet 3-0.02 mg	\$0 (1)
low-ogestrel oral tablet 0.3-30 mg-mcg	\$0 (1)
lutra oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
lyleq oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
lyza oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg	\$0 (1)
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml	\$0 (1)
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml	\$0 (1)
mibelas 24 fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)	\$0 (1)
microgestin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
microgestin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
microgestin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
microgestin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
microgestin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
mono-lynyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	\$0 (1)
nikki oral tablet 3-0.02 mg	\$0 (1)
nora-be oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)	\$0 (1)
norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
norethindrone oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	\$0 (1)
norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg	\$0 (1)
norgestimate-eth estradiol 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	\$0 (1)
norlyroc oral tablet 0.35 mg	\$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	\$0 (1)
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg	\$0 (1)
nylia 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
nylia 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg	\$0 (1)
nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
ocella oral tablet 3-0.03 mg	\$0 (1)
philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg	\$0 (1)
pimtrea oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	\$0 (1)
pirmella 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
portia-28 oral tablet 0.15-30 mg-mcg	\$0 (1)
reclipsen oral tablet 0.15-30 mg-mcg	\$0 (1)
rivelsa oral tablet 42-21-21-7 days	\$0 (1)
setlakin oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
sharobel oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
simliya oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	\$0 (1)
simpesse oral tablet 0.15-0.03 & 0.01 mg	\$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 1-20 mg-mcg(24)	\$0 (1)
tarina fe 1/20 eq oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
tilia fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	\$0 (1)
tri-legest fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	\$0 (1)
tri-lynyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	\$0 (1)
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-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	\$0 (1)
tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	\$0 (1)
tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	\$0 (1)
trivora (28) oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg	\$0 (1)
tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	\$0 (1)
tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	\$0 (1)
tydemy oral tablet 3-0.03-0.451 mg	\$0 (1)
velivet oral tablet 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg	\$0 (1)
vestura oral tablet 3-0.02 mg	\$0 (1)
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	\$0 (1)
vyfemla oral tablet 0.4-35 mg-mcg	\$0 (1)
vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
wera oral tablet 0.5-35 mg-mcg	\$0 (1)
wymzya fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg	\$0 (1)
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr	\$0 (1)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr	\$0 (1)
zovia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
zumandimine oral tablet 3-0.03 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
혈당 증강제	
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	\$0 (1) ^
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0 (1)
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	\$0 (1)
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0 (1)
마취제	
국소 마취제	
lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %	\$0 (1) B/D
lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %	\$0 (1) B/D
면역제	
면역 글로블린	
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (1) PA; LA; ^
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (1) PA; ^
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0 (1) B/D; LA
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (1) PA; ^
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	\$0 (1) PA; ^
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0 (1) PA; ^
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (1) PA; LA; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (1) PA; ^
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 25 GM/500ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (1) PA; ^
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (1) PA; ^
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (1) PA; ^
면역억제제	
azathioprine oral tablet 50 mg	\$0 (1) B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	\$0 (1) PA; LA; ^
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (1) PA; LA; QL (8 ML per 28 days); ^
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (1) PA; LA; QL (8 ML per 28 days); ^
cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml	\$0 (1) B/D
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
everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	\$0 (1) B/D; ^
engraf oral capsule 100 mg, 25 mg	\$0 (1) B/D
engraf oral solution 100 mg/ml	\$0 (1) B/D
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	\$0 (1) B/D

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml	\$0 (1)	B/D; ^
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	\$0 (1)	B/D
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg	\$0 (1)	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	\$0 (1)	B/D; ^
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0 (1)	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	B/D
sirolimus oral solution 1 mg/ml	\$0 (1)	B/D; ^
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	B/D
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	\$0 (1)	B/D
면역조절제		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT	\$0 (1)	B/D; LA; ^
백신		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (1)	NM
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (1)	NM
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0 (1)	NM
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (1)	NM

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0 (1)	NM
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (1)	NM
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5- 18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (1)	NM
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (1)	NM
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	\$0 (1)	NM
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (1)	NM
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-5 LFU/0.5ML	\$0 (1)	B/D; NM
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (1)	B/D; NM
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0 (1)	B/D; NM
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (1)	NM
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (1)	NM
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	\$0 (1)	NM
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	\$0 (1)	B/D; NM
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0 (1)	NM
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	\$0 (1)	B/D; NM
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	\$0 (1)	NM
IPOLE INJECTION INJECTABLE	\$0 (1)	NM
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (1)	NM

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (1)	NM
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (1)	NM
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (1)	NM
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (1)	NM
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (1)	NM
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (1)	NM
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (1)	NM
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0 (1)	NM
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (1)	NM
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	\$0 (1)	B/D; NM
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (1)	NM
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (1)	NM
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)	\$0 (1)	NM
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (1)	NM
RABAERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (1)	B/D; NM
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (1)	B/D; NM
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (1)	B/D; NM

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
ROTARIX ORAL SUSPENSION	\$0 (1)	NM
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (1)	NM
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0 (1)	NM
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0 (1)	NM; A third dose may be considered in post-transplant members (PA required); QL (2 EA per 999 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	\$0 (1)	B/D; NM
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	\$0 (1)	B/D; NM
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	\$0 (1)	NM
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (1)	NM
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	\$0 (1)	NM
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	\$0 (1)	NM
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	\$0 (1)	NM
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0 (1)	NM
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	\$0 (1)	NM
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	\$0 (1)	NM
자가면역 치료제		
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (1)	PA; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (1) PA; ^
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0 (1) PA; QL (8 ML per 28 days); ^
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0 (1) PA; QL (8 ML per 28 days); ^
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	\$0 (1) PA; QL (8 ML per 28 days); ^
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	\$0 (1) PA; QL (16 EA per 28 days); ^
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0 (1) PA; QL (8 ML per 28 days); ^
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (1) PA; ^
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (1) PA; QL (6 EA per 28 days); ^
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (1) PA; QL (4 EA per 28 days); ^
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	\$0 (1) PA; ^
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (1) PA; ^
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (1) PA; ^
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (1) PA; ^
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML	\$0 (1) PA; QL (2 EA per 28 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (1)	PA; QL (6 EA per 28 days); ^
INFLIXIMAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	\$0 (1)	PA; QL (2.28 ML per 28 days); ^
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	\$0 (1)	PA; QL (2.28 ML per 28 days); ^
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days); ^
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG	\$0 (1)	PA; QL (110 EA per 365 days); ^
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days); ^
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG	\$0 (1)	PA; QL (168 EA per 365 days); ^
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	\$0 (1)	PA; QL (60 ML per 365 days); ^
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (6 ML per 365 days); ^
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML	\$0 (1)	PA; QL (1.2 ML per 56 days); ^
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 360 MG/2.4ML	\$0 (1)	PA; QL (2.4 ML per 56 days); ^
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (6 ML per 365 days); ^
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0 (1)	PA; LA; ^
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (0.5 ML per 28 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	\$0 (1)	PA; QL (0.5 ML per 28 days); ^
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (1 ML per 28 days); ^
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (3 ML per 28 days); ^
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (3 ML per 28 days); ^
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 HOUR 11 MG, 22 MG	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days); ^
항류마티스제제 (DMARDS)		
hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg	\$0 (1)	
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	\$0 (1)	
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (1)	
비뇨생식기		
기타		
acetic acid irrigation solution 0.25 %	\$0 (1)	
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (1)	
potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)	\$0 (1)	
비뇨기 진경제		
darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	ST; 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 12/01/2023

약 이름

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

fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 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 RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	\$0 (1)	QL (300 ML per 28 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml	\$0 (1)	
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	\$0 (1)	
solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg	\$0 (1)	ST; QL (30 EA per 30 days)
tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
tropium chloride oral tablet 20 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)

전립성 비대증

alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
dutasteride oral capsule 0.5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 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 hcl oral capsule 0.4 mg	\$0 (1)	

질 항감염제

clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	\$0 (1)	
metronidazole vaginal gel 0.75 %	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

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

terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %	\$0 (1)
--	---------

terconazole vaginal suppository 80 mg	\$0 (1)
---------------------------------------	---------

심혈관

ACE 억제제 조합

amlodipine besy-benazepril hcl 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)
--	--------------------------------

benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg	\$0 (1)
--	---------

captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg	\$0 (1)
--	---------

enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg	\$0 (1)
---	---------

fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg	\$0 (1)
---	---------

lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	\$0 (1)
---	---------

quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	\$0 (1)
--	---------

ACE 억제제

benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (1)
--	---------

captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
---	---------

enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)
--	---------

fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)
---	---------

lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (1)
---	---------

moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg	\$0 (1)
---	---------

perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)
---	---------

quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (1)
---	---------

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (1)
고지혈증 치료제, 피브레이트	
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg	\$0 (1)
fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg	\$0 (1)
fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg	\$0 (1)
gemfibrozil oral tablet 600 mg	\$0 (1)
기타	
ADRENALIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (1)
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg	\$0 (1)
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)
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	\$0 (1)
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr	\$0 (1)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (1)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0 (1)
digoxin injection solution 0.25 mg/ml	\$0 (1)
digoxin oral solution 0.05 mg/ml	\$0 (1)
digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
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); ^
epinephrine (anaphylaxis) injection solution 1 mg/ml	\$0 (1)
guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1) PA; PA if 70 years and older

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml	\$0 (1)
hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
metyrosine oral capsule 250 mg	\$0 (1) PA; ^
midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	\$0 (1)
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg	\$0 (1)
베타 차단제/이노제 병용제	
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	\$0 (1)
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	\$0 (1)
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg	\$0 (1)
베타 차단제	
acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg	\$0 (1)
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	\$0 (1)
labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml	\$0 (1)
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)
nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
nebivolol hcl 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (1)	
propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml	\$0 (1)	
propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (1)	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	
안지오텐신 II 수용체 길항제 병용제		
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 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)
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 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)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 (1)	
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)
losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	\$0 (1)	
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
olmesartan-amlodipine-hctz 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)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
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-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg	\$0 (1)	QL (60 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)
안지오텐신 II 수용체 길항제		
candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
candesartan cilexetil oral tablet 32 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
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)
알도스테론 수용체 길항제		
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
알파 차단제		
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	
prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름

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

이뇨제

acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg	\$0 (1)
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	\$0 (1)
amiloride hcl oral tablet 5 mg	\$0 (1)
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg	\$0 (1)
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml	\$0 (1)
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
furosemide injection solution 10 mg/ml	\$0 (1)
furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml	\$0 (1)
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 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)
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg	\$0 (1)
toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)
triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg	\$0 (1)
triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg	\$0 (1)

질산염

isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (1)
isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg	\$0 (1)
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0 (1)
nitroglycerin sublingual tablet sublingual 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)
칼슘 통로 차단제	
amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	\$0 (1)
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (1)
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)
diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml	\$0 (1)
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (1)
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
matzim la oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg	\$0 (1)
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)
nimodipine oral capsule 30 mg	\$0 (1)
nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg	\$0 (1)
NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML	\$0 (1) ^
taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (1)
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (1)
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (1)
verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml	\$0 (1)
verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)
탈콜레스테롤제, HMG-COA 환원 효소 저해제	
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (1) ST; QL (30 EA per 30 days); ^
atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	\$0 (1) ST; QL (30 EA per 30 days)
fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	\$0 (1)	ST; QL (30 EA per 30 days)
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
rosuvastatin calcium 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)
ZYPITAMAG ORAL TABLET 2 MG, 4 MG	\$0 (1)	ST; QL (30 EA per 30 days)
탈콜레스테롤제, 기타		
cholestyramine light oral packet 4 gm	\$0 (1)	
cholestyramine light oral powder 4 gm/dose	\$0 (1)	
cholestyramine oral packet 4 gm	\$0 (1)	
cholestyramine oral powder 4 gm/dose	\$0 (1)	
colesevelam hcl oral packet 3.75 gm	\$0 (1)	
colesevelam hcl oral tablet 625 mg	\$0 (1)	
colestipol hcl oral granules 5 gm	\$0 (1)	
colestipol hcl oral packet 5 gm	\$0 (1)	
colestipol hcl oral tablet 1 gm	\$0 (1)	
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)	
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	\$0 (1)	PA
prevalite oral packet 4 gm	\$0 (1)	
prevalite oral powder 4 gm/dose	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0 (1)	
폐동맥 고혈압		
ADCIRCA ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
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); ^
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); ^
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	\$0 (1)	PA-NS; generic for Revatio; QL (360 EA per 30 days)
tadalafil (pah) oral tablet 20 mg	\$0 (1)	PA-NS; generic for Adcirca; QL (60 EA per 30 days); ^
TADLIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (300 ML per 30 days); ^
treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
항부정맥제		
amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml	\$0 (1)	
amiodarone hcl 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 acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG	\$0 (1)
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0 (1)
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg	\$0 (1)
propafenone hcl 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 hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	\$0 (1)
sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	\$0 (1)
안과	
기타	
atropine sulfate ophthalmic solution 1 %	\$0 (1)
ATROPINE SULFATE SOLUTION 1 % OPHTHALMIC	\$0 (1)
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0 (1) PA; LA; ^
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0 (1) PA; LA; ^
proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %	\$0 (1)
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (1)
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (1)
TYRVAYA NASAL SOLUTION 0.03 MG/ACT	\$0 (1)
항감염제/항염증제	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %	\$0 (1)
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1	\$0 (1)
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1	\$0 (1)
neo-polycin hc ophthalmic ointment 1 %	\$0 (1)
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %	\$0 (1)
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (1)
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %	\$0 (1)
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %	\$0 (1)
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0 (1)
항감염제	
bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm	\$0 (1)
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm	\$0 (1)
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0 (1)
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0 (1)
ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %	\$0 (1)
erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm	\$0 (1)
gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %	\$0 (1)
gentak ophthalmic ointment 0.3 %	\$0 (1)
gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %	\$0 (1)
moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %	\$0 (1)
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0 (1)
neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025	\$0 (1)
neo-polycin ophthalmic ointment 3.5-400-10000	\$0 (1)
ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %	\$0 (1)
polycin ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm	\$0 (1)
polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%	\$0 (1)
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %	\$0 (1)
sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %	\$0 (1)
tobramycin ophthalmic solution 0.3 %	\$0 (1)
trifluridine ophthalmic solution 1 %	\$0 (1)
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0 (1)
항녹내장제	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	\$0 (1)
betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %	\$0 (1)
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (1)
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %	\$0 (1)
brinzolamide ophthalmic suspension 1 %	\$0 (1)
carteolol hcl ophthalmic solution 1 %	\$0 (1)
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0 (1)
dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %	\$0 (1)
dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %	\$0 (1)
latanoprost ophthalmic solution 0.005 %	\$0 (1)
levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %	\$0 (1)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0 (1)
pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	\$0 (1)
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	\$0 (1)
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0 (1)
timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	\$0 (1)
timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %	\$0 (1)
travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %	\$0 (1)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$0 (1)
항알러지제	
azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %	\$0 (1)
cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %	\$0 (1)
olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %	\$0 (1)
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0 (1)
항염증제	
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	\$0 (1)
bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %	\$0 (1)
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	\$0 (1)
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %	\$0 (1)
diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %	\$0 (1)
difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %	\$0 (1)
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0 (1)
fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %	\$0 (1)
flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %	\$0 (1)
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	\$0 (1)
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0 (1)
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	\$0 (1)
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	\$0 (1)
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0 (1)
영양/보충제	
전해질/미네랄, 주사제	
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)
dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %	\$0 (1)
DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 2.5-0.45 %	\$0 (1)
dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %	\$0 (1)
dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %	\$0 (1)
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%	\$0 (1)
KCL IN DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 40-5-0.9 MEQ/L-%-%	\$0 (1)
KCL IN DEXTROSE-NACL SOLUTION 40-5-0.9 MEQ/L-%-% INTRAVENOUS	\$0 (1)
lactated ringers intravenous solution	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%	\$0 (1)
MAGNESIUM SULFATE IN D5W SOLUTION 1-5 GM/100ML-% INTRAVENOUS	\$0 (1)
magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)	\$0 (1)
magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml	\$0 (1)
MAGNESIUM SULFATE SOLUTION 2 GM/50ML INTRAVENOUS	\$0 (1)
MAGNESIUM SULFATE SOLUTION 20 GM/500ML INTRAVENOUS	\$0 (1)
MAGNESIUM SULFATE SOLUTION 4 GM/100ML INTRAVENOUS	\$0 (1)
MAGNESIUM SULFATE SOLUTION 4 GM/50ML INTRAVENOUS	\$0 (1)
MAGNESIUM SULFATE SOLUTION 40 GM/1000ML INTRAVENOUS	\$0 (1)
multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution	\$0 (1)
multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution	\$0 (1)
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)
potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%	\$0 (1)
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-% INTRAVENOUS	\$0 (1)
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL SOLUTION 20-0.9 MEQ/L-% INTRAVENOUS	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
POTASSIUM CHLORIDE IN NA CL SOLUTION 40-0.9 MEQ/L-% INTRAVENOUS	\$0 (1)
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/50ML, 20 MEQ/50ML	\$0 (1)
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)	\$0 (1)
potassium chloride solution 10 meq/100ml intravenous	\$0 (1)
potassium chloride solution 20 meq/100ml intravenous	\$0 (1)
potassium chloride solution 20 meq/50ml intravenous	\$0 (1)
potassium chloride solution 40 meq/100ml intravenous	\$0 (1)
potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l	\$0 (1)
sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml	\$0 (1)
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %	\$0 (1)
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	\$0 (1) B/D
전해질/미네랄/비타민, 경구	
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq	\$0 (1)
klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq	\$0 (1)
klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq	\$0 (1)
klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq	\$0 (1)
klor-con oral packet 20 meq	\$0 (1)
klor-con oral tablet extended release 8 meq	\$0 (1)
M-NATAL PLUS ORAL TABLET 27-1 MG	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq	\$0 (1)
potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq	\$0 (1)
potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq	\$0 (1)
potassium chloride oral packet 20 meq	\$0 (1)
potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)	\$0 (1)
PRENATAL VITAMIN WITH FOLIC ACID GREATER THAN 0.8 MG ORAL TABLET ORAL TABLET 27-1 MG	\$0 (1)
sodium fluoride chew, tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml soln oral tablet 2.2 (1 f) mg	\$0 (1)
정맥 영양제	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION 6 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	\$0 (1) B/D
clinisol sf intravenous solution 15 %	\$0 (1) B/D
CLINOLIPID 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 12/01/2023

