



Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)

Medicare Medi-Cal 계획

2025 보장 의약품 목록(의약품 목록 또는 처방집)

참고: 본 문서는 당사가 본 계획에서 보장하는 의약품에 대한 정보를 포함하고 있습니다.

HPMS 승인 처방집 서류 제출 ID, 00025316 버전 번호 15.

이 처방집은 07/01/2025 일에 업데이트되었습니다.

자세한 내용이나 기타 문의 사항에 대해서는 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 월~금)에 전화하거나 MolinaHealthcare.com/Medicare에서 확인하십시오.

소개

본 문서는 **보장 의약품 목록**(또는 **의약품 목록**)이라고 합니다. 여기서는 Molina Medicare Complete Care Plus에서 보장되는 처방약에 대한 정보를 담고 있습니다. 또한 **의약품 목록**은 Molina Medicare Complete Care Plus에서 보장하는 의약품에 적용되는 특별한 규정 또는 제한 사항에 대한 정보를 제공합니다. 주요 용어와 그 정의는 **회원 핸드북**의 마지막 장에 있습니다.

차례

A. 고지 사항	3
B. 자주 묻는 질문(FAQ)	9
B1. 어떤 처방약이 보장 의약품 목록 에 있나요? (보장 의약품 목록 은 줄여서 “ 의약품 목록 ”이라고 합니다.)	9
B2. 의약품 목록 이 바뀌지는 않나요?	10
B3. 의약품 목록 이 바뀌면 어떤 일들이 발생하나요?	10
B4. 의약품 보장에 있어서 어떤 제약이나 제한이 없나요? 또는 특정 의약품을 받기 위해 취해야 하는 조치는 없나요?	12
B5. 원하는 의약품에 제한이 있거나 의약품을 받기 위해 별도 조치를 취해야 하는지를 어떻게 알 수 있나요?	12
B6. Molina Medicare Complete Care Plus에서 일부 의약품에 대한 보장 방식(사전 허가, 투여량 제한 및 단계적 치료법 제한 등)에 대한 규정을 바꿀 경우 어떻게 되나요?	12
B7. 의약품 목록 에서 특정 의약품을 찾고 싶으면 어떻게 해야 하나요?	13
B8. 찾는 의약품이 의약품 목록 에 없을 경우에는 어떻게 하나요?	13
B9. Molina Medicare Complete Care Plus의 새로운 회원인데 찾는 의약품이 의약품 목록 에 없거나 해당 의약품을 구하는 데 어려움이 있을 땐 어떻게 해야 하나요?	13
B10. 의약품 보장 예외 인정을 요청할 수 있나요?	14
B11. 예외 인정을 어떻게 요청할 수 있나요?	14
B12. 예외를 인정받기까지 얼마나 오래 걸리나요?	15
B13. 복제 의약품이란 무엇인가요?	15
B14. 원조 생물학적 제품이란 무엇이며 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까?	15

질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.



B15. Molina Medicare Complete Care Plus는 의약품 OTC 제품을 보장합니까?.....	16
B16. Molina Medicare Complete Care Plus는 장기 처방 공급을 보장합니까?	16
B17. 제가 사는 지역 약국에서 저희 집으로 처방전을 전달받을 수 있습니까?.....	16
B18. 자기부담금이란 무엇인가요?	16
C. 보장 의약품 목록의 개요	16
C1. 의학적 상태에 따른 의약품 목록.....	17
D. 보장 의약품 색인	102

A. 고지 사항

Molina Medicare Complete Care Plus에서 지원받을 수 있는 약품 목록입니다.

- ❖ Molina Medicare Complete Care Plus의 최신 **보장 의약품 목록** 언제나 MolinaHealthcare.com/Medicare에서 온라인으로 확인하거나, 또는 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화료는 무료입니다.
- ❖ 이 문서는 큰 활자, 점자 또는 오디오와 같은 여러 형식으로 무료로 제공됩니다. (800) 665-3086, TTY: 711, 번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다.
- ❖ Molina Healthcare는 Medicare 계약을 맺은 C-SNP, D-SNP 및 HMO 플랜입니다. D-SNP 플랜은 주(state) Medicaid 프로그램과 계약을 맺었습니다. 가입은 계약 갱신 여부에 달려 있습니다.
- ❖ 미연방 민권법을 준수하는 Molina Healthcare(Molina)는 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 국적, 민족 정체성, 연령, 심신 장애, 질병, 유전 정보, 혼인 여부, 성 구분, 성 정체성, 성적 지향에 따라 차별하지 않습니다.

Molina Healthcare는 고객님께서 당사와 효과적으로 소통하실 수 있도록 다음과 같은 서비스를 적시에 무료로 제공해 드립니다.

- Molina Healthcare는 장애인에게 합리적인 수정 및 적절한 지원과 서비스를 제공합니다. 여기에는 다음이 포함됩니다. (1) 자격 있는 통역사 (2) 다른 형식의 정보(큰 활자, 오디오, 사용 가능한 전자 형식 자료, 점자)
- Molina Healthcare는 기타 언어를 사용하거나 영어 구사 능력이 낮은 회원을 위한 언어 서비스를 제공해 드립니다. 여기에는 다음이 포함됩니다. (1) 자격 있는 구두 통역사 (2) 귀하가 사용하는 언어로 번역된 정보.