약 이름

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

dextrose intravenous solution 10 %, 5 %	\$0 (1)	
dextrose intravenous solution 50 %, 70 %	\$0 (1)	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0 (1)	B/D
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (1)	B/D
plenamine intravenous solution 15 %	\$0 (1)	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (1)	B/D; ^
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0 (1)	B/D
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (1)	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (1)	B/D

위장

H2-수용체 길항제

famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2ml	\$0 (1)	
famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml	\$0 (1)	
famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml	\$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)
famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%	\$0 (1)	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0 (1)	

기타

alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days); ^
CARAFATE ORAL SUSPENSION 1 GM/10ML	\$0 (1)	PA
cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml	\$0 (1)	
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml	\$0 (1)	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	\$0 (1)	
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
loperamide hcl oral capsule 2 mg	\$0 (1)
lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	\$0 (1)
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	\$0 (1) PA; ^
sucralfate oral suspension 1 gm/10ml	\$0 (1) PA
sucralfate oral tablet 1 gm	\$0 (1)
ursodiol oral capsule 300 mg	\$0 (1)
ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1) PA; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (1) PA; ^
염증성 장질환	
balsalazide disodium oral capsule 750 mg	\$0 (1)
budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days); ^
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	\$0 (1) PA; QL (90 EA per 30 days)
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml	\$0 (1)
mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
mesalamine oral capsule delayed release 400 mg	\$0 (1) QL (180 EA per 30 days)
mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm, 800 mg	\$0 (1)
mesalamine rectal enema 4 gm	\$0 (1)
mesalamine rectal suppository 1000 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm	\$0 (1)
sulfasalazine oral tablet 500 mg	\$0 (1)
sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg	\$0 (1)
완하제	
constulose oral solution 10 gm/15ml	\$0 (1)
enulose oral solution 10 gm/15ml	\$0 (1)
gavilyte-c oral solution reconstituted 240 gm	\$0 (1)
gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm	\$0 (1)
generlac oral solution 10 gm/15ml	\$0 (1)
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (1)
lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml	\$0 (1)
lactulose oral solution 10 gm/15ml	\$0 (1)
na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	\$0 (1)
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm	\$0 (1)
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm	\$0 (1)
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0 (1)
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	\$0 (1)
진경제	
dicyclomine hcl oral capsule 10 mg	\$0 (1)
dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml	\$0 (1)
dicyclomine hcl oral tablet 20 mg	\$0 (1)
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
췌장 효소	
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	\$0 (1)
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT	\$0 (1)
프로톤 펌프 저해제	
dexlansoprazole oral capsule delayed release 30 mg, 60 mg	\$0 (1)
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg	\$0 (1) ST
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg	\$0 (1)
lansoprazole oral tablet delayed release dispersible 15 mg, 30 mg	\$0 (1) ST
omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)
pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg	\$0 (1)
pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg	\$0 (1)
PRILOSEC ORAL PACKET 10 MG, 2.5 MG	\$0 (1) PA
rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg	\$0 (1)
항구토제	
aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg	\$0 (1) B/D

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
compro rectal suppository 25 mg	\$0 (1)
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1) B/D; QL (60 EA per 30 days)
granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml	\$0 (1)
granisetron hcl oral tablet 1 mg	\$0 (1) B/D
meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg	\$0 (1)
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml	\$0 (1)
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml	\$0 (1)
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)
ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml	\$0 (1)
ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml	\$0 (1)
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml	\$0 (1)
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	\$0 (1)
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg	\$0 (1)
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml	\$0 (1)
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	\$0 (1)
promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	\$0 (1) PA; PA if 70 years and older
promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml	\$0 (1) PA; PA if 70 years and older
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1) PA; PA if 70 years and older
scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days	\$0 (1) PA; PA if 70 years and older; QL (10 EA per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름

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

중추 신경계

근골격계 치료제

baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; PA if 70 years and older
dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg	\$0 (1)	

기타

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 HOUR 12 MG	\$0 (1)	PA; QL (120 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24 MG	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6 & 12 & 24 MG	\$0 (1)	PA; QL (84 EA per 365 days); ^
GRALISE ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1)	PA; QL (180 EA per 30 days)
GRALISE ORAL TABLET 450 MG	\$0 (1)	PA; QL (120 EA per 30 days)
GRALISE ORAL TABLET 600 MG	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
GRALISE ORAL TABLET 750 MG, 900 MG	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (28 EA per 28 days); ^
lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg	\$0 (1)	
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
lithium carbonate oral tablet 300 mg	\$0 (1)
LITHIUM ORAL SOLUTION 8 MEQ/5ML	\$0 (1)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 82.5 MG	\$0 (1) PA; QL (90 EA per 30 days)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 330 MG	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days)
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	\$0 (1)
riluzole oral tablet 50 mg	\$0 (1)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG	\$0 (1) PA
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); ^
다발경화증제	
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (1) PA-NS; QL (14 EA per 28 days); ^
dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg	\$0 (1) PA
fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg	\$0 (1) PA-NS; QL (28 EA per 28 days); ^
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	\$0 (1) PA-NS; QL (30 ML per 30 days); ^
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml	\$0 (1) PA-NS; QL (12 ML per 28 days); ^
glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	\$0 (1) PA-NS; QL (30 ML per 30 days); ^
glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml	\$0 (1) PA-NS; QL (12 ML per 28 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/10ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (14 EA per 7 days); ^
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 240 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE THERAPY PACK 120 & 240 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
발작성 수면/탈력 발작		
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)
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)
SODIUM OXYBATE ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (540 ML per 30 days); ^
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (540 ML per 30 days); ^
수면제		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
tasimelteon oral capsule 20 mg	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days); ^
temazepam oral capsule 15 mg	\$0 (1)	PA; PA if 65 years and older; QL (60 EA per 30 days)
temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	PA; PA if 65 years and older; QL (30 EA per 30 days)
zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year; 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
정신 치료-기타	
acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg	\$0 (1)
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg	\$0 (1) PA; QL (90 EA per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	\$0 (1) QL (90 EA per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg	\$0 (1) QL (90 EA per 30 days)
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg	\$0 (1)
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml	\$0 (1)
naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml	\$0 (1)
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml	\$0 (1)
naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml	\$0 (1)
naltrexone hcl oral tablet 50 mg	\$0 (1)
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0 (1)
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)
varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42	\$0 (1)
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1) QL (56 EA per 28 days)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0 (1) ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름

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

주의력 결핍 과잉 활동 장애

amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine 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)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
atomoxetine hcl oral capsule 40 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; QL (120 EA per 30 days)
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (1)	PA; PA if 70 years and older; QL (30 EA per 30 days)
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg	\$0 (1)	PA; PA if 70 years and older; QL (60 EA per 30 days)
lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
metadate er oral tablet extended release 20 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	\$0 (1)	PA; QL (900 ML per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml	\$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 chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; QL (180 EA per 30 days)
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)
편두통		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (1 ML per 30 days)
dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml	\$0 (1)	^
dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 30 days); ^
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (3 ML per 30 days); ^
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 30 days)
ergotamine-cafeine oral tablet 1-100 mg	\$0 (1)	PA; QL (40 EA per 28 days)
naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg	\$0 (1)	QL (12 EA per 30 days)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	\$0 (1)	PA; QL (16 EA per 30 days); ^
rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (18 EA per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (18 EA per 30 days)
sumatriptan nasal solution 20 mg/act	\$0 (1)	QL (12 EA per 30 days)
sumatriptan nasal solution 5 mg/act	\$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 refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml	\$0 (1)	QL (9 ML per 30 days)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml	\$0 (1)	QL (6 ML per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml	\$0 (1)	QL (6 ML per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml	\$0 (1)	QL (9 ML per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml	\$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 dispersible 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (12 EA per 30 days)
항경련제		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days); ^
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	\$0 (1)	PA-NS
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 er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)	
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (1)	
carbamazepine oral tablet 200 mg	\$0 (1)	
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg	\$0 (1)	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 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)
clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet dispersible 2 mg	\$0 (1)	QL (300 EA per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	PA-NS; PA if 65 years and older; QL (180 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 PACKET 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (360 EA per 30 days); ^
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
diazepam injection solution 5 mg/ml	\$0 (1)	
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; PA if 65 years and older; QL (240 ML per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5ml	\$0 (1)	PA-NS; PA if 65 years and older; QL (1200 ML per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA-NS; PA if 65 years and older; QL (120 EA per 30 days)
diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG	\$0 (1)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG	\$0 (1)	
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML	\$0 (1)	
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg	\$0 (1)	
divalproex sodium oral tablet delayed release 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)	
ethosuximide oral solution 250 mg/5ml	\$0 (1)	
felbamate oral suspension 600 mg/5ml	\$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, 300 mg, 400 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
gabapentin oral solution 250 mg/5ml, 300 mg/6ml	\$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)
lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml	\$0 (1)	^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
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 er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg	\$0 (1)	
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	\$0 (1)	
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg	\$0 (1)	
lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg	\$0 (1)	
levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml	\$0 (1)	
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml	\$0 (1)	
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	\$0 (1)	
levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)	
methsuximide oral capsule 300 mg	\$0 (1)	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0 (1)	
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml	\$0 (1)	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	\$0 (1)	
phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml	\$0 (1)	PA-NS; PA if 70 years and older
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; PA if 70 years and older
phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; PA if 70 years and older
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0 (1)	
phenytoin oral suspension 125 mg/5ml	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
phenytoin oral tablet chewable 50 mg	\$0 (1)
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)
phenytoin sodium injection 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, 250 mg, 50 mg	\$0 (1)
roweepra 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 DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	\$0 (1) QL (90 EA per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	\$0 (1) QL (360 EA per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	\$0 (1) QL (180 EA per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	\$0 (1)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (1) PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
tiagabine hcl 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 100 mg/ml	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
valproic acid oral capsule 250 mg	\$0 (1)	
valproic acid oral solution 250 mg/5ml	\$0 (1)	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	\$0 (1)	
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	\$0 (1)	
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	\$0 (1)	
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0 (1)	
vigabatrin oral 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 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); ^
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	QL (1200 ML per 30 days); ^
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	\$0 (1)	QL (56 EA per 28 days); ^
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	\$0 (1)	QL (56 EA per 28 days); ^
XCOPRI ORAL TABLET 100 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); ^
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0 (1)	QL (28 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG	\$0 (1)	QL (28 EA per 28 days); ^
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (900 ML per 30 days)
zonisamide 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
담 약	비용(범주	레벨)
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (1100 ML per 30 days); ^
항불안제		
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	
fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 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)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
항우울제		
amitriptyline hcl 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)	
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg	\$0 (1)	
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg	\$0 (1)	
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	\$0 (1)	
citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml	\$0 (1)	
citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	
clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	PA-NS
desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	
doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml	\$0 (1)	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml	\$0 (1)	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	\$0 (1)	PA-NS
fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	
fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml	\$0 (1)	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	
mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg	\$0 (1)	
nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	
nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml	\$0 (1)	
paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (1)	
phenelzine sulfate oral tablet 15 mg	\$0 (1)	
protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	
sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml	\$0 (1)	
sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg	\$0 (1)	
trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	\$0 (1)	
trimipramine maleate oral capsule 100 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
trimipramine maleate 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 hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg	\$0 (1)	
venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG	\$0 (1)	
vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
항정신병약		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	QL (1 EA per 28 days); ^
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	QL (1 EA per 28 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
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 dispersible 10 mg, 15 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days); ^
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	\$0 (1)	^
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	\$0 (1)	QL (3.9 ML per 56 days); ^
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	\$0 (1)	QL (1.6 ML per 28 days); ^
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	\$0 (1)	QL (2.4 ML per 28 days); ^
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	\$0 (1)	QL (3.2 ML per 28 days); ^
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml	\$0 (1)	
CHLORPROMAZINE HCL ORAL CONCENTRATE 100 MG/ML, 30 MG/ML	\$0 (1)	
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
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 dispersible 100 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (270 EA per 30 days)
clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg	\$0 (1)	PA-NS
clozapine oral tablet dispersible 150 mg	\$0 (1)	PA-NS; 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
clozapine oral tablet dispersible 200 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
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 TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0 (1)	PA-NS
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/5ml	\$0 (1)	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	
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)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML	\$0 (1)	QL (3.5 ML per 180 days); ^
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML	\$0 (1)	QL (5 ML per 180 days); ^
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	\$0 (1)	QL (0.75 ML per 28 days); ^
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	\$0 (1)	QL (1 ML per 28 days); ^
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	\$0 (1)	QL (1.5 ML per 28 days); ^
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0 (1)	QL (0.25 ML per 28 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	\$0 (1)	QL (0.5 ML per 28 days); ^
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML	\$0 (1)	QL (0.88 ML per 90 days); ^
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML	\$0 (1)	QL (1.32 ML per 90 days); ^
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML	\$0 (1)	QL (1.75 ML per 90 days); ^
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML	\$0 (1)	QL (2.63 ML per 90 days); ^
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days); ^
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (1)	
lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
lurasidone hcl oral tablet 80 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg	\$0 (1)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
olanzapine intramuscular solution reconstituted 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 dispersible 10 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	\$0 (1)	QL (1 EA per 30 days); ^
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	\$0 (1)	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days); ^
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG	\$0 (1)	QL (2 EA per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG	\$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 dispersible 0.25 mg, 0.5 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
risperidone oral tablet dispersible 4 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	\$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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
thioridazine hcl 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)	
trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (600 ML per 30 days); ^
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days); ^
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	\$0 (1)	
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg	\$0 (1)	QL (6 EA per 3 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (2 EA per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (2 EA per 28 days); ^
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (1 EA per 28 days); ^
항치매제		
donepezil hcl oral tablet 10 mg	\$0 (1)	
donepezil hcl oral tablet 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg	\$0 (1)	
donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml	\$0 (1)	
galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	\$0 (1)	PA; PA if < 30 yrs
memantine hcl oral solution 2 mg/ml	\$0 (1)	PA; PA if < 30 yrs
memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; PA if < 30 yrs
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	\$0 (1)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0 (1)	
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/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
항파킨슨제		
amantadine hcl oral capsule 100 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml	\$0 (1)	
amantadine hcl oral tablet 100 mg	\$0 (1)	
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (60 ML per 30 days); ^
apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge 30 mg/3ml	\$0 (1)	PA; QL (60 ML per 30 days); ^
benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml	\$0 (1)	
benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	PA; PA if 70 years and older
bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg	\$0 (1)	
bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg	\$0 (1)	
carbidopa oral tablet 25 mg	\$0 (1)	
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	\$0 (1)	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 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)	
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	\$0 (1)	
pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg	\$0 (1)	
pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	\$0 (1)	
rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg	\$0 (1)	
ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	\$0 (1)	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	\$0 (1)	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	\$0 (1)	
trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml	\$0 (1)	PA; PA if 70 years and older
trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; PA if 70 years and older
진통제		
마약성 진통제, 단기간 작용		
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml	\$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)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml	\$0 (1)	
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 1200 mcg, 1600 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)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml	\$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)
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 hcl oral liquid 1 mg/ml	\$0 (1)	QL (600 ML per 30 days)
hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml	\$0 (1)	QL (180 ML per 30 days)
MORPHINE SULFATE (PF) INJECTION SOLUTION 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML, 8 MG/ML	\$0 (1)	B/D
MORPHINE SULFATE (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 8 MG/ML	\$0 (1)	B/D
morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml	\$0 (1)	B/D
morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
morphine sulfate 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml	\$0 (1)	
oxycodone hcl oral capsule 5 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml	\$0 (1)	QL (180 ML per 30 days)
oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
oxycodone hcl 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)
tramadol hcl 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)
마약성 진통제, 장기간 작용		
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)
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
methadone hcl intensol oral concentrate 10 mg/ml	\$0 (1)	PA; QL (90 ML per 30 days)
methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml	\$0 (1)	PA; QL (450 ML per 30 days)
methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
비스테로이드성 소염제		
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)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg	\$0 (1)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)
diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg	\$0 (1)
diflunisal oral tablet 500 mg	\$0 (1)
ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg	\$0 (1) QL (90 EA per 30 days)
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg	\$0 (1)
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg	\$0 (1)
etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg	\$0 (1)
flurbiprofen oral tablet 100 mg	\$0 (1)
ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	\$0 (1)
ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (1)
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	\$0 (1)
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	\$0 (1)
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg	\$0 (1)
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg	\$0 (1)
naproxen oral tablet delayed release 375 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
naproxen oral tablet delayed release 500 mg	\$0 (1) QL (90 EA per 30 days)
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	\$0 (1)
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)
통풍	
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
colchicine oral tablet 0.6 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg	\$0 (1)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	\$0 (1) PA
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
probenecid oral tablet 500 mg	\$0 (1)

항감염제

세팔로스포린계 항생제

CEFACLOR ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 500 MG	\$0 (1)
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
cefaclor oral suspension reconstituted 250 mg/5ml	\$0 (1)
cefadroxil oral capsule 500 mg	\$0 (1)
cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml	\$0 (1)
cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 500 mg	\$0 (1)
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm	\$0 (1)
CEFAZOLIN SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2 GM, 3 GM	\$0 (1)
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-4 GM/50ML-%, 2-4 GM/100ML-%	\$0 (1)
cefdinir oral capsule 300 mg	\$0 (1)
cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0 (1)
cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm	\$0 (1)
cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm	\$0 (1)
cefixime oral capsule 400 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	\$0 (1)
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	\$0 (1)
cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml	\$0 (1)
cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg	\$0 (1)
cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0 (1)
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm	\$0 (1)
ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm	\$0 (1)
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	\$0 (1)
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg	\$0 (1)
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm	\$0 (1)
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0 (1)
tazicef injection solution reconstituted 1 gm	\$0 (1)
tazicef intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 6 gm	\$0 (1)
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0 (1) ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
에리트로마이신계/마크로라이드계 항생제	
azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg	\$0 (1)
azithromycin oral packet 1 gm	\$0 (1)
azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	\$0 (1)
azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg	\$0 (1)
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	\$0 (1)
clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0 (1)
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0 (1) ^
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1) ^
e.e.s. 400 oral tablet 400 mg	\$0 (1)
ery-tab oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg	\$0 (1)
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0 (1)
erythrocine stearate oral tablet 250 mg	\$0 (1)
erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg	\$0 (1)
erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg	\$0 (1)
erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg	\$0 (1) ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg	\$0 (1)
테트라사이클린계 항생제	
doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg	\$0 (1)
doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 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)
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)
minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (1) LA; ^
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1) LA; ^
tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1) PA
tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg	\$0 (1) ^
TIGECYCLINE SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG INTRAVENOUS	\$0 (1) ^
페니실린계 항생제	
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml	\$0 (1)
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	\$0 (1)
amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg	\$0 (1)
amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml	\$0 (1)
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 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 solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	\$0 (1)
ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm	\$0 (1)
ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm	\$0 (1)
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	\$0 (1)
dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0 (1)
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm	\$0 (1) ^
oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0 (1)
oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm	\$0 (1)
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 40000 UNIT/ML, 60000 UNIT/ML	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit	\$0 (1)
PENICILLIN G PROCAINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION 600000 UNIT/ML	\$0 (1)
penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit	\$0 (1)
penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0 (1)
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
pfizerpen injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit	\$0 (1)
piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm	\$0 (1)
플루오로퀴놀론계 항생제	
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)	\$0 (1)
ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)
ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml	\$0 (1)
levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml	\$0 (1)
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml	\$0 (1)
levofloxacin oral solution 25 mg/ml	\$0 (1)
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)
moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg	\$0 (1)
항감염제 - 기타	
albendazole oral tablet 200 mg	\$0 (1) ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml	\$0 (1)
atovaquone oral suspension 750 mg/5ml	\$0 (1)
aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0 (1)
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0 (1) PA; LA; ^
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	\$0 (1)
clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml	\$0 (1)
clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml	\$0 (1)
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 300-0.9 MG/50ML-%, 600-0.9 MG/50ML-%, 900-0.9 MG/50ML-%	\$0 (1)
clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml	\$0 (1)
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg	\$0 (1)
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg	\$0 (1)
daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg	\$0 (1) ^
DAPTOMYCIN SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG INTRAVENOUS	\$0 (1) ^
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (1) QL (12 EA per 365 days); ^
ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm	\$0 (1)
gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml	\$0 (1)
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
ivermectin oral tablet 3 mg	\$0 (1) PA; QL (12 EA per 90 days)
linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%	\$0 (1)
linezolid intravenous solution 600 mg/300ml	\$0 (1)
linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml	\$0 (1) QL (1800 ML per 30 days); ^
linezolid oral tablet 600 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg	\$0 (1)
methenamine hippurate oral tablet 1 gm	\$0 (1)
metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml	\$0 (1)
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
neomycin sulfate oral tablet 500 mg	\$0 (1)
nitazoxanide oral tablet 500 mg	\$0 (1) QL (6 EA per 30 days); ^
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg	\$0 (1)
nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg	\$0 (1)
paromomycin sulfate oral capsule 250 mg	\$0 (1)
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg	\$0 (1) B/D
pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg	\$0 (1)
praziquantel oral tablet 600 mg	\$0 (1)
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (1) ^
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1) ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm	\$0 (1)
sulfadiazine oral tablet 500 mg	\$0 (1)
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml	\$0 (1)
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml	\$0 (1)
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg	\$0 (1)
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml	\$0 (1) PA; ^
tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml	\$0 (1)
trimethoprim oral tablet 100 mg	\$0 (1)
VANCOMYCIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.9 GM/200ML-%, 500-0.9 MG/100ML- %, 750-0.9 MG/150ML-%	\$0 (1)
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)
vancomycin hcl oral capsule 125 mg	\$0 (1) QL (80 EA per 180 days)
vancomycin hcl oral capsule 250 mg	\$0 (1) QL (160 EA per 180 days)
항결핵제	
cycloserine oral capsule 250 mg	\$0 (1) ^
ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg	\$0 (1)
isoniazid oral syrup 50 mg/5ml	\$0 (1)
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	\$0 (1)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)
pyrazinamide oral tablet 500 mg	\$0 (1)
rifabutin oral capsule 150 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg	\$0 (1)
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0 (1)
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0 (1) PA; LA; ^
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)
항레트로바이러스 병용제	
abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg	\$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) ^
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) ^
efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg	\$0 (1) ^
efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg	\$0 (1) ^
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days); ^
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (1) ^
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (1) ^
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (1) ^
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	\$0 (1)
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml	\$0 (1)
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg	\$0 (1)
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (1) ^
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	\$0 (1) ^
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (1) ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0 (1) ^
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (1) ^
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	\$0 (1) ^
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	\$0 (1) ^
항레트로바이러스제	
abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml	\$0 (1)
abacavir sulfate oral tablet 300 mg	\$0 (1)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (1) ^
atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 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)
emtricitabine oral capsule 200 mg	\$0 (1)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	\$0 (1) ^
fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg	\$0 (1) ^
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	\$0 (1) ^
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (1) ^
ISENTRESS ORAL 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)
lamivudine oral solution 10 mg/ml	\$0 (1)
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	\$0 (1)
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg	\$0 (1) ^
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg	\$0 (1)
nevirapine oral suspension 50 mg/5ml	\$0 (1)
nevirapine oral tablet 200 mg	\$0 (1)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0 (1)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 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); ^
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0 (1) ^
ritonavir oral tablet 100 mg	\$0 (1)
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 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) ^
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	\$0 (1) LA; ^
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) ^
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0 (1) ^
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0 (1) LA; ^
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (1) ^
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0 (1) ^
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 (1) ^
zidovudine oral capsule 100 mg	\$0 (1)
zidovudine oral syrup 50 mg/5ml	\$0 (1)
zidovudine oral tablet 300 mg	\$0 (1)
항말라리아제	
atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg	\$0 (1)
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (1)
mefloquine hcl oral tablet 250 mg	\$0 (1)
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET 26.3 (15 BASE) MG	\$0 (1)
primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral	\$0 (1)
quinine sulfate oral capsule 324 mg	\$0 (1) PA
항바이러스제	
acyclovir oral capsule 200 mg	\$0 (1)
acyclovir oral suspension 200 mg/5ml	\$0 (1)
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	\$0 (1)
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	\$0 (1) B/D
adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg	\$0 (1) ^
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (1) ^
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG	\$0 (1) PA; ^
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	\$0 (1) PA; ^
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	\$0 (1)
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg	\$0 (1) B/D
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG	\$0 (1) PA; ^
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	\$0 (1) PA; ^
lamivudine oral tablet 100 mg	\$0 (1)
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	\$0 (1) PA; ^
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0 (1) PA; ^
oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg	\$0 (1) QL (168 EA per 365 days)
oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg	\$0 (1) QL (84 EA per 365 days)
oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml	\$0 (1) QL (1080 ML per 365 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0 (1) PA; ^
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	\$0 (1) PA; ^
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0 (1) PA; QL (28 EA per 28 days); ^
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	\$0 (1) QL (120 EA per 365 days)
ribavirin oral capsule 200 mg	\$0 (1)
ribavirin oral tablet 200 mg	\$0 (1)
rimantadine hcl oral tablet 100 mg	\$0 (1)
valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg	\$0 (1)
valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml	\$0 (1) ^
valganciclovir hcl oral tablet 450 mg	\$0 (1)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1) ^
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0 (1) PA; ^
항진균제	
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg	\$0 (1)	B/D
amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg	\$0 (1)	B/D; ^
caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg	\$0 (1)	
fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%	\$0 (1)	
fluconazole oral suspension reconstituted 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/5ml	\$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 sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg	\$0 (1)	^
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (630 ML per 30 days); ^
nystatin oral tablet 500000 unit	\$0 (1)	
posaconazole oral suspension 40 mg/ml	\$0 (1)	PA; QL (630 ML per 30 days); ^
posaconazole oral tablet delayed release 100 mg	\$0 (1)	PA; QL (93 EA per 30 days); ^
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 365 days)
voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg	\$0 (1)	PA; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
voriconazole oral suspension reconstituted 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)
항종양제		
기타		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
bexarotene oral capsule 75 mg	\$0 (1)	PA-NS; ^
hydroxyurea oral capsule 500 mg	\$0 (1)	
irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml	\$0 (1)	B/D
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (49 EA per 28 days); ^
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (70 EA per 28 days); ^
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (91 EA per 28 days); ^
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	LA; ^
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
tretinoin oral capsule 10 mg	\$0 (1)	^
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
면역조절제		
lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days); ^
lenalidomide oral capsule 20 mg, 25 mg	\$0 (1)	PA-NS; LA; 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days); ^
REVLIMID ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days); ^
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
보호제		
leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml	\$0 (1)	B/D
leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg	\$0 (1)	B/D
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	\$0 (1)	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)	^
분자 표적 치료제		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
BORTEZOMIB INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG, 2.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg	\$0 (1)	PA-NS; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
BORTEZOMIB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
erlotinib hcl oral tablet 25 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
everolimus oral tablet soluble 2 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (150 EA per 30 days); ^
everolimus oral tablet soluble 3 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
everolimus oral tablet soluble 5 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부담 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 약 비용(범주 레벨)
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; ^
gefitinib oral tablet 250 mg	\$0 (1) PA-NS; ^
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; ^
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	\$0 (1) PA-NS; LA; ^
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; ^
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; ^
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 mesylate oral tablet 100 mg	\$0 (1) PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
imatinib mesylate 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); ^
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (216 ML per 27 days); ^
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
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); ^
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
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; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0 (1)	B/D; LA; ^
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (21 EA per 28 days); ^
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (42 EA per 28 days); ^
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (63 EA per 28 days); ^
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg	\$0 (1)	PA-NS; ^
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (3 EA per 28 days); ^
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
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; ^
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); ^
sorafenib tosylate oral tablet 200 mg	\$0 (1)	PA-NS; 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0 (1)	PA-NS; ^
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 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 ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (112 EA per 28 days); ^
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 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 (56 EA per 28 days); ^
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
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; ^
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (8 EA per 28 days); ^
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$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 12/01/2023