회원님께 이러한 서비스가 필요하다면, Molina Member Services Member Services, 1-800-665-3086 또는 TTY/TDD 711번으로 전화하십시오.

나이, 피부색, 장애, 국적, 인종 또는 성별을 이유로 차별을 받았다고 생각이 드시면 고충을 제기할 수 있습니다. 고충은 직접 방문하거나 전화, 우편, 이메일 또는 온라인을 통해 접수하실



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

수 있습니다. 고객님의 고충을 작성하는 데 도움이 필요하시면 당사가 도와드립니다. 당사 웹사이트 <https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx> 를 방문하셔서 고충 처리 절차를 알아보시거나 당사 시민권 조정자에게 전화1-866-606-3889, TTY/TDD: 711 또는 아래의 주소로 고충을 제출하실 수 있습니다.

Civil Rights Unit
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
이메일: civil.rights@molinahealthcare.com
웹 사이트: <https://molinahealthcare.Alertline.com>

또한 미국 보건복지부 시민권 사무국(U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights)에 시민권 불만 사항(고충)을 온라인 시민권 불만 사항 포털(Civil Rights Complaint Portal) <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>을 통해서나 우편이나 전화로 제출할 수 있습니다.

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

불만 사항 양식은 <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>에서 구하실 수 있습니다.

전화, 서신, 이메일을 통해 California Department of Health Care Services(캘리포니아주 보건국) 산하 Office of Civil Rights(민권 사무소)에 민권 관련 불만 사항을 접수하실 수도 있습니다.

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
전화번호: 916-440-7370(Telecommunications Relay Service(통신중계서비스) 이용은 711)
이메일: CivilRights@dhcs.ca.gov

불만 제기 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 구하실 수 있습니다.

CALIFORNIA EAE 이용 가능 여부 통지

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-855-665-4627 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711). These services are free.

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فيرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات لذوي الاحتياجات الخاصة، مثل الوثائق بلغة برايل والطباعة بأحرف كبيرة. يرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Ձեր լեզվով օգնության դեպքում, գանգահարե՛ք 1-855-665-4627 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաճախողաների համար հասանելի են նաև աջակցման ծառայություններ, օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլյան և խոշոր տառերով: Զանգահարե՛ք 1-855-665-4627, (TTY՝ 711): Ծառայությունները գործում են անվճար:

請注意：如果您需要語言方面的協助，請撥打 1-855-665-4627 (TTY: 711)。我們也向身心障礙人士提供輔助及服務，例如點字與大字體文件。請撥打 1-855-665-4627 (TTY: 711)。這些服務均為免費。



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਅਸਮਰਥਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

ਧਿਆਨ ਦੇਂ: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता हो, तो 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। वविकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं मुफ्त हैं।

THOV MUAB SIAB RAU: Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus, hu rau 1-855-665-4627 (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 1-855-665-4627 (TTY: 711). Lawv cov kev pab cuam yog muab pab dawb xwb.

注記：母国語によるサポートが必要な場合は、1-855-665-4627 (TTY : 711)

までご連絡ください。点字による文書や大きな活字で印刷した文書など、障がいのある方への支援やサービスもご利用いただけます。ご利用を希望される場合は、1-855-665-4627 (TTY : 711) までご連絡ください。これらのサービスはいずれも無料です。

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-855-665-4627(TTY: 711)로 문의 바랍니다. 점자 및 큰 글자 문서와 같이 장애가 있는 사용자를 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-855-665-4627(TTY: 711)로 문의 바랍니다. 서비스 이용은 무료입니다.

ຂ້ອນເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອກທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາເບີ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.

UA ZOO SAIB: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711). Dhau li no lawm kuj muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv xuas thiab luam ua tus ntawv loj. Hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711). Cov kev pab cuam no yog muab yam tsis xam nqi.

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនដែលមានពិការភាព ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងជាពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

توجه: اگر میخواهید راهنماییها را به زبان خودتان دریافت کنید، با شماره 1-855-665-4627 (شماره 711 TTY) تماس بگیرید. وسائل و خدمات کمکی مخصوص افراد مبتال به معلولیت، مانند اسناد به خط بریل و چاپ با حروف درشت نیز در دسترس هستند. برای دریافت این خدمات با شماره 1-855-665-4627 (شماره 711 TTY) تماس بگیرید. این خدمات به صورت رایگان ارائه می شوند.

ВНИМАНИЕ! Если вам необходима информация на вашем языке, позвоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Для людей с инвалидностью также предоставляются услуги и информация в доступном формате — например, документы шрифтом Брайля или крупным шрифтом.

 질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

Звоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al

1-855-665-4627 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking print. Tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Ang mga serbisyong ito ay libre.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711) รวมถึงยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารอักษรภาษาเบรลล์และตัวพิมพ์ใหญ่อีกด้วย โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Крім того, ви можете отримати допоміжні засоби й послуги для осіб з особливими потребами, як-от документи, надруковані шрифтом Брайля або великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Hiện chúng tôi cũng có sẵn các phương tiện hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi và chữ in cỡ lớn. Hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Những dịch vụ này đều miễn phí.