약 이름

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

XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (8 EA per 28 days); ^
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (4 EA per 28 days); ^
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (24 EA per 28 days); ^
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (8 EA per 28 days); ^
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (32 EA per 28 days); ^
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 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; ^
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^

알킬화제

BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (1)	B/D; LA; ^
carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml	\$0 (1)	B/D
cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml	\$0 (1)	B/D
cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg	\$0 (1)	B/D; ^
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 500 MG/2.5ML, 500 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (1) B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (1) B/D
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	\$0 (1)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1) ^
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0 (1)
oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml	\$0 (1) B/D
oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg	\$0 (1) B/D; ^
paraplatin intravenous solution 1000 mg/100ml	\$0 (1) B/D
유사분열 억제제	
DOCETAXEL CONCENTRATE 160 MG/8ML INTRAVENOUS	\$0 (1) B/D; ^
DOCETAXEL CONCENTRATE 80 MG/4ML INTRAVENOUS	\$0 (1) B/D; ^
docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml	\$0 (1) B/D; ^
docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml	\$0 (1) B/D
docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml	\$0 (1) B/D; ^
DOCETAXEL SOLUTION 160 MG/16ML INTRAVENOUS	\$0 (1) B/D; ^
DOCETAXEL SOLUTION 20 MG/2ML INTRAVENOUS	\$0 (1) B/D; ^
DOCETAXEL SOLUTION 80 MG/8ML INTRAVENOUS	\$0 (1) B/D; ^
etoposide intravenous solution 1 gm/50ml, 100 mg/5ml, 500 mg/25ml	\$0 (1) B/D
paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml	\$0 (1) B/D
paclitaxel protein-bound part intravenous suspension reconstituted 100 mg	\$0 (1) B/D; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml	\$0 (1)	B/D
vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml	\$0 (1)	B/D
항대사제		
azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg	\$0 (1)	B/D; ^
cytarabine injection solution 20 mg/ml	\$0 (1)	B/D
fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml	\$0 (1)	B/D
gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml	\$0 (1)	B/D
gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg	\$0 (1)	B/D
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
mercaptopurine oral tablet 50 mg	\$0 (1)	
methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml	\$0 (1)	B/D
methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml	\$0 (1)	B/D
methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm	\$0 (1)	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)	B/D; ^
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0 (1)	^
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	
항생제		
doxorubicin hcl intravenous solution 2 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 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml	\$0 (1)	B/D; ^
ELLECE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100ML, 50 MG/25ML	\$0 (1)	B/D
호르몬성 항종양제		
abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	PA-NS; ^
anastrozole oral tablet 1 mg	\$0 (1)	
bicalutamide oral tablet 50 mg	\$0 (1)	
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	PA-NS
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (1)	^
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (1)	^
exemestane oral tablet 25 mg	\$0 (1)	
fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml	\$0 (1)	B/D; ^
letrozole oral tablet 2.5 mg	\$0 (1)	
leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml	\$0 (1)	PA-NS
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (1)	^
megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	
nilutamide oral tablet 150 mg	\$0 (1)	^
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0 (1) ^
tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)
toremifene citrate oral tablet 60 mg	\$0 (1) ^
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; ^
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; ^
혈액	
기타	
anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0 (1) PA; LA; QL (24 EA per 30 days); ^
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg	\$0 (1)
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	\$0 (1) PA; LA; ^
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (1)
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	\$0 (1) PA; LA; ^
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0 (1) PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0 (1) PA; LA; QL (20 EA per 30 days); ^
icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml	\$0 (1) PA; QL (27 ML per 30 days); ^
pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg	\$0 (1)
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	\$0 (1) PA; LA; QL (360 EA per 30 days); ^
PROMACTA ORAL 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); ^
sajazir subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml	\$0 (1) PA; LA; QL (27 ML per 30 days); ^

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml	\$0 (1)
tranexamic acid oral tablet 650 mg	\$0 (1)
조혈 성장 인자	
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0 (1) PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0 (1) PA; ^
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0 (1) PA; ^
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	\$0 (1) PA; ^
항응고제	
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	\$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 sodium injection solution 300 mg/3ml	\$0 (1)
enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml	\$0 (1)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml	\$0 (1) ^
fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml	\$0 (1)
HEPARIN (PORCINE) IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION 12500-0.45 UT/250ML-%, 25000-0.45 UT/250ML-%, 25000-0.45 UT/500ML-%	\$0 (1)
heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%, 40-5 unit/ml-%	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml	\$0 (1) B/D
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)
warfarin sodium 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 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 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)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0 (1) QL (51 EA per 30 days)
혈소판 응집 저해제	
aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg	\$0 (1)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (1)
clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg	\$0 (1)
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1) PA; PA if 70 years and older
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)
호흡기	
기타	
acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %	\$0 (1) B/D
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0 (1) PA; LA; ^
cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml	\$0 (1) B/D
epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml	\$0 (1) (generic of Adrenaclick)
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml	\$0 (1) (generic of Adrenaclick)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 담 약 비용(범주 레벨)	필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml	\$0 (1)	(generic of EpiPen)
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; ^
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; ^
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 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 (60 EA per 30 days); ^
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
ORKAMBI ORAL 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, 801 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days); ^
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	\$0 (1)	PA; LA; ^
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	\$0 (1)	PA; ^
roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg	\$0 (1)	
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg	\$0 (1)	

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부담 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 약 비용(범주 레벨)	
theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg	\$0 (1)	
theophylline oral elixir 80 mg/15ml	\$0 (1)	
theophylline oral solution 80 mg/15ml	\$0 (1)	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (84 EA per 28 days); ^
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (1)	PA; LA; ^
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
류코트리엔 조절제		
montelukast sodium oral packet 4 mg	\$0 (1)	
montelukast sodium oral tablet 10 mg	\$0 (1)	
montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg	\$0 (1)	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	
베타 작용제		
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act	\$0 (1)	(generic of Proair HFA); QL (17 GM per 30 days)
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)	\$0 (1)	(generic of Proventil HFA); QL (13.4 GM per 30 days)
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)	\$0 (1)	(generic of Ventolin HFA); QL (36 GM per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml	\$0 (1) B/D
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml	\$0 (1)
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg	\$0 (1)
arformoterol tartrate inhalation nebulization solution 15 mcg/2ml	\$0 (1) B/D
formoterol fumarate inhalation nebulization solution 20 mcg/2ml	\$0 (1) B/D; ^
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml	\$0 (1) B/D
levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act	\$0 (1) ST; QL (30 GM per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0 (1) QL (48 GM per 30 days)
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$0 (1) QL (36 GM per 30 days)
비강 스테로이드제	
flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)	\$0 (1) QL (75 ML per 30 days)
fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act	\$0 (1) QL (16 GM per 30 days)
mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act	\$0 (1) ST; QL (34 GM per 30 days)
OMNARIS NASAL SUSPENSION 50 MCG/ACT	\$0 (1) ST; QL (12.5 GM per 30 days)
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION 93 MCG/ACT	\$0 (1) PA; QL (32 ML per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
스테로이드 흡입제		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml	\$0 (1)	B/D
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 250 MCG/ACT	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	\$0 (1)	QL (24 GM per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT	\$0 (1)	QL (21.2 GM per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT	\$0 (1)	QL (2 EA per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACT	\$0 (1)	QL (3 EA per 30 days)
스테로이드/베타 작용제 병용제		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0 (1)	QL (12 GM per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	\$0 (1)	QL (30.6 GM per 30 days)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)	
항콜린제/베타 작용제 병용제		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	\$0 (1)	QL (10.7 GM per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0 (1)	Institutional Pack (5.9g inhaler containing 28 inhalations); QL (23.6 GM per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160- 9-4.8 MCG/ACT	\$0 (1)	Retail Inhalation Canister (10.7g inhaler containing 120 inhalations); QL (10.7 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0 (1)	QL (8 GM per 30 days)
ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml	\$0 (1)	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5- 25 MCG/ACT	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
항콜린제		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	\$0 (1)	QL (25.8 GM per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/ACT	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	\$0 (1)	B/D
ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %	\$0 (1)	
항히스타민제		
azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %	\$0 (1)	
cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml	\$0 (1)	
cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml	\$0 (1)	PA; PA if 70 years and older

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

약 이름	가입자 부 필요한 조치, 제약사항 또는 사용 제한 담 약 비용(범주 레벨)
ciproheptadine hcl oral tablet 4 mg	\$0 (1) PA; PA if 70 years and older
desloratadine oral tablet 5 mg	\$0 (1)
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml	\$0 (1)
hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	\$0 (1) PA; PA if 70 years and older
hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml	\$0 (1) PA; PA if 70 years and older
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1) PA; PA if 70 years and older
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (1) PA; PA if 70 years and older
levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml	\$0 (1)
levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg	\$0 (1)
olopatadine hcl nasal solution 0.6 %	\$0 (1)

이 표의 시작 부분으로 이동하여 이 표에서 사용된 기호 및 약어의 의미에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 업데이트 일자 12/01/2023

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 sulfate</i>	109	<i>aliskiren fumarate</i>	52	<i>anastrozole</i>	126
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	108	<i>allopurinol</i>	98	ANORO ELLIPTA.....	134
ABELCET.....	112	<i>alosetron hcl</i>	69	APOKYN.....	94
ABILIFY MAINTENA.....	88	ALPHAGAN P.....	63	<i>apomorphine hcl</i>	94
<i>abiraterone acetate</i>	126	<i>alprazolam</i>	86	<i>aprepitant</i>	72
ABRYSVO.....	43	ALREX.....	64	<i>apri</i>	34
<i>acamprosate calcium</i>	77	<i>altavera</i>	34	APTOM.....	80
<i>acarbose</i>	27	ALTOPREV.....	58	APTIVUS.....	109
<i>accutane</i>	16	ALUNBRIG.....	115	ARALAST NP.....	129
<i>acebutolol hcl</i>	53	<i>alyacen 1/35</i>	34	<i>aranelle</i>	34
<i>acetaminophen-codeine</i>	95, 96	<i>alyacen 7/7/7</i>	34	ARCALYST.....	43
<i>acetazolamide</i>	56	<i>alyq</i>	60	AREXVY.....	43
<i>acetazolamide er</i>	56	<i>amabelz</i>	31	<i>arformoterol tartrate</i>	132
<i>acetic acid</i>	20, 49	<i>amantadine hcl</i>	94	<i>aripiprazole</i>	89
<i>acetylcysteine</i>	129	<i>ambrisentan</i>	60	ARISTADA.....	89
<i>acitretin</i>	19	<i>amethia</i>	34	ARISTADA INITIO.....	89
ACTHIB.....	43	<i>amikacin sulfate</i>	105	<i>armodafinil</i>	76
ACTIMMUNE.....	43	<i>amiloride hcl</i>	56	ARNUITY ELLIPTA.....	133
<i>acyclovir</i>	111	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ...	56	<i>asenapine maleate</i>	89
<i>acyclovir sodium</i>	111	<i>amiodarone hcl</i>	60	<i>ashlyna</i>	34
ADACEL.....	43	<i>amitriptyline hcl</i>	86	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	129
ADCIRCA.....	60	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> ..	51	<i>atazanavir sulfate</i>	109
<i>adefovir dipivoxil</i>	111	<i>amlodipine besylate</i>	57	<i>atenolol</i>	53
ADEMPAS.....	60	<i>amlodipine besylate-valsartan</i> ...	54	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	53
ADRENALIN.....	52	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	52	<i>atomoxetine hcl</i>	78
ADVAIR DISKUS.....	133	<i>amlodipine-olmesartan</i>	54	<i>atorvastatin calcium</i>	58
ADVAIR HFA.....	133	<i>ammonium lactate</i>	15	<i>atovaquone</i>	105
<i>afirmelle</i>	34	<i>amnestem</i>	16	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	111
AIMOVIG.....	79	<i>amoxapine</i>	86	<i>atropine sulfate</i>	61
<i>ala-cort</i>	17	<i>amoxicillin</i>	102	ATROPINE SULFATE.....	61
<i>albendazole</i>	104	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	103	ATROVENT HFA.....	134
<i>albuterol sulfate</i>	132	<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i> ..	102	AUBAGIO.....	75
<i>albuterol sulfate hfa inhalation</i>		<i>amphetamine-dextroamphet er</i> ..	78	<i>aubra eq</i>	34
<i>aerosol solution 108 (90 base)</i>		<i>amphetamine-</i>		<i>aurovela 1/20</i>	34
<i>mcg/act</i>	131	<i>dextroamphetamine</i>	78	<i>aurovela 24 fe</i>	34
<i>alclometasone dipropionate</i>	17	<i>amphotericin b</i>	113	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	34
ALCOHOL SWABS.....	25	<i>amphotericin b liposome</i>	113	<i>aurovela fe 1/20</i>	34
ALDURAZYME.....	22	<i>ampicillin</i>	103	AUSTEDO.....	74
ALECENSA.....	115	<i>ampicillin sodium</i>	103	AUSTEDO XR.....	74
<i>alendronate sodium</i>	32	<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	103	AUSTEDO XR PATIENT	
<i>alfuzosin hcl er</i>	50	<i>anagrelide hcl</i>	127	TITRATION.....	74

AUVELITY.....	86	BIVIGAM.....	41	CAPLYTA.....	89
<i>aviane</i>	34	<i>blisovi 24 fe</i>	35	CAPRELSA.....	116
<i>ayuna</i>	34	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	35	<i>captopril</i>	51
AYVAKIT.....	115	BOOSTRIX.....	44	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	51
<i>azacitidine</i>	125	BORTEZOMIB.....	115, 116	CARAFATE.....	69
<i>azathioprine</i>	42	<i>bortezomib</i>	115	<i>carbamazepine</i>	81
<i>azelaic acid</i>	15	<i>bosentan</i>	60	<i>carbamazepine er</i>	80
<i>azelastine hcl</i>	64, 134	BOSULIF.....	116	<i>carbidopa</i>	94
<i>azithromycin</i>	101	BRAFTOVI.....	116	<i>carbidopa-levodopa</i>	94, 95
<i>aztreonam</i>	105	BREO ELLIPTA.....	133	<i>carbidopa-levodopa er</i>	94
<i>azurette</i>	35	BREZTRI AEROSPHERE.....	134	<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>bacitracin</i>	62	<i>briellyn</i>	35	<i>entacapone</i>	95
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	62	BRILINTA.....	129	<i>carboplatin</i>	123
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i> ..	61	<i>brimonidine tartrate</i>	63	<i>carglumic acid</i>	22
<i>baclofen</i>	74	<i>brinzolamide</i>	63	<i>carteolol hcl</i>	63
<i>balsalazide disodium</i>	70	BRIVIACT.....	80	<i>cartia xt</i>	57
BALVERSA.....	115	<i>bromfenac sodium (once-daily)</i> ..	64	<i>carvedilol</i>	53
<i>balziva</i>	35	<i>bromocriptine mesylate</i>	94	<i>caspofungin acetate</i>	113
BARACLUDE.....	111	BROMSITE.....	64	CAYSTON.....	105
BASAGLAR KWIKPEN.....	25	BRUKINSA.....	116	<i>cefaclor</i>	99
BCG VACCINE.....	44	<i>budesonide</i>	70, 133	CEFACTOR ER.....	99
BELSOMRA.....	76	<i>budesonide er</i>	70	<i>cefadroxil</i>	99
<i>benazepril hcl</i>	51	<i>bumetanide</i>	56	<i>cefazolin sodium</i>	99
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	51	<i>buprenorphine hcl</i>	77	CEFAZOLIN SODIUM.....	99
BENDEKA.....	123	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> ..	77	CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE.....	99
BENLYSTA.....	42	<i>bupropion hcl</i>	86	<i>cefдинир</i>	99
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i> ..	16	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i> ...	77	<i>cefepime hcl</i>	99
<i>benztropine mesylate</i>	94	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	86	<i>cefіxime</i>	99, 100
BERINERT.....	127	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	86	<i>cefoxitin sodium</i>	100
BESIVANCE.....	62	<i>buspirone hcl</i>	86	<i>cefpodoxime proxetil</i>	100
BESREMI.....	114	<i>butorphanol tartrate</i>	96	<i>cefprozil</i>	100
<i>betaine</i>	22	BYDUREON BCISE.....	27	<i>ceftazidime</i>	100
<i>betamethasone dipropionate</i>	17	BYETTA 10 MCG PEN.....	27	<i>ceftriaxone sodium</i>	100
<i>betamethasone dipropionate</i>		BYETTA 5 MCG PEN.....	27	<i>cefuroxime axetil</i>	100
<i>aug</i>	17	<i>cabergoline</i>	22	<i>cefuroxime sodium</i>	100
<i>betamethasone valerate</i>	18	CABOMETYX.....	116	<i>celecoxib</i>	97
BETASERON.....	75	<i>calcipotriene</i>	19	CELONTIN.....	81
<i>betaxolol hcl</i>	63	<i>calcitonin (salmon)</i>	32	<i>cephalexin</i>	100
<i>bethanechol chloride</i>	49	<i>calcitrene</i>	19	CERDELGA.....	23
BETOPTIC-S.....	63	<i>calcitriol</i>	30	CEREZYME.....	23
BEVESPI AEROSPHERE.....	134	<i>calcium acetate</i>	32	<i>cetirizine hcl</i>	134
<i>bexarotene</i>	15, 114	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	32	<i>cevimeline hcl</i>	15
BEXSERO.....	44	CALQUENCE.....	116	<i>chateal</i>	35
<i>bicalutamide</i>	126	<i>camila</i>	35	CHEMET.....	33
BICILLIN L-A.....	103	<i>camrese</i>	35	<i>chlorhexidine gluconate</i>	15
BIKTARVY.....	108	<i>camrese lo</i>	35	<i>chloroquine phosphate</i>	111
<i>bisoprolol fumarate</i>	53	<i>candesartan cilexetil</i>	55	<i>chlorpromazine hcl</i>	89
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ...	53	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	54	CHLORPROMAZINE HCL.....	89

12/01/2023

<i>chlorthalidone</i>	56	<i>colchicine-probenecid</i>	99	<i>deferasirox granules</i>	33
<i>cholestyramine</i>	59	<i>colesevelam hcl</i>	59	DELESTROGEN	31
<i>cholestyramine light</i>	59	<i>colestipol hcl</i>	59	DELSTRIGO	108
<i>ciclopirox olamine</i>	19	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	105	DENGAXIA	44
<i>cilostazol</i>	127	COMBIGAN	63	<i>depo-testosterone</i>	30
CILOXAN	62	COMBIVENT RESPIMAT	134	DESCOVY	108
CIMDUO	108	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	116	<i>desipramine hcl</i>	86
<i>cinacalcet hcl</i>	23	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	116	<i>desloratadine</i>	135
CIPRO	104	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	116	<i>desmopressin ace spray refig</i>	23
CIPRO HC	20	COMPLERA	108	<i>desmopressin acetate</i>	23
CIPRODEX	20	<i>compro</i>	73	<i>desmopressin acetate pf</i>	23
<i>ciprofloxacin hcl</i>	62, 104	<i>constulose</i>	71	<i>desmopressin acetate spray</i>	23
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	104	COPIKTRA	116	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	35
<i>cisplatin</i>	123	CORLANOR	52	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	87
<i>citalopram hydrobromide</i>	86	COTELLIC	116	<i>dexamethasone</i>	21
<i>claravis</i>	16	CREON	72	DEXAMETHASONE INTENSOL	21
<i>clarithromycin</i>	101	<i>cromolyn sodium</i>	64, 69, 129	<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	21
<i>clarithromycin er</i>	101	<i>cryselle-28</i>	35	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	22, 64
<i>clindamycin hcl</i>	105	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	74	<i>dexlansoprazole</i>	72
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	105	<i>cyclophosphamide</i>	123, 124	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	78
<i>clindamycin phosphate</i>	16, 17, 50, 105	CYCLOPHOSPHAMIDE	123, 124	<i>dextrose</i>	69
<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	105	<i>cycloserine</i>	107	DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48	65
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL	105	<i>cyclosporine</i>	42	<i>dextrose in lactated ringers</i>	65
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	68	<i>cyclosporine modified</i>	42	DEXTROSE-NACL	65
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	68	<i>cyproheptadine hcl</i>	134, 135	<i>dextrose-nacl</i>	65
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	68	<i>cyred eq</i>	35	<i>dextrose-sodium chloride</i>	65
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	68	CYSTADROPS	61	DIACOMIT	81
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)	68	CYSTAGON	23	<i>diazepam</i>	81
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)	68	CYSTARAN	61	<i>diazepam intensol</i>	81
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)	68	<i>cytarabine</i>	125	<i>diazoxide</i>	41
<i>clinisol sf</i>	68	<i>dalfampridine er</i>	75	<i>diclofenac potassium</i>	97
CLINOLIPID	68	<i>danazol</i>	32	<i>diclofenac sodium</i>	15, 64, 98
<i>clobazam</i>	81	<i>dantrolene sodium</i>	74	<i>diclofenac sodium er</i>	98
<i>clobetasol propionate</i>	18	<i>dapsone</i>	105	<i>diclofenac-misoprostol</i>	98
<i>clobetasol propionate e</i>	18	DAPTACEL	44	<i>dicloxacillin sodium</i>	103
<i>clomipramine hcl</i>	86	<i>daptomycin</i>	105	<i>dicyclomine hcl</i>	71
<i>clonazepam</i>	81	DAPTOMYCIN	105	DIFICID	101
<i>clonidine</i>	52	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	49	<i>diflunisal</i>	98
<i>clonidine hcl</i>	52	<i>dasetta 1/35</i>	35	<i>difluprednate</i>	64
<i>clopidogrel bisulfate</i>	129	<i>dasetta 7/7/7</i>	35	<i>digoxin</i>	52
<i>clorazepate dipotassium</i>	81	DAURISMO	116	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	79
<i>clotrimazole</i>	15, 19	<i>daysee</i>	35	DILANTIN	82
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	19	DAYVIGO	76	DILANTIN INFATABS	82
<i>clozapine</i>	89, 90	<i>deblitane</i>	35	<i>diltiazem hcl</i>	57
COARTEM	111	<i>deferasirox</i>	33	<i>diltiazem hcl er</i>	57
<i>colchicine</i>	99				

<i>diltiazem hcl er beads</i>	57	<i>elonest</i>	35	<i>erythrocin stearate</i>	101
<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	57	ELIQUIS.....	128	<i>erythromycin</i>	17, 62, 102
<i>dilt-xr</i>	57	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	128	<i>erythromycin base</i>	101
<i>diphenhydramine hcl</i>	135	ELLENC.....	126	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	101
<i>diphenoxylate-atropine</i>	69	<i>eluryng</i>	35	<i>erythromycin lactobionate</i>	101
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS		EMCYT.....	126	<i>escitalopram oxalate</i>	87
DT.....	44	EMGALITY.....	79	<i>esomeprazole magnesium</i>	72
<i>dipyridamole</i>	129	EMGALITY (300 MG DOSE).....	79	<i>estarylla</i>	36
<i>disopyramide phosphate</i>	60	<i>emoquette</i>	35	<i>estradiol</i>	31
<i>disulfiram</i>	77	EMSAM.....	87	<i>estradiol valerate</i>	31
<i>divalproex sodium</i>	82	<i>emtricitabine</i>	109	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	31
<i>divalproex sodium er</i>	82	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	108	<i>ethambutol hcl</i>	107
DOCETAXEL.....	124	EMTRIVA.....	109	<i>ethosuximide</i>	82
<i>docetaxel</i>	124	EMVERM.....	105	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	36
<i>dofetilide</i>	60	<i>enalapril maleate</i>	51	<i>etodolac</i>	98
<i>donepezil hcl</i>	93	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	51	<i>etodolac er</i>	98
DOPTLET.....	127	ENBREL.....	47	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	36
<i>dorzolamide hcl</i>	63	ENBREL MINI.....	47	<i>etoposide</i>	124
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	63	ENBREL SURECLICK.....	47	<i>etravirine</i>	109
<i>dotti</i>	31	ENDARI.....	127	EULEXIN.....	126
DOVATO.....	108	<i>endocet</i>	96	<i>euthyrox</i>	20
<i>doxazosin mesylate</i>	55	ENGERIX-B.....	44	<i>everolimus</i>	42, 116
<i>doxepin hcl</i>	76, 87	<i>enilloring</i>	35	EVOTAZ.....	108
<i>doxercalciferol</i>	30	<i>enoxaparin sodium</i>	128	<i>exemestane</i>	126
<i>doxorubicin hcl</i>	125	<i>enpresse-28</i>	35	EXKIVITY.....	116
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	126	<i>enskyce</i>	35	EZALLOR SPRINKLE.....	58
<i>doxy 100</i>	102	ENSTILAR.....	18	<i>ezetimibe</i>	59
<i>doxycycline hyclate</i>	102	<i>entacapone</i>	95	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	59
<i>doxycycline monohydrate</i>	102	<i>entecavir</i>	111	FABRAZYME.....	23
DRIZALMA SPRINKLE.....	87	ENTRESTO.....	54	<i>falmina</i>	36
<i>dronabinol</i>	73	<i>enulose</i>	71	<i>famciclovir</i>	111
<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i> ..	35	EPCLUSA.....	111	<i>famotidine</i>	69
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	35	EPIDIOLEX.....	82	<i>famotidine (pf)</i>	69
DROXIA.....	127	<i>epinephrine</i>	129, 130	<i>famotidine premixed</i>	69
<i>droxidopa</i>	52	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	52	FANAPT.....	90
<i>duloxetine hcl</i>	87	<i>epitol</i>	82	FANAPT TITRATION PACK.....	90
DUPIXENT.....	46, 47	EPIVIR HBV.....	111	FARXIGA.....	27
<i>dutasteride</i>	50	<i>eplerenone</i>	55	FASENRA.....	130
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	50	EPRONTIA.....	82	FASENRA PEN.....	130
<i>e.e.s. 400</i>	101	<i>ergotamine-caffeine</i>	79	<i>febuxostat</i>	99
<i>ec-naproxen</i>	98	ERIVEDGE.....	116	<i>felbamate</i>	82
EDARBI.....	55	ERLEADA.....	126	<i>felodipine er</i>	57
EDARBYCLOR.....	54	<i>erlotinib hcl</i>	116	<i>femynor</i>	36
EDURANT.....	109	<i>errin</i>	35	<i>fenofibrate</i>	52
<i>efavirenz</i>	109	<i>ertapenem sodium</i>	105	<i>fenofibrate micronized</i>	52
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	108	<i>ery</i>	17	<i>fenofibric acid</i>	52
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	108	<i>ery-tab</i>	101	<i>fentanyl</i>	97
ELIGARD.....	126	ERYTHROCIN LACTOBIONATE... ..	101	<i>fentanyl citrate</i>	96