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

B. 자주 묻는 질문(FAQ)

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

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

섹션 C1로 시작하는 **보장 의약품 목록**에 있는 의약품은 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에서 보장하는 의약품입니다. 해당 의약품은 저희 네트워크 내 약국에서 구매 가능합니다. 회원에게 서비스를 제공하기로 저희와 계약을 체결한 약국은 저희 네트워크 소속 약국입니다. 이러한 약국들은 “네트워크 약국”이라고 합니다.

일부 일반 의약품(OTC) 및 특정 비타민과 같은 다른 의약품은 Medi-Cal Rx에서 보장받을 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹 사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터 800-977-2273로 전화 문의하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방전을 받으실 때는 Medi-Cal 수혜자 식별 카드(BIC)를 지참하시기 바랍니다.

- Molina Medicare Complete Care Plus는 다음과 같은 경우에 **의약품 목록**에 있는 모든 의학적으로 필수적인 의약품을 보장합니다.
 - 의사 또는 처방자가 건강 상태 호전 또는 유지되기 위해 의약품이 필요하다고 말한 경우,
 - Molina Medicare Complete Care Plus는 해당 의약품이 회원님께 의학적으로 필요하다는 데 동의하고, **그리고**
 - 회원님은 Molina Medicare Complete Care Plus 네트워크 약국에서 처방전을 받으시는 경우.
- 어떤 경우에는 의약품을 받으시려면 해야 할 사항이 있습니다. 더 자세한 정보는 질문 B4를 참조하십시오.



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

저희 웹사이트 MolinaHealthcare.com/Medicare에서 최신 의약품 목록을 찾아보시거나 전화 (800) 665-3086, TTY:s 711, 번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오.

B2. 의약품 목록이 바뀌지는 않나요?

예, 바뀝니다. Molina Medicare Complete Care Plus는 목록을 변경할 때 Medicare 및 Medi-Cal 규칙을 따라야 합니다. 연중 *의약품 목록*에 의약품을 추가하거나 삭제할 수 있습니다.

의약품에 대한 규정을 바꿀 수도 있습니다. 예를 들어,

- 의약품에 대한 사전 허가를 요구하거나 요구하지 않기로 결정하거나 (사전 허가는 의약품을 받기 전에 Molina Medicare Complete Care Plus에서 허가를 받는 것입니다)
- 받을 의약품의 양(투여량 제한)을 추가 또는 변경하거나,
- 의약품에 대한 단계적 치료법의 제한 사항을 추가 또는 변경할 수 있습니다. (단계적 치료법이란 다른 의약품을 받기 이전에 특정 의약품을 먼저 시도해야 한다는 것을 의미합니다.)

이러한 의약품 규정에 대한 자세한 정보는 질문 B4를 참조하십시오.

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

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

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

- MolinaHealthcare.com/Medicare에서 온라인으로 언제나 Molina Medicare Complete Care Plus의 최신 *의약품 목록*을 확인하실 수 있습니다. *의약품 목록* 업데이트는 웹사이트에 매월 게시됩니다.
- 회원 서비스 전화 (800) 665-3086, TTY: 711, 번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 전화하셔서 현재 *의약품 목록*을 확인하실 수 있습니다.

B3. 의약품 목록이 바뀌면 어떤 일들이 발생하나요?

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

- **의약품의 특정 버전의 대체.** 당사가 해당 의약품을 특정 신약 버전으로 ~~대체~~하는 경우 *의약품 목록*에서 의약품을 즉시 제외할 수 있지만 회원님이 신약에 지불하시는 비용은 \$0으로 유지됩니다. 새로운 의약품 버전을 추가할 경우 기존의 브랜드 의약품 또는 원조 생물학적 제품을 목록에 유지하되 보장 또는 제한을 변경하기로 결정할 수도 있습니다.

- 이러한 변경이 이루어지기 전에 미리 알려드리지 않을 수는 있으나, 변경이 이루어진 후에는 구체적인 변경 내용에 대한 정보를 바로 보내드립니다.
- 당사가 추가하는 의약품이 다음과 같은 경우에만 당사는 이러한 변경을 할 수 있습니다.
 - 브랜드명 의약품의 새로운 버전의 복제 의약품인 경우, 또는
 - *의약품 목록*에 있는 원조 생물학적 제품의 특정 바이오시밀러의 새로운 버전인 경우(예: 새로운 처방전 없이 원조 생물학적 제품을 대체할 수 있는 상호 교환 가능한 바이오시밀러의 추가).
 - 이러한 의약품 유형 중 일부는 고객님의게 생소할 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 B14를 참조하십시오.
- 회원님 또는 회원님의 제공자는 이러한 변경에 대해 예외 조항을 요청할 수 있습니다. 예외 인정을 요청하기 위한 단계들에 대한 안내를 보내드릴 예정입니다. 예외 사항에 대한 자세한 정보는 질문 B10-B12를 참조하십시오.
- **해당 의약품이 시장에서 없어진 경우.** FDA(식품의약품국)가 회원님이 복용하는 의약품이 안전하지 않거나 효과적이지 않다고 결정하거나 의약품의 제조사가 시장에서 철수할 경우, 저희는 해당 의약품을 *의약품 목록*에서 즉시 삭제할 수 있습니다. 회원님께서 의약품을 복용하실 경우, 변경을 한 후 회원님께 통보문을 발송해 드릴 것입니다. 의사 또는 기타 처방자와 상의하여 회원님께 안전한 대안을 찾으십시오.