<i>fesoterodine fumarate er</i>	50	<i>furosemide</i>	56	<i>griseofulvin microsize</i>	113
FETZIMA.....	87	FUZEON.....	109	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	113
FETZIMA TITRATION.....	87	<i>fyavolv</i>	31	<i>guanfacine hcl</i>	52
FIASP.....	25	FYCOMPA.....	82	<i>guanfacine hcl er</i>	78
FIASP FLEXTOUCH.....	25	<i>gabapentin</i>	82	GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	41
FIASP PENFILL.....	25	<i>galantamine hydrobromide</i>	93	GVOKE KIT.....	41
FIASP PUMPCART.....	25	<i>galantamine hydrobromide er</i>	93	GVOKE PFS.....	41
FINACEA.....	15	GAMASTAN.....	41	HAEGARDA.....	127
<i>finasteride</i>	50	GAMMAGARD.....	41	<i>hailey 1.5/30</i>	36
<i>fingolimod hcl</i>	75	GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	41	<i>hailey 24 fe</i>	36
FINTEPLA.....	82	GAMMAKED.....	41	<i>halobetasol propionate</i>	18
<i>finzala</i>	36	GAMMAPLEX.....	41	<i>haloette</i>	36
<i>flac</i>	20	GAMUNEX-C.....	42	<i>haloperidol</i>	90
FLAREX.....	64	<i>ganciclovir sodium</i>	112	<i>haloperidol decanoate</i>	90
FLEBOGAMMA DIF.....	41	GARDASIL 9.....	44	<i>haloperidol lactate</i>	90
<i>flecainide acetate</i>	60	<i>gatifloxacin</i>	62	HARVONI.....	112
FLOVENT DISKUS.....	133	GATTEX.....	69	HAVRIX.....	44
FLOVENT HFA.....	133	GAUZE PADS 2" X 2".....	25	<i>heather</i>	36
<i>fluconazole</i>	113	<i>gavilyte-c</i>	71	HEPARIN (PORCINE) IN NA CL....	128
<i>fluconazole in sodium chloride</i> ..	113	<i>gavilyte-g</i>	71	<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	128
<i>flucytosine</i>	113	GAVRETO.....	117	<i>heparin sodium (porcine)</i>	129
<i>fludrocortisone acetate</i>	22	<i>gefitinib</i>	117	HEPLISAV-B.....	44
<i>flunisolide</i>	132	<i>gemcitabine hcl</i>	125	HERCEPTIN.....	117
<i>fluocinolone acetonide</i>	18, 20	<i>gemfibrozil</i>	52	HERCEPTIN HYLECTA.....	117
<i>fluocinolone acetonide body</i>	18	GEMTESA.....	50	HERZUMA.....	117
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	18	<i>generlac</i>	71	HIBERIX.....	44
<i>fluocinonide</i>	18	<i>gengraf</i>	42	HUMIRA.....	47, 48
<i>fluocinonide emulsified base</i>	18	GENOTROPIN.....	23	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	
<i>fluorometholone</i>	64	GENOTROPIN MINIQUICK.....	23	START.....	47
<i>fluorouracil</i>	15, 125	<i>gentak</i>	62	HUMIRA PEN.....	47
<i>fluoxetine hcl</i>	87	<i>gentamicin in saline</i>	105	HUMIRA PEN-CD/UC/HS	
<i>fluphenazine decanoate</i>	90	<i>gentamicin sulfate</i>	19, 62, 106	STARTER.....	47
<i>fluphenazine hcl</i>	90	GENVOYA.....	108	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	
<i>flurbiprofen</i>	98	GILOTRIF.....	117	START.....	47
<i>flurbiprofen sodium</i>	64	<i>glatiramer acetate</i>	75	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS	
<i>fluticasone propionate</i>	18, 132	<i>glatopa</i>	75	START.....	47
<i>fluvastatin sodium</i>	58	GLEOSTINE.....	124	HUMIRA PEN-PSOR/UEIT	
<i>fluvastatin sodium er</i>	58	<i>glimepiride</i>	27	STARTER.....	47
<i>fluvoxamine maleate</i>	86	<i>glipizide</i>	28	HUMULIN R U-500	
<i>fondaparinux sodium</i>	128	<i>glipizide er</i>	28	(CONCENTRATED).....	25
<i>formoterol fumarate</i>	132	<i>glipizide xl</i>	28	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	25
FORTEO.....	32	<i>glipizide-metformin hcl</i>	28	<i>hydralazine hcl</i>	53
FOSAMAX PLUS D.....	32	<i>glycopyrrolate</i>	71	<i>hydrochlorothiazide</i>	56
<i>fosamprenavir calcium</i>	109	<i>glydo</i>	15	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	96
<i>fosinopril sodium</i>	51	GLYXAMBI.....	28	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	96
<i>fosinopril sodium-hctz</i>	51	GOLYTELY.....	71	<i>hydrocortisone</i>	18, 22, 70
FOTIVDA.....	117	GRALISE.....	74	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	15
<i>fulvestrant</i>	126	<i>granisetron hcl</i>	73	<i>hydromorphone hcl</i>	96

<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	49	<i>ipratropium-albuterol</i>	134	<i>kelnor 1/50</i>	36
<i>hydroxyurea</i>	114	<i>irbesartan</i>	55	KERENDIA.....	55
<i>hydroxyzine hcl</i>	135	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	54	<i>ketoconazole</i>	19, 20, 113
<i>hydroxyzine pamoate</i>	135	IRESSA.....	118	<i>ketorolac tromethamine</i>	64
HYSINGLA ER.....	97	<i>irinotecan hcl</i>	114	KEVZARA.....	48
<i>ibandronate sodium</i>	32	ISENTRESS.....	109	KEYTRUDA.....	118
IBRANCE.....	117	ISENTRESS HD.....	109	KINRIX.....	45
<i>ibu</i>	98	<i>isibloom</i>	36	KISQALI (200 MG DOSE).....	118
<i>ibuprofen</i>	98	ISOLYTE-P IN D5W.....	65	KISQALI (400 MG DOSE).....	118
<i>icatibant acetate</i>	127	ISOLYTE-S.....	65	KISQALI (600 MG DOSE).....	118
<i>iclevia</i>	36	ISOLYTE-S PH 7.4.....	65	KISQALI FEMARA (200 MG	
ICLUSIG.....	117	<i>isoniazid</i>	107	DOSE).....	114
IDHIFA.....	117	<i>isosorbide dinitrate</i>	56	KISQALI FEMARA (400 MG	
ILEVRO.....	64	<i>isosorbide mononitrate</i>	56	DOSE).....	114
<i>imatinib mesylate</i>	117	<i>isosorbide mononitrate er</i>	56	KISQALI FEMARA (600 MG	
IMBRUVICA.....	117	<i>isotretinoin</i>	17	DOSE).....	114
<i>imipenem-cilastatin</i>	106	<i>isradipine</i>	57	<i>klor-con</i>	67
<i>imipramine hcl</i>	87	<i>itraconazole</i>	113	<i>klor-con 10</i>	67
<i>imiquimod</i>	16	<i>ivermectin</i>	106	<i>klor-con m10</i>	67
IMOVAX RABIES.....	44	IXIARO.....	44	<i>klor-con m15</i>	67
IMVEXXY MAINTENANCE PACK..	31	JAKAFI.....	118	<i>klor-con m20</i>	67
IMVEXXY STARTER PACK.....	31	<i>jantoven</i>	129	KORLYM.....	23
<i>incassia</i>	36	JANUMET.....	28	KRAZATI.....	118
INCRELEX.....	23	JANUMET XR.....	28	<i>kurvelo</i>	37
INCRUSE ELLIPTA.....	134	JANUVIA.....	28	<i>labetalol hcl</i>	53
<i>indapamide</i>	56	JARDIANCE.....	28	<i>lacosamide</i>	82, 83
INFANRIX.....	44	<i>jasmiel</i>	36	<i>lactated ringers</i>	65
INFLIXIMAB.....	48	<i>javygtor</i>	23	<i>lactulose</i>	71
INGREZZA.....	74	JAYPIRCA.....	118	<i>lactulose encephalopathy</i>	71
INLYTA.....	118	JENTADUETO.....	28	<i>lamivudine</i>	109, 112
INQOVI.....	125	JENTADUETO XR.....	28	<i>lamivudine-zidovudine</i>	108
INREBIC.....	118	<i>jinteli</i>	31	<i>lamotrigine</i>	83
INSULIN PEN NEEDLE.....	25	<i>jolessa</i>	36	<i>lamotrigine er</i>	83
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100		<i>juleber</i>	36	<i>lansoprazole</i>	72
0.3 ML.....	25	JULUCA.....	108	LANTUS.....	25
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100		<i>junel 1.5/30</i>	36	LANTUS SOLOSTAR.....	25
1 ML.....	25	<i>junel 1/20</i>	36	<i>lapatinib ditosylate</i>	118
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100		<i>junel fe 1.5/30</i>	36	<i>larin 1.5/30</i>	37
1/2 ML.....	25	<i>junel fe 1/20</i>	36	<i>larin 1/20</i>	37
INTELENCE.....	109	<i>junel fe 24</i>	36	<i>larin 24 fe</i>	37
INTRALIPID.....	69	KADCYLA.....	118	<i>larin fe 1.5/30</i>	37
INTRON A.....	43	<i>kaitlib fe</i>	36	<i>larin fe 1/20</i>	37
<i>introvale</i>	36	KALYDECO.....	130	<i>latanoprost</i>	63
INVEGA HAFYERA.....	90	KANJINTI.....	118	LATUDA.....	91
INVEGA SUSTENNA.....	90, 91	<i>kariva</i>	36	<i>layolis fe</i>	37
INVEGA TRINZA.....	91	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	65	<i>leena</i>	37
IPOL.....	44	KCL IN DEXTROSE-NACL.....	65	<i>leflunomide</i>	49
<i>ipratropium bromide</i>	134	<i>kelnor 1/35</i>	36	<i>lenalidomide</i>	114

LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) .118	LITHIUM..... 75	MAGNESIUM SULFATE IN D5W.. 66
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) .118	<i>lithium carbonate</i> 74, 75	<i>malathion</i> 17
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) .119	<i>lithium carbonate er</i> 74	<i>maraviroc</i>110
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) .119	LIVALO 59	<i>marlissa</i> 38
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) .119	<i>loestrin 1.5/30 (21)</i> 37	MARPLAN 87
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) .119	<i>loestrin 1/20 (21)</i> 37	MATULANE 114
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ...119	<i>loestrin fe 1.5/30</i> 37	<i>matzim la</i>57
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ...119	<i>loestrin fe 1/20</i> 37	MAVYRET 112
<i>lessina</i> 37	LOKELMA 33	<i>meclizine hcl</i> 73
<i>letrozole</i> 126	LONSURF125	<i>medroxyprogesterone acetate</i> 34, 38
<i>leucovorin calcium</i> 115	<i>loperamide hcl</i> 70	<i>mefloquine hcl</i> 111
LEUKERAN124	<i>lopinavir-ritonavir</i>108	<i>megestrol acetate</i>34, 126
<i>leuprolide acetate</i> 126	<i>lorazepam</i>86	MEKINIST 119
<i>levalbuterol hcl</i> 132	<i>lorazepam intensol</i> 86	MEKTOVI119
<i>levalbuterol tartrate</i> 132	LORBRENA 119	<i>meloxicam</i> 98
LEVEMIR26	<i>loryna</i>37	<i>memantine hcl</i>94
LEVEMIR FLEXPEN25	<i>losartan potassium</i> 55	<i>memantine hcl er</i>94
LEVEMIR FLEXTOUCH 26	<i>losartan potassium-hctz</i> 54	MENACTRA 45
<i>levetiracetam</i>83	LOTEMAX 65	MENQUADFI 45
<i>levetiracetam er</i>83	<i>lovastatin</i> 59	MENVEO 45
<i>levetiracetam in nacl</i> 83	<i>low-ogestrel</i> 37	<i>mercaptopurine</i> 125
<i>levobunolol hcl</i>63	<i>loxapine succinate</i> 91	<i>meropenem</i> 106
<i>levocarnitine</i> 23	<i>lubiprostone</i>70	<i>mesalamine</i> 70
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> ... 135	LUMAKRAS119	<i>mesalamine er</i> 70
<i>levofloxacin</i> 104	LUMIGAN 63	<i>mesalamine-cleanser</i>71
<i>levofloxacin in d5w</i> 104	LUMIZYME 23	MESNEX 115
<i>levonest</i> 37	LUPRON DEPOT (1-MONTH) 126	<i>metadate er</i> 78
<i>levonorgest-eth est & eth est</i> 37	LUPRON DEPOT (3-MONTH) 126	<i>metformin hcl</i> 29
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> ... 37	LUPRON DEPOT-PED (1- MONTH)24	<i>metformin hcl er</i> 29
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>37	LUPRON DEPOT-PED (3- MONTH)24	<i>methadone hcl</i>97
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>37	LUPRON DEPOT-PED (6- MONTH)24	<i>methadone hcl intensol</i> 97
<i>levora 0.15/30 (28)</i> 37	<i>lurasidone hcl</i>91	<i>methazolamide</i>56
<i>levo-t</i>21	<i>lutea</i> 37	<i>methenamine hippurate</i> 106
<i>levothyroxine sodium</i>21	<i>lyleq</i> 37	<i>methimazole</i> 21
<i>levoxyl</i>21	<i>lyllana</i> 32	<i>methotrexate sodium</i> 49, 125
LEXIVA109	LYNPARZA 119	<i>methotrexate sodium (pf)</i>125
<i>lidocaine</i> 15	LYRICA CR75	<i>methsuximide</i> 83
<i>lidocaine hcl</i> 15, 41	LYSODREN126	<i>methylphenidate hcl</i> 78, 79
<i>lidocaine hcl (pf)</i> 41	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) .. 119	<i>methylphenidate hcl er</i> 78
<i>lidocaine viscous hcl</i>15	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) .. 119	<i>methylprednisolone</i> 22
<i>lidocaine-prilocaine</i> 15	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) .. 119	<i>methylprednisolone acetate</i>22
<i>linezolid</i>106	<i>lyza</i>37	<i>methylprednisolone sodium</i> <i>succ</i> 22
<i>linezolid in sodium chloride</i> 106	<i>magnesium sulfate</i> 66	<i>metoclopramide hcl</i> 73
LINZESS 70	MAGNESIUM SULFATE66	<i>metolazone</i> 56
<i>liothyronine sodium</i> 21	<i>magnesium sulfate in d5w</i>66	<i>metoprolol succinate er</i> 53
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>78		<i>metoprolol tartrate</i>53
<i>lisinopril</i> 51		
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> 51		