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

- FDA가 새로운 지침을 제공하거나 의약품에 대한 새로운 임상적 지침서가 있을 경우.
- 새로운 의약품이 아닌 복제 의약품을 시장에 추가할 때 당사가 *의약품 목록*에서 브랜드 의약품을 제거할 경우, 또는
- 바이오시밀러를 추가할 때 당사가 원조 생물학적 제품을 제거할 경우.
- 브랜드 의약품에 대한 급여 규정이나 제한을 변경할 경우.

이러한 변동 사항이 발생할 경우,

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



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

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

- 대체할 수 있는 유사한 의약품이 *의약품 목록*에 있는지 또는
- 이러한 변동에 대해서 예외 인정을 요청해야 하는지 여부. 예외 사항에 대해 더 자세히 알아보려면 질문 B10-B12을 참조하십시오.

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

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

- **사전 허가:** 일부 의약품의 경우 회원님 혹은 회원님의 담당의나 처방자가 처방약을 제조하기 이전에 Molina Medicare Complete Care Plus으로부터 허가를 받아야 합니다. 사전 허가는 의뢰와 다릅니다. Molina Medicare Complete Care Plus는 고객님의께서 사전 허가를 받지 않으신 경우에는 의약품을 보장해 드리지 못할 수 있습니다.
- **수량 제한:** Medicare Complete Care Plus에서 회원님께서 복용하실 수 있는 의약품의 양에 제한을 둘 수도 있습니다.
- **단계적 치료법:** 때로는 Molina Medicare Complete Care Plus에서 단계별 치료를 요구할 수도 있습니다. 이는 회원님의 의학적 상태를 위해 의약품들을 특정 순서로 복용해야 함을 의미합니다. 다른 의약품을 보장받기에 앞서 특정 의약품들을 복용해야 할 수 있습니다. 회원님의 처방자가 첫 번째 의약품이 회원님께 효과적이지 않다고 판단할 경우 두 번째 의약품을 보장해 드립니다.

섹션 C1의 표에서 찾는 의약품에 대한 추가적인 요구 사항이나 제한 사항을 확인하실 수 있습니다. 또한 저희 웹사이트 MolinaHealthcare.com/Medicare에 방문하셔서 더 많은 정보를 얻을 수도 있습니다. 당사는 사전 허가 및 단계적 치료법 제한에 관해 설명하는 온라인 문서를 게시했습니다.s 문서 사본을 보내달라고 요청하실 수 있습니다.

이러한 제한 사항으로부터의 예외 인정을 요청할 수 있습니다. 이 기간 동안 회원님께서서는 담당의나 처방자와 충분히 이야기 나눌 수 있으실 것입니다. 담당의나 처방자는 대체할 수 있는 *의약품 목록*에 있는 유사한 의약품나 예외 조항에 대한 요청 여부를 결정할 때 도움을 줄 수 있습니다. 예외 사항에 대한 자세한 정보는 질문 B10-B12을 참조하십시오.

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

의학적 상태에 따라 다른 의약품 목록 표에 “사용 시 필수 항목, 제약 및 제한 사항”이라고 표기된 열이 있습니다.

B6. Molina Medicare Complete Care Plus에서 일부 의약품에 대한 보장 방식(사전 허가, 투여량 제한 및 단계적 치료법 제한 등)에 대한 규정을 바꿀 경우 어떻게 되나요?

일부 경우에는 의약품에 대한 사전 허가, 투여량 제한 및 단계적 치료법 제한 사항을 추가하거나 변경할 경우 미리 안내해 드립니다. 이러한 사전 안내를 받지 못한 경우 또는 *의약품 목록*이 변경되었으나 미리 안내를 받지 못할 경우에 대한 자세한 정보는 질문 B3을 참조하십시오.

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

특정 의약품을 찾는 방법에는 두 가지가 있습니다.

- 알파벳순으로 검색할 수 있습니다, 또는
- 의학적 상태를 기준으로 검색할 수 있습니다.

알파벳순으로 검색할 경우, 보장 의약품 색인 섹션에서 찾고자 하시는 의약품을 찾으십시오. 섹션 D에서 찾으실 수 있습니다.

의학적 상태로 검색할 경우, 섹션 C1의 “의학적 상태에 따른 의약품 목록”이라고 표기된 섹션을 찾으십시오. 이 섹션의 의약품들은 치료를 위해 사용하는 의학적 상태의 유형에 따라 카테고리 분류되어 있습니다. 예를 들어, 심장 질환의 경우 심혈관(Cardiovascular) 카테고리를 찾아보셔야 합니다. 해당 카테고리에서 심장 질환을 치료하기 위한 의약품들을 찾아볼 수 있습니다.

B8. 찾는 의약품이 의약품 목록에 없을 경우에는 어떻게 하나요?

찾으시는 의약품을 *의약품 목록*에서 찾을 수 없는 경우, 회원 서비스 (800) 665-3086, TTY: 711, 번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 회원 서비스로 문의하시기 바랍니다. Molina Medicare Complete Care Plus가 해당 의약품을 보장하지 않음을 확인했을 경우, 다음을 할 수 있습니다.

- *회원 서비스*에 회원님이 찾는 의약품과 비슷한 의약품의 목록 요청하십시오. 그 후 해당 목록을 담당의 또는 처방자에게 보여 주십시오. 의사나 처방자가 *의약품 목록*에 있는 의약품 중 찾는 의약품과 비슷한 의약품을 처방해 드릴 수 있습니다. 또는
- Molina Medicare Complete Care Plus에 해당 의약품에 대한 보장을 예외 조항으로 인정해 달라고 요청할 수 있습니다. 예외 사항에 대한 자세한 정보는 질문 B10-B12을 참조하십시오.

B9. Molina Medicare Complete Care Plus의 새로운 회원인데 찾는 의약품이 의약품 목록에 없거나 해당 의약품을 구하는 데 어려움이 있을 땐 어떻게 해야 하나요?

저희가 도와드릴 수 있습니다. 회원님이 Molina Medicare Complete Care Plus 회원이시라면 최초 90일 기간 중 회원님의 의약품에 대한 31일간의 임시 조제를 보장해 드릴 수 있습니다. 이 기간 동안 회원님께서서는 담당의나 처방자와 충분히 이야기 나눌 수 있으실 것입니다. 담당의나 처방자는 대체할 수 있는 *의약품 목록*에 있는 유사한 의약품나 예외 조항에 대한 요청 여부를 결정할 때 도움을 줄 수 있습니다.

처방 기간이 짧을 경우, 여러 번의 재조제를 허용하여 최대 31일의 처방을 보장하겠습니다.



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

31일간의 의약품 공급은 다음의 경우에 제공됩니다.

- 의약품 목록에 없는 의약품을 복용할 경우, 또는
- 당사의 플랜 규정에서 담당 처방자에 의해 처방된 양만큼의 복용을 제한할 경우, 또는
- 의약품이 Molina Medicare Complete Care Plus의 사전 허가가 필요한 경우, 또는
- 단계적 치료법의 제한이 있는 의약품을 복용할 경우

고객님께서 Molina Medicare Complete Care Plus에서 파트 D에 해당하는 의약품으로 간주하지 않는 의약품을 복용하고 계시고, 해당 의약품이 의약품 목록에 없으며 의약품을 구하시는 데 문제가 있는 경우, Medi-Cal Rx를 통해 보장을 받으실 수 있습니다. 파트 D의 제외 의약품에 대한 예외가 필요하고 응급 상황이 발생한 경우 Medi-Cal Rx는 최소 72시간 분량의 의약품 공급을 허용합니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹 사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터 800-977-2273로 전화 문의하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방전을 받으실 때는 Medi-Cal BIC 지침하시기 바랍니다.

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

- 회원님이 Molina Medicare Complete Care Plus의 신규 회원인지 여부와 상관없이 회원님께서 필요로 하시는 의약품에 대한 1회의 31일 간의 공급(처방 기간이 더 짧은 경우 제외)을 제공해 드리겠습니다.
- 이는 Molina Medicare Complete Care Plus의 회원에게 제공되는 처음 90일간의 일시적 공급분과 함께 제공됩니다.

Molina Medicare Complete Care Plus는 회원 가입 후 최초 90일의 기간 중 언제든지 장기 치료 환경에 있는 회원에게 가입자의 보장 발효일로부터 최소 31일간의 임시 조제를 허용합니다(단, 31일 미만 기간의 공급에 대해 처방전이 작성되었거나 안전상의 이유 또는 승인된 제품 분류에 따른 의약품 용법 변경으로 분량이 제한되어 처방된 분량보다 적게 조제해 Molina Medicare Complete Care Plus에서 최대 31일간의 의약품 치료를 제공하기 위한 복수의 조제를 허용하는 경우는 제외됩니다).

B10. 의약품 보장 예외 인정을 요청할 수 있나요?

네. Molina Medicare Complete Care Plus에 의약품 목록에 없는 의약품 보장에 대한 예외 인정을 요청할 수 있습니다.

또한 회원님의 의약품에 관한 규정을 변경해 달라고 요청할 수도 있습니다.

- 예를 들어, Molina Medicare Complete Care Plus는 저희가 보장할 의약품의 양을 제한할 수도 있습니다. 회원님의 의약품에 제한이 있다면, 제한 사항을 변경하고 더 많이 보장하도록 요청할 수 있습니다.
- 다른 예시: 단계적 치료법 제한이나 사전 허가 요구 조건을 완화하도록 요구할 수 있습니다.

B11. 예외 인정을 어떻게 요청할 수 있나요?