<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> .53	<i>naloxone hcl</i>77	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>38
<i>metronidazole</i> 16, 50, 106	<i>naltrexone hcl</i> 77	<i>norethindrone</i>38
<i>metirosine</i>53	NAMZARIC..... 94	<i>norethindrone acetate</i>34
<i>mibelas 24 fe</i>38	<i>naproxen</i>98	<i>norethindrone acet-ethinyl est...</i> 38
<i>micafungin sodium</i> 113	<i>naproxen sodium</i> 98	<i>norethindrone-eth estradiol</i> 32
<i>microgestin 1.5/30</i>38	<i>naratriptan hcl</i> 79	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe...</i> 38
<i>microgestin 1/20</i>38	NATACYN..... 62	<i>norethin-eth estradiol-fe</i> 38
<i>microgestin 24 fe</i> 38	<i>nateglinide</i>29	<i>norgestimate-eth estradiol</i>38
<i>microgestin fe 1.5/30</i>38	NATPARA..... 33	<i>norgestim-eth estrad triphasic...</i> 39
<i>microgestin fe 1/20</i>38	NAYZILAM83	NORITATE 16
<i>midodrine hcl</i> 53	<i>nebivolol hcl</i>53	<i>norlyroc</i>39
<i>miglustat</i>24	<i>necon 0.5/35 (28)</i> 38	NORPACE CR.....61
<i>mili</i>38	NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY 26	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> 39
<i>mimvey</i> 32	<i>nefazodone hcl</i>87	<i>nortrel 1/35 (21)</i> 39
<i>minocycline hcl</i> 102	<i>neomycin sulfate</i>106	<i>nortrel 1/35 (28)</i> 39
<i>minoxidil</i> 53	<i>neomycin-bacitracin zn-</i> <i>polymyx</i>62	<i>nortrel 7/7/7</i> 39
<i>mirtazapine</i>87	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i> 61, 62	<i>nortriptyline hcl</i> 88
<i>misoprostol</i> 70	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> .63	NORVIR..... 110
MITIGARE.....99	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> 20, 62	NOVOLIN 70/30..... 26
M-M-R II.....45	<i>neo-polycin</i> 63	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN 26
M-NATAL PLUS.....67	<i>neo-polycin hc</i>62	NOVOLIN N..... 26
<i>modafinil</i>76	NERLYNX..... 120	NOVOLIN N FLEXPEN 26
<i>moexipril hcl</i> 51	NEUPRO..... 95	NOVOLIN R.....26
<i>molindone hcl</i> 91	<i>nevirapine</i> 110	NOVOLIN R FLEXPEN26
<i>mometasone furoate</i> 19, 132	<i>nevirapine er</i> 110	NOVOLOG 26
MONJUVI..... 119	NEXAVAR..... 120	NOVOLOG FLEXPEN 26
<i>mono-linyah</i>38	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i> 59	NOVOLOG MIX 70/30..... 26
<i>montelukast sodium</i> 131	<i>nicardipine hcl</i>58	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN.. 26
<i>morphine sulfate</i>96	NICOTROL..... 77	NOVOLOG PENFILL..... 26
<i>morphine sulfate (concentrate)</i> ..96	NICOTROL NS..... 77	NOXAFIL..... 113
MORPHINE SULFATE (PF).....96	<i>nifedipine er</i>58	NUBEQA.....126
<i>morphine sulfate er</i> 97	<i>nifedipine er osmotic release</i> 58	NUDEXTA..... 75
MOVANTIK.....70	<i>nikki</i> 38	NULOJIX..... 43
<i>moxifloxacin hcl</i> 62, 104	<i>nilutamide</i>126	NUPLAZID 91
MULTAQ..... 61	<i>nimodipine</i> 58	NURTEC.....79
<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i> 66	NINLARO 120	NUTRILIPID69
<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i> 66	<i>nisoldipine er</i> 58	NUZYRA.....102
<i>mupirocin</i> 19	<i>nitazoxanide</i> 106	<i>nyamyc</i> 20
MVASI..... 119	<i>nitisinone</i> 24	<i>nylia 1/35</i>39
<i>mycophenolate mofetil</i>42, 43	NITRO-BID 57	<i>nylia 7/7/7</i> 39
<i>mycophenolate sodium</i> 43	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> 106	NYMALIZE..... 58
MYRBETRIQ.....50	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> 106	<i>nymyo</i> 39
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i> 71	<i>nitroglycerin</i>57	<i>nystatin</i> 15, 20, 113
<i>nabumetone</i> 98	<i>nizatidine</i> 69	<i>nystop</i> 20
<i>nadolol</i>53	<i>nora-be</i> 38	<i>ocella</i> 39
<i>nafacillin sodium</i>103		OCREVUS..... 76
NAGLAZYME 24		OCTAGAM.....42
<i>nalbuphine hcl</i> 97		<i>octreotide acetate</i> 24

ODEFSEY	108	PAMIDRONATE DISODIUM	33	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> ...	29
ODOMZO	120	PANRETIN	16	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i> ..	104
OFEV	130	<i>pantoprazole sodium</i>	72	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ..	120
<i>ofloxacin</i>	20, 63	PANZYGA	42	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ..	120
OGIVRI	120	<i>paraplatin</i>	124	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ..	120
<i>olanzapine</i>	91	<i>paricalcitol</i>	30	<i>pirfenidone</i>	130
<i>olmesartan medoxomil</i>	55	<i>paromomycin sulfate</i>	106	<i>pirmella 1/35</i>	39
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	54	<i>paroxetine hcl</i>	88	<i>piroxicam</i>	98
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	54	<i>paroxetine hcl er</i>	88	PLASMA-LYTE 148	66
<i>olopatadine hcl</i>	64, 135	PEDIARIX	45	PLASMA-LYTE A	66
<i>omeprazole</i>	72	PEDVAX HIB	45	<i>plenamine</i>	69
OMNARIS	132	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	71	PLENVU	71
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5) ..	26	<i>peg-3350/electrolytes</i>	71	<i>podofilox</i>	16
OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5)	26	PEGASYS	112	<i>polycin</i>	63
OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN		PEMAZYRE	120	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	63
3)	26	<i>pemetrexed disodium</i>	125	POMALYST	115
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN		<i>penicillamine</i>	34	<i>portia-28</i>	39
3)	26	PENICILLIN G POT IN DEXTROSE		<i>posaconazole</i>	113
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) ..	26		103	POTASSIUM CHLORIDE	67
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) ..	27	<i>penicillin g potassium</i>	104	<i>potassium chloride</i>	67, 68
OMNIPOD GO	27	PENICILLIN G PROCAINE	104	<i>potassium chloride crys er</i>	68
<i>ondansetron</i>	73	<i>penicillin g sodium</i>	104	<i>potassium chloride er</i>	68
<i>ondansetron hcl</i>	73	<i>penicillin v potassium</i>	104	<i>potassium chloride in nacl</i>	66
ONTRUZANT	120	PENTACEL	45	POTASSIUM CHLORIDE IN NACL	
ONUREG	125	<i>pentamidine isethionate</i>	106		66, 67
OPSUMIT	60	<i>pentoxifylline er</i>	127	<i>potassium citrate er</i>	49
ORGOVYX	126	<i>perindopril erbumine</i>	51	<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	67
ORKAMBI	130	<i>periogard</i>	15	PRALUENT	59
ORSERDU	126	<i>permethrin</i>	17	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	95
<i>oseltamivir phosphate</i>	112	<i>perphenazine</i>	92	<i>pramipexole dihydrochloride er</i> ..	95
OTEZLA	48	PERSERIS	92	<i>prasugrel hcl</i>	129
<i>oxacillin sodium</i>	103	<i>pfizerpen</i>	104	<i>pravastatin sodium</i>	59
<i>oxaliplatin</i>	124	<i>phenelzine sulfate</i>	88	<i>praziquantel</i>	106
<i>oxaprozin</i>	98	<i>phenobarbital</i>	83	<i>prazosin hcl</i>	55
<i>oxcarbazepine</i>	83	<i>phenobarbital sodium</i>	83	<i>prednisolone</i>	22
<i>oxybutynin chloride</i>	50	PHENYTEK	83	<i>prednisolone acetate</i>	65
<i>oxybutynin chloride er</i>	50	<i>phenytoin</i>	83, 84	<i>prednisolone sodium phosphate</i> ..	22
<i>oxycodone hcl</i>	97	<i>phenytoin sodium</i>	84	PREDNISOLONE SODIUM	
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	97	<i>phenytoin sodium extended</i>	84	PHOSPHATE	65
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		PHESGO	120	<i>prednisone</i>	22
MG/DOSE)	29	<i>philith</i>	39	PREDNISONE INTENSOL	22
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	29	PIFELTRO	110	<i>pregabalin</i>	84
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	29	<i>pilocarpine hcl</i>	15, 63	PREHEVBRIO	45
<i>pacerone</i>	61	<i>pimozide</i>	92	PREMASOL	69
<i>paclitaxel</i>	124	<i>pimtrea</i>	39	PRENATAL VITAMIN WITH	
<i>paclitaxel protein-bound part</i> ...	124	<i>pindolol</i>	54	FOLIC ACID GREATER THAN 0.8	
<i>paliperidone er</i>	92	<i>pioglitazone hcl</i>	29	MG ORAL TABLET	68
<i>pamidronate disodium</i>	33	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	29	<i>prevalite</i>	59

PREVYMIS.....	112	<i>raloxifene hcl</i>	24	RUKOBIA.....	110
PREZCOBIX.....	108	<i>ramipril</i>	52	RYBELSUS.....	29
PREZISTA.....	110	<i>ranolazine er</i>	53	RYDAPT.....	120
PRIFTIN.....	107	<i>rasagiline mesylate</i>	95	<i>sajazir</i>	127
PRILOSEC.....	72	RAYALDEE.....	30	SANDIMMUNE.....	43
PRIMAQUINE PHOSPHATE.....	111	<i>reclipsen</i>	39	SANTYL.....	16
<i>primaquine phosphate</i>	111	RECOMBIVAX HB.....	45	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	24
<i>primidone</i>	84	RECTIV.....	16	SAVELLA.....	75
PRIORIX.....	45	REGRANEX.....	16	SAVELLA TITRATION PACK.....	75
PRIVIGEN.....	42	RELENZA DISKHALER.....	112	SCSEMBLIX.....	120
<i>probenecid</i>	99	RELISTOR.....	70	<i>scopolamine</i>	73
<i>prochlorperazine</i>	73	REMICADE.....	48	SECUADO.....	92
<i>prochlorperazine edisylate</i>	73	RENFLEXIS.....	48	<i>selegiline hcl</i>	95
<i>prochlorperazine maleate</i>	73	<i>repaglinide</i>	29	<i>selenium sulfide</i>	20
PROCRIIT.....	128	RESTASIS.....	61	SELZENTRY.....	110
<i>procto-med hc</i>	16	RESTASIS MULTIDOSE.....	61	SEREVENT DISKUS.....	132
<i>proctosol hc</i>	16	RETEVMO.....	120	<i>sertraline hcl</i>	88
<i>proctozone-hc</i>	16	REVLIMID.....	115	<i>setlakin</i>	39
PROGRAF.....	43	REXULTI.....	92	<i>sevelamer carbonate</i>	32
PROLASTIN-C.....	130	REYATAZ.....	110	<i>sharobel</i>	39
PROLENSA.....	65	REZLIDHIA.....	120	SHINGRIX.....	46
PROLIA.....	33	REZUROCK.....	43	SIGNIFOR.....	24
PROMACTA.....	127	RHOPRESSA.....	64	<i>sildenafil citrate</i>	60
<i>promethazine hcl</i>	73	<i>ribavirin</i>	112	<i>silodosin</i>	50
<i>propafenone hcl</i>	61	<i>rifabutin</i>	107	<i>silver sulfadiazine</i>	20
<i>propafenone hcl er</i>	61	<i>rifampin</i>	108	SIMBRINZA.....	64
<i>proparacaine hcl</i>	61	<i>riluzole</i>	75	<i>simliya</i>	39
<i>propranolol hcl</i>	54	<i>rimantadine hcl</i>	112	<i>simpesse</i>	39
<i>propranolol hcl er</i>	54	RINVOQ.....	48	<i>simvastatin</i>	59
<i>propylthiouracil</i>	21	<i>risedronate sodium</i>	33	<i>sirolimus</i>	43
PROQUAD.....	45	RISPERDAL CONSTA.....	92	SIRTURO.....	108
PROSOL.....	69	<i>risperidone</i>	92	SIVEXTRO.....	106
<i>protriptyline hcl</i>	88	<i>ritonavir</i>	110	SKYRIZI.....	48
PULMICORT FLEXHALER.....	133	<i>rivastigmine</i>	94	SKYRIZI PEN.....	48
PULMOZYME.....	130	<i>rivastigmine tartrate</i>	94	<i>sodium chloride</i>	16, 67
PURIXAN.....	125	<i>rivelsa</i>	39	<i>sodium fluoride chew, tab, 1.1</i>	
<i>pyrazinamide</i>	107	<i>rizatriptan benzoate</i>	79, 80	<i>(0.5 f) mg/ml soln</i>	68
<i>pyridostigmine bromide</i>	75	ROCKLATAN.....	64	SODIUM OXYBATE.....	76
QINLOCK.....	120	<i>roflumilast</i>	130	<i>sodium phenylbutyrate</i>	24
QUADRACEL.....	45	<i>ropinirole hcl</i>	95	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	34
<i>quetiapine fumarate</i>	92	<i>ropinirole hcl er</i>	95	<i>solifenacin succinate</i>	50
<i>quetiapine fumarate er</i>	92	<i>rosuvastatin calcium</i>	59	SOLQUA.....	27
<i>quinapril hcl</i>	51	ROTARIX.....	46	SOLTAMOX.....	127
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	51	ROTATEQ.....	46	SOLU-CORTEF.....	22
<i>quinidine sulfate</i>	61	<i>roweepra</i>	84	SOMATULINE DEPOT.....	24
<i>quinine sulfate</i>	111	ROZLYTREK.....	120	SOMAVERT.....	25
RABAVERT.....	45	RUBRACA.....	120	<i>sorafenib tosylate</i>	120
<i>rabeprazole sodium</i>	72	<i>rufinamide</i>	84	<i>sorine</i>	61

<i>sotalol hcl</i>	61	TAGRISSO.....	121	<i>timolol maleate</i>	54, 64
<i>sotalol hcl (af)</i>	61	TALTZ.....	49	TIVICAY.....	110
<i>spironolactone</i>	55	TALZENNA.....	121	TIVICAY PD.....	110
<i>spironolactone-hctz</i>	56	<i>tamoxifen citrate</i>	127	<i>tizanidine hcl</i>	74
<i>sprintec 28</i>	39	<i>tamsulosin hcl</i>	50	TOBRADEX.....	62
SPRITAM.....	84	<i>tarina 24 fe</i>	39	TOBRADEX ST.....	62
SPRYCEL.....	121	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	39	<i>tobramycin</i>	63, 107
<i>sps</i>	34	TASIGNA.....	121	<i>tobramycin sulfate</i>	107
<i>sronyx</i>	39	<i>tasimelteon</i>	76	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	62
<i>ssd</i>	20	<i>tazarotene</i>	19	<i>tolterodine tartrate</i>	50
STELARA.....	48, 49	<i>tazicef</i>	100	<i>tolterodine tartrate er</i>	50
<i>sterile water for irrigation</i>	16	TAZORAC.....	19	<i>topiramate</i>	84
STIVARGA.....	121	<i>taztia xt</i>	58	<i>toremifene citrate</i>	127
<i>streptomycin sulfate</i>	107	TAZVERIK.....	121	<i>torsemide</i>	56
STRIBILD.....	108	TDVAX.....	46	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	27
<i>subvenite</i>	84	TECENTRIQ.....	121	TOUJEO SOLOSTAR.....	27
<i>sucralfate</i>	70	TECFIDERA.....	76	TPN ELECTROLYTES.....	67
<i>sulfacetamide sodium</i>	63	TEFLARO.....	100	TRADJENTA.....	30
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	17	<i>telmisartan</i>	55	<i>tramadol hcl</i>	97
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	62	<i>telmisartan-amlodipine</i>	55	<i>tramadol-acetaminophen</i>	97
<i>sulfadiazine</i>	107	<i>telmisartan-hctz</i>	55	<i>trandolapril</i>	52
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	107	<i>temazepam</i>	76	<i>tranexamic acid</i>	128
SULFAMYLON.....	20	TENIVAC.....	46	<i>tranylcypromine sulfate</i>	88
<i>sulfasalazine</i>	71	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ...	110	TRAVASOL.....	69
<i>sulindac</i>	98	TEPMETKO.....	121	<i>travoprost (bak free)</i>	64
<i>sumatriptan</i>	80	<i>terazosin hcl</i>	55	TRAZIMERA.....	121
<i>sumatriptan succinate</i>	80	<i>terbinafine hcl</i>	113	<i>trazodone hcl</i>	88
<i>sumatriptan succinate refill</i>	80	<i>terbutaline sulfate</i>	132	TRECATOR.....	108
<i>sunitinib malate</i>	121	<i>terconazole</i>	51	TRELEGY ELLIPTA.....	134
SUNLENCA.....	110	TERIPARATIDE (RECOMBINANT).33		<i>treprostinil</i>	60
SUPREP BOWEL PREP KIT.....	71	<i>testosterone</i>	31	TRESIBA.....	27
<i>syeda</i>	39	<i>testosterone cypionate</i>	30	TRESIBA FLEXTOUCH.....	27
SYMBICORT.....	133	<i>testosterone enanthate</i>	30	<i>tretinoin</i>	17, 114
SYMDEKO.....	130	<i>tetrabenazine</i>	75	TREXALL.....	49
SYMPAZAN.....	84	<i>tetracycline hcl</i>	102	<i>triamcinolone acetonide</i>	15, 19
SYMTUZA.....	109	THALOMID.....	115	<i>triamterene-hctz</i>	56
SYNAREL.....	32	THEO-24.....	130	<i>trientine hcl</i>	34
SYNJARDY.....	29	<i>theophylline</i>	131	<i>tri-estarylla</i>	40
SYNJARDY XR.....	29, 30	<i>theophylline er</i>	130, 131	<i>trifluoperazine hcl</i>	93
SYNRIBO.....	114	<i>thioridazine hcl</i>	93	<i>trifluridine</i>	63
SYNTHROID.....	21	<i>thiothixene</i>	93	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	95
TABLOID.....	125	<i>tiadylt er</i>	58	TRIJARDY XR.....	30
TABRECTA.....	121	<i>tiagabine hcl</i>	84	TRIKAFTA.....	131
<i>tacrolimus</i>	16, 43	TIBSOVO.....	121	<i>tri-legest fe</i>	40
<i>tadalafil (pah)</i>	60	TICOVAC.....	46	<i>tri-linyah</i>	40
TADLIQ.....	60	<i>tigecycline</i>	102	<i>tri-lo-estarylla</i>	40
TAFINLAR.....	121	TIGECYCLINE.....	102	<i>tri-lo-marzia</i>	40
		<i>tilia fe</i>	39	<i>tri-lo-mili</i>	40

<i>tri-lo-sprintec</i>	40	<i>vancomycin hcl</i>	107	<i>vyfemla</i>	40
<i>trimethoprim</i>	107	VANCOMYCIN HCL IN NACL.....	107	<i>vylibra</i>	40
<i>tri-mili</i>	40	VANFLYTA.....	122	VYVANSE.....	79
<i>trimipramine maleate</i>	88	VAQTA.....	46	VYZULTA.....	64
TRINTELLIX.....	88	<i>varenicline tartrate</i>	77	<i>warfarin sodium</i>	129
<i>tri-nymyo</i>	40	<i>varenicline tartrate (starter)</i>	77	WELIREG.....	114
<i>tri-sprintec</i>	40	VARIVAX.....	46	<i>wera</i>	40
TRIUMEQ.....	109	VASCEPA.....	60	<i>wymzya fe</i>	40
TRIUMEQ PD.....	109	<i>velivet</i>	40	XALKORI.....	122
<i>trivora (28)</i>	40	VELPHORO.....	32	XARELTO.....	129
<i>tri-vylibra</i>	40	VELTASSA.....	34	XARELTO STARTER PACK.....	129
<i>tri-vylibra lo</i>	40	VEMLIDY.....	112	XATMEP.....	49
TRIZIVIR.....	109	VENCLEXTA.....	122	XCOPRI.....	85
TROGARZO.....	110	VENCLEXTA STARTING PACK.....	122	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)....	85
TROPHAMINE.....	69	<i>venlafaxine hcl</i>	88	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)....	85
<i>trospium chloride</i>	50	<i>venlafaxine hcl er</i>	88	XELJANZ.....	49
TRULICITY.....	30	VENTAVIS.....	60	XELJANZ XR.....	49
TRUMENBA.....	46	VENTOLIN HFA.....	132	XERMELO.....	70
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE).....	121	<i>verapamil hcl</i>	58	XGEVA.....	33
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE).....	121	<i>verapamil hcl er</i>	58	XHANCE.....	132
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE).....	121	VERSACLOZ.....	93	XIFAXAN.....	70
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE).....	122	VERZENIO.....	122	XIGDUO XR.....	30
TRUXIMA.....	122	<i>vestura</i>	40	XOLAIR.....	131
TUKYSA.....	122	V-GO 20.....	27	XOSPATA.....	122
TURALIO.....	122	V-GO 30.....	27	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	122
TWINRIX.....	46	V-GO 40.....	27	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	122
TYBOST.....	110	VICTOZA.....	30	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	123
<i>tydemy</i>	40	<i>vienna</i>	40	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	123
TYMLOS.....	33	<i>vigabatrin</i>	85	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	123
TYPHIM VI.....	46	<i>vigadrone</i>	85	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	123
TYRVAYA.....	61	VIIBRYD.....	88	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	123
<i>unithroid</i>	21	VIIBRYD STARTER PACK.....	88	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	123
<i>ursodiol</i>	70	<i>vilazodone hcl</i>	88	XTANDI.....	127
<i>valacyclovir hcl</i>	112	VIMPAT.....	85	<i>xulane</i>	40
VALCHLOR.....	16	<i>vincristine sulfate</i>	125	XULTOPHY.....	27
<i>valganciclovir hcl</i>	112	<i>vinorelbine tartrate</i>	125	XYREM.....	76
<i>valproate sodium</i>	84	<i>violele</i>	40	YF-VAX.....	46
<i>valproic acid</i>	85	VIRACEPT.....	111	<i>yuvafem</i>	32
<i>valsartan</i>	55	VIREAD.....	111	<i>zafemy</i>	40
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	55	VITRAKVI.....	122	<i>zafirlukast</i>	131
VALTOCO 10 MG DOSE.....	85	VIVITROL.....	77	ZARXIO.....	128
VALTOCO 15 MG DOSE.....	85	VIZIMPRO.....	122	ZEJULA.....	123
VALTOCO 20 MG DOSE.....	85	VONJO.....	122		
VALTOCO 5 MG DOSE.....	85	<i>voriconazole</i>	113, 114		
		VOSEVI.....	112		
		VOTRIENT.....	122		
		VRAYLAR.....	93		
		VUMERITY.....	76		

ZELBORAF	123
ZEMAIRA	131
<i>zenatane</i>	17
ZENPEP	72
ZERVIATE	64
<i>zidovudine</i>	111
ZIEXTENZO	128
<i>ziprasidone hcl</i>	93
<i>ziprasidone mesylate</i>	93
ZIRABEV	123
ZIRGAN	63
<i>zoledronic acid</i>	33
ZOLINZA	123
<i>zolmitriptan</i>	80
<i>zolpidem tartrate</i>	76
ZONISADE	85
<i>zonisamide</i>	85
<i>zovia 1/35 (28)</i>	40
ZTALMY	86
<i>zumandimine</i>	40
ZYCLARA PUMP	16
ZYDELIG	123
ZYKADIA	123
ZYLET	62
ZYPITAMAG	59
ZYPREXA RELPREVV	93

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
 - 기타 형식의 서면 정보(대형 활자본, 오디오, 이용 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 다음과 같은 모국어가 영어가 아닌 사람들에게 제공되는 무료 언어 서비스:
 - 유자격 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요한 경우 Wellcare by Health Net에 **1-800-431-9007**번으로 연락하십시오. 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 8시~오후 5시, 월요일~금요일. 또는, 들을 수 없거나 잘 말할 수 없는 경우 **TTY 711**번으로 전화하십시오.
- **서면:** 불만 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 **www.wellcare.com/healthnetCA**를 방문하십시오.

시민권리 사무국 – California 보건복지부

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

- **전화:** **1-916-440-7370**번으로 전화하십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우 **TTY 711 (통신 릴레이 서비스)**번으로 전화해 주십시오.
- **서면:** 불만 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
불만 접수 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 받아보실 수 있습니다.
- **전자:** **CivilRights@dhcs.ca.gov**로 이메일을 보내십시오.

시민권리 사무국 – 미국 보건복지부

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별로 인해 차별을 당했다고 생각되는 경우, 미국 보건복지부 시민권리 사무국에 서면 또는 전자적으로 시민권리 불만도 접수할 수 있습니다.

- **전화:** **1-800-368-1019**번으로 전화하십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우, **TTY/TDD 1-800-537-7697**번으로 전화해 주십시오.
- **서면:** 불만 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
불만 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 받아보실 수 있습니다.
- **전자:** 시민권리 사무국 불만 포털 웹페이지
<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.

العربية (Arabic): 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.

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **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:

ភាសាខ្មែរ (Cambodian): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាខ្មែរសម្រាប់សម្ភារៈសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431- 9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

中文 (Chinese): 注意: 如果您需要以您母语提供的协助, 请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。我们也为残疾人士提供辅助和服务, 例如点字和大字体印刷的文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务为免费服务。

فارسی (Farsi): توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خودتان دارید با شماره **1-800-431-9007** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت نیز در دسترس است, مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت. با شماره **1-800-431-9007** (TTY **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

हिंदी (Hindi): 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.

Lus Hmoob (Hmong): TSEEM CEEB: : Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv Ua Ntawv Su thiab cov ntawv loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese): 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。

한국어(Korean): 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.

ພາສາລາວ (Laotian): ສຳຄັນ: ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ໂທ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ

Mienh (Mien): 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 buatc 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.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪੰਗਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਛਾਪੇ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

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

Español (Spanish): 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): PAALALA: 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.

ภาษาไทย (Thai): หมายเหตุ: หากต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทรไปท **1-800-431-9007** (TTY: **711**) เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ ด้วยเช่นกัน โปรดโทรไปที่ **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Українська (Ukrainian): 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.

Tiếng Việt (Vietnamese): 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 cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.

차별 금지 공지

차별은 위법 행위입니다. Wellcare는 주 및 연방 시민법을 준수합니다. Wellcare는 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 인종 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체적 장애, 의학적 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성, 성적 취향을 이유로 사람을 불법적으로 차별하거나, 제외하거나, 다르게 대우하지 않습니다.

Wellcare는 다음을 제공합니다.

- 다음과 같은 장애인의 더 나은 의사소통에 도움이 되는 무료 지원과 서비스:
 - 유자격 수화 통역사
 - 기타 형식의 서면 정보(대형 활자본, 오디오, 이용 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 다음과 같은 모국어가 영어가 아닌 사람들에게 제공되는 무료 언어 서비스:
 - 유자격 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요한 경우 Wellcare에 **1-866-999-3945**번으로 전화하여 연락하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 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

6261 Katella Ave., # 100

Cypress, CA 90630

1-866-999-3945

TTY: 711

고충 접수 방법

Wellcare가 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 성별, 인종, 색상, 종교, 혈통, 국내 출신, 인종 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체적 장애, 건강 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:** **1-866-999-3945**로 가입자 서비스부에 연락하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 또는, 듣지 못하거나 잘 말할 수 없는 경우 **TTY 711**번으로 전화해 주십시오.
- **서면:** 불만 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 다음 주소로 보내십시오.
Wellcare Health Plans, Inc.
Grievance Department
P.O. Box 31384
Tampa, FL 33631-3384
- **직접:** 담당 의사의 진료실 또는 Wellcare를 방문하여 고충을 접수하고 싶다고 말씀하십시오.
- **전자:** Wellcare의 웹사이트 **www.wellcare.com/medicare**를 방문하십시오.

시민권리 사무국 – California 보건복지부

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

- **전화:** **1-916-440-7370**번으로 전화하십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우 **TTY 711(통신 릴레이 서비스)**번으로 전화해 주십시오.
- **서면:** 불만 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
불만 접수 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 받아보실 수 있습니다.
- **전자:** **CivilRights@dhcs.ca.gov**로 이메일을 보내십시오.

시민권리 사무국 – 미국 보건복지부

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별로 인해 차별을 당했다고 생각되는 경우, 미국 보건복지부 시민권리 사무국에 서면 또는 전자적으로 시민권리 불만도 접수할 수 있습니다.

- **전화:** **1-800-368-1019**번으로 전화하십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우, **TTY/TDD 1-800-537-7697**번으로 전화해 주십시오.
- **서면:** 불만 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
불만 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 받아보실 수 있습니다.
- **전자:** 시민권리 사무국 불만 포털 웹페이지
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를 방문하십시오.

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-866-999-3945** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available.

Call **1-866-999-3945** (TTY: **711**). These services are free of charge.

العربية (Arabic): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-866-999-3945** (TTY: **711**) تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-866-999-3945** (TTY: **711**) وهذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian): Ուշադրություն. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-866-999-3945** (TTY: **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-866-999-3945** (TTY: **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

ភាសាខ្មែរ (Cambodian): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាខ្មែរ ឬសម្លេងស្តីពីការប្រើប្រាស់ **1-866-999-3945** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងព័ត៌មានអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-866-999-3945** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

中文 (Chinese): 注意: 如果您需要以您母语提供的协助, 请致电 **1-866-999-3945** (TTY: **711**)。我们也为残疾人士提供辅助和服务, 例如点字和大字体印刷的文件。请致电 **1-866-999-3945** (TTY: **711**)。这些服务为免费服务。

فارسی (Farsi): توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خودتان دارید با شماره **1-866-999-3945** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت نیز در دسترس است, مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت. با شماره **1-866-999-3945** (TTY: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-866-999-3945** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-866-999-3945** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Lus Hmoob (Hmong): TSEEM CEEB: : Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau **1-866-999-3945** (TTY: **711**). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv Ua Ntawv Su thiab cov ntawv loj. Hu rau **1-866-999-3945** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese): 注意: 言語のヘルプが必要な場合は **1-866-999-3945** (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。 **1-866-999-3945** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어(Korean): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-866-999-3945** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-866-999-3945**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian): ສຳຄັນ: ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທ **1-866-999-3945** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນ ນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ໂທ **1-866-999-3945** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ

Mienh (Mien): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-866-999-3945** (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 **1-866-999-3945** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ **1-866-999-3945** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪੰਗਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਛਾਪੇ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-866-999-3945** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-866-999-3945** (телетайп: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-866-999-3945** (телетайп: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-866-999-3945** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-866-999-3945** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): PAALALA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-866-999-3945** (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 **1-866-999-3945** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai): หมายเหตุ: หากต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทรไปท **1-866-999-3945** (TTY: **711**) เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ ด้วยเช่นกัน โปรดโทรไปที่ **1-866-999-3945** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-866-999-3945** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-866-999-3945** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-866-999-3945** (TTY: **711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Hãy gọi số **1-866-999-3945** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.



12/01/2023 업데이트

최신 정보 또는 기타 문의 사항이 있는 경우, Wellcare Dual Align 001 가입자 서비스부에 **1-866-999-3945** 또는 Wellcare Dual Align 129 가입자 서비스부에 **1-888-431-9007**(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 상담이 가능합니다. 또는 Wellcare Dual Align 001의 경우 www.wellcare.com/medicare 또는 Wellcare Dual Align 129의 경우 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

Medicare^{Rx}
Prescription Drug Coverage