예외 인정을 요청하려면 **회원 서비스**로 전화해 주십시오. 회원 서비스 대표는 회원님의 예외 인정 요청에 관해 도움을 드리기 위해 회원님 그리고 회원님의 처방자와 협력합니다. 또한 **회원 핸드북**의 9장 섹션 G2을 읽어보시면 예외 사항에 대해 더 자세히 알 수 있습니다.

B12. 예외를 인정받기까지 얼마나 오래 걸리나요?

당사는 귀하의 예외 요청을 지원하는 처방자로부터 진술서를 받은 후 72시간 이내에 결정을 내립니다. 고객님의 주치의 또는 기타 처방자가 (866) 290-1309로 이를 뒷받침하는 진술서를 팩스 또는 우편으로 보낼 수 있습니다. 또한 전화로 알려주신 후에 진술서를 팩스 또는 우편으로 보내주셔도 됩니다.

처방자 진술서를 다음 주소로 보내주십시오.

Molina Healthcare
Attn: Pharmacy Department
7050 S Union Park Center, Suite 600
Midvale, Utah 84107

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

B13. 복제 의약품이란 무엇인가요?

복제 의약품이란 브랜드 의약품과 동일한 유효성분으로 제조된 약품입니다. 일반적으로 브랜드 의약품보다 저렴하고 일반적으로 효과가 좋습니다. 일반적으로 잘 알려진 이름이 아닙니다. 복제 의약품은 FDA(식품의약품)의 승인을 받습니다. 많은 브랜드 의약품에 대해 복제 의약품이 존재합니다. 복제 의약품은 일반적으로 주법에 따라 새로운 처방전 없이도 약국에서 브랜드 의약품을 대체할 수 있습니다.

Molina Medicare Complete Care Plus는 브랜드 의약품과 복제 의약품을 모두 보장합니다.

B14. 원조 생물학적 제제이란 무엇이며 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까?

저희가 의약품이라고 칭할 때는 의약품 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다. 생물학적 제제는 일반적인 의약품보다 더 복잡한 의약품입니다. 생물학적 제제는 일반적인 의약품보다 훨씬 복잡하기 때문에 복제약 형태 대신 바이오시밀러라고 하는 형태가 있습니다. 일반적으로 바이오시밀러는 원조 생물학적 제제만큼 효과가 좋고 비용은 덜 들일 수 있습니다. 일부 원조 생물학적 제제에 대해서는 바이오시밀러 대체제가 존재합니다. 일부 바이오시밀러는 서로 교환 가능한 바이오시밀러이며, 주법에 따라 약국에서 새로운 처방전 없이도 원조 생물학적 제제를 대체할 수 있습니다. 복제 의약품이 브랜드 의약품을 대체할 수 있는 것과 마찬가지로입니다.

의약품 유형에 대한 자세한 내용은 **회원 핸드북**의 **제5장**을 참조하십시오.



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

B15. Molina Medicare Complete Care Plus는 의약품 OTC 제품을 보장합니까?

Molina Medicare Complete Care Plus는 고객님의 제공자가 처방전으로 작성한 일부 의약품 OTC 제품은 보장합니다.

Molina Medicare Complete Care Plus *의약품 목록*을 통해 어떤 의약품 OTC 제품이 보장되는지 확인하실 수 있습니다.

B16. Molina Medicare Complete Care Plus는 장기 처방 공급을 보장합니까?

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

B17. 제가 사는 지역 약국에서 저희 집으로 처방전을 전달받을 수 있습니까?

고객님이 계시는 지역 약국에서 팩으로 처방전을 보내드릴 수 있습니다. 약국에 전화하여 송달이 가능한지 확인해 보실 수 있습니다.

B18. 자기부담금이란 무엇인가요?

Molina Medicare Complete Care Plus 회원은 플랜 규칙을 따르는 경우 처방전 및 OTC 의약품과 의약품 OTC 제품을 제공받으시게 됩니다. OTC 의약품과 의약품에 대한 자세한 내용은 질문 B15 및 B16을 참조하십시오.

단계는 저희 *의약품 목록*에 있는 의약품의 그룹입니다.

- 1단계 복제 의약품은 본인부담금이 \$0입니다.
- 1단계 브랜드 의약품은 본인부담금이 \$0입니다.

모든 단계가 본인부담금이 없습니다.

OTC는 본인부담금이 \$0입니다.

문의 사항은 ☎(800) 665-3086, TTY: 711, 번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오.

C. 보장 의약품 목록의 개요

*보장 의약품 목록*에는 Molina Medicare Complete Care Plus에서 보장하는 의약품에 대한 정보가 실려있습니다. 목록에서 의품을 찾는 데 어려움이 있으시면 섹션 D부터 시작하는 보장 의약품 색인을 참조하십시오. 이 색인에는 Molina Medicare Complete Care Plus에서 보장하는 모든 의약품이 알파벳순으로 나열되어 있습니다.

일부 일반 의약품(OTC) 및 특정 비타민과 같은 다른 의약품은 Medi-Cal Rx에서 보장받을 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹 사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터 800-977-2273로 전화 문의하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방전을 받으실 때는 Medi-Cal 수혜자 식별 카드(BIC)를 지참하시기 바랍니다.

Part D에 따른 이의제기

- 이의제기란 저희가 실수했다고 판단될 경우 회원님께서 회원님의 보장에 대한 결정을 재고하고 변경하기를 요청하는 공적인 방법입니다.
- 예를 들어, 저희가 회원님이 원하는 의약품을 Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장하지 않거나 더 이상 보장하지 않도록 결정할 수 있습니다.
- 만약 회원님 또는 회원님의 처방자가 저희의 본 결정에 대해 반대한다면 이의를 제기하실 수 있습니다. 더 문의할 사항이 있으신 경우, 회원 서비스에 (800) 665-3086, TTY: 711, 번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오.
- 또한 *회원 핸드북*의 **제9장**을 읽어보시면 결정에 대한 이의제기 방법에 대해 더 자세히 알 수 있습니다.
- 파트 D 의약품이 아닌 의약품은 이의제기에 대한 규정이 다릅니다.

C1. 의학적 상태에 따른 의약품 목록

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

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

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

QL = 분량 제한: 플랜에서 보장하는 의약품의 양입니다.

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

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

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

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

_ = 비-파트 D 의약품, 또는 Medicaid에서 보장하는 OTC 품목.



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

NDS = 비장기 공급: 받을 수 있는 공급 일수가 제한됩니다.

표의 첫 열에 의약품 이름이 나열되어 있습니다. 복제 의약품은 목록에 소문자 이탤릭체로 표시되고(예: *metformin hcl*), 브랜드 의약품은 대문자로 표시됩니다(예: JANUVIA TABS). "사용 시 필수 항목, 제약 및 제한 사항" 열의 정보를 통해 Molina Medicare Complete Care Plus에 해당 의약품 보장 규칙이 있는지 여부를 알 수 있습니다.

MOLINA_CY25_1T_SNP_PMOD eff 07/01/2025

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

ANALGESICS**GOUT**

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

MISCELLANEOUS

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

NSAIDS

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

OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING

<i>buprenorphine</i> PTWK 5mcg/hr, 7.5mcg/hr, 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr	1	QL (4 patches / 28 days), PA
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr, 87.5mcg/hr, 100mcg/hr	1	QL (10 patches / 30 days), PA



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 100mg, 120mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	1	QL (450 mL / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml	1	QL (90 mL / 30 days), PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
OXYCONTIN T12A 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING</i>		
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	1	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	1	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	1	
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 5-325mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 10-325mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	1	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> LIQD 1mg/ml	1	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	1	B/D
<i>morphine sulfate</i> SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 100mg/5ml	1	QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	1	
<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml	1	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl TABS 50mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)

ANTI-INFECTIVES

ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS

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



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	1	
IMPAVIDO CAPS 50mg	1	NDS, PA
ivermectin TABS 3mg	1	QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid SOLN 600mg/300ml</i>	1	
<i>linezolid SUSR 100mg/5ml</i>	1	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid TABS 600mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	1	
<i>meropenem SOLR 1gm, 500mg</i>	1	
<i>methenamine hippurate TABS 1gm</i>	1	
<i>metronidazole SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>neomycin sulfate TABS 500mg</i>	1	
<i>nitazoxanide TABS 500mg</i>	1	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal CAPS 50mg, 100mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohyd macro CAPS 100mg</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inh SOLR 300mg</i>	1	B/D
<i>pentamidine isethionate inj SOLR 300mg</i>	1	
<i>polymyxin b sulfate SOLR 500000unit</i>	1	
<i>praziquantel TABS 600mg</i>	1	
<i>pyrimethamine TABS 25mg</i>	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>streptomycin sulfate SOLR 1gm</i>	1	NDS
<i>sulfadiazine TABS 500mg</i>	1	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	1	
<i>tinidazole TABS 250mg, 500mg</i>	1	
TOBI PODHALER CAPS 28mg	1	NDS, NM, PA
<i>tobramycin NEBU 300mg/5ml</i>	1	NDS, NM, PA
<i>tobramycin sulfate SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	1	
<i>trimethoprim TABS 100mg</i>	1	
<i>vancomycin hcl CAPS 125mg</i>	1	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl CAPS 250mg</i>	1	QL (160 caps / 180 days)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 1.25gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	1	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	1	
VANCOMYCIN INJ 500MG	1	
VANCOMYCIN INJ 750MG	1	
ANTIFUNGALS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	1	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	1	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	1	NDS, B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	1	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	1	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	1	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	1	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	1	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	1	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	1	PA
<i>micafungin sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	1	
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	1	
<i>posaconazole</i> SUSP 40mg/ml	1	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	1	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies after a 90 day supply in a calendar year
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg	1	PA
<i>voriconazole</i> SUSR 40mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 28 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	1	QL (480 tabs / 30 days)
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
ANTIMALARIALS		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 62.5-25 mg	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg	1	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	1	



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
COARTEM TAB 20-120MG	1	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	1	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	1	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	1	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	1	PA
ANTI-RETROVIRAL AGENTS		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	1	NM
APTIVUS CAPS 250mg	1	NDS, NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	1	NM
<i>darunavir</i> TABS 600mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir</i> TABS 800mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT TABS 25mg	1	NDS, NM
<i>efavirenz</i> TABS 600mg	1	NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	1	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	1	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	1	NDS, NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	1	NDS, NM
FUZEON SOLR 90mg	1	NDS, NM
INTELENCE TABS 25mg	1	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	1	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	1	NDS, NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	1	NDS, NM
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	1	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	1	NDS, NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	1	NM
NORVIR PACK 100mg	1	NM
PIFELTRO TABS 100mg	1	NDS, NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	1	NDS, QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TABS 75mg	1	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	1	NDS, NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	1	NM
RUKOBIA TB12 600mg	1	NDS, NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml	1	NDS, NM
SUNLENCA TABS 300mg; TBPK 300mg	1	NDS, NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	1	NM

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TIVICAY TABS 10mg	1	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	1	NDS, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	1	NDS, NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	1	NDS, NM
TYBOST TABS 150mg	1	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	1	NDS, NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	NDS, NM
zidovudine CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	1	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	1	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	1	NDS, NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	1	NDS, NM
CIMDUO TAB 300-300	1	NDS, NM
COMPLERA TAB	1	NDS, NM
DELSTRIGO TAB	1	NDS, NM
DESCOVY TAB 120-15MG	1	NDS, NM
DESCOVY TAB 200/25MG	1	NDS, NM
DOVATO TAB 50-300MG	1	NDS, NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	1	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	1	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	1	NM
EVOTAZ TAB 300-150	1	NDS, NM
GENVOYA TAB	1	NDS, NM
JULUCA TAB 50-25MG	1	NDS, NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	1	NM



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	1	NM
ODEFSEY TAB	1	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 800-150	1	NDS, NM
STRIBILD TAB	1	NDS, NM
SYMTUZA TAB	1	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	1	NM
TRIUMEQ TAB	1	NDS, NM
ANTITUBERCULAR AGENTS		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	1	NDS
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	1	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg</i>	1	
PRIFTIN TABS 150mg	1	
<i>pyrazinamide TABS 500mg</i>	1	
<i>rifabutin CAPS 150mg</i>	1	
<i>rifampin CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg</i>	1	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	1	NDS, NM, PA
TRECTOR TABS 250mg	1	
ANTIVIRALS		
<i>acyclovir CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium SOLN 50mg/ml</i>	1	B/D
<i>adefovir dipivoxil TABS 10mg</i>	1	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	1	NDS, NM, ST
<i>entecavir TABS .5mg, 1mg</i>	1	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	1	NDS, NM, PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	1	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	1	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 400-100	1	NDS, NM, PA
<i>famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ganciclovir sodium SOLR 500mg</i>	1	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	1	NDS, NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	1	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	1	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	1	NDS, NM, PA
<i>lamivudine (hbv) TABS 100mg</i>	1	NM
LIVTENCITY TABS 200mg	1	NDS, QL (336 tabs / 28 days), NM, PA
MAVYRET PAK 50-20MG	1	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	1	NDS, NM, PA
<i>oseltamivir phosphate CAPS 30mg</i>	1	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate CAPS 45mg, 75mg</i>	1	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate SUSR 6mg/ml</i>	1	QL (1080 mL / year)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PAXLOVID PAK	1	QL (22 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 150-100	1	QL (40 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 300-100	1	QL (60 tabs / 90 days)
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	1	QL (6 inhalers / year)
ribavirin (hepatitis c) CAPS 200mg; TABS 200mg	1	NM
rimantadine hydrochloride TABS 100mg	1	
valacyclovir hcl TABS 1gm, 500mg	1	
valganciclovir hcl SOLR 50mg/ml	1	NDS
valganciclovir hcl TABS 450mg	1	
VOSEVI TAB	1	NDS, NM, PA
XOFLUZA TBPB 40mg, 80mg	1	QL (1 tab / 180 days)
CEPHALOSPORINS		
cefaclor CAPS 250mg, 500mg	1	
cefadroxil CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	1	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	1	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	1	
cefazolin sodium SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	1	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%	1	
cefdinir CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
cefepime hcl SOLR 1gm, 2gm	1	
cefixime CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	1	
cefotetan disodium SOLR 1gm, 2gm	1	
cefoxitin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm	1	
cefpodoxime proxetil SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	1	
cefprozil SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1	



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	1	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	1	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	1	NDS
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	1	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	1	NDS
e.e.s. 400 TABS 400mg	1	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	1	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	1	
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	1	
FLUOROQUINOLONES		
<i>ciprofloxacin</i> 200 mg/100ml in d5w	1	
<i>ciprofloxacin</i> 400 mg/200ml in d5w	1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 250 mg/50ml	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 500 mg/100ml	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 750 mg/150ml	1	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	1	
<i>moxifloxacin hcl</i> 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj	1	
PENICILLINS		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 200-28.5 mg/5ml	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 250-62.5 mg/5ml	1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	1	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	1	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	
<i>BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml</i>	1	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	1	
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	1	NDS
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	1	
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	1	
<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</i>	1	
<i>penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>pfizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	1	



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	1	
TETRACYCLINES		
<i>doxy 100 SOLR 100mg</i>	1	
<i>doxycycline (monohydrate) CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg</i>	1	
<i>minocycline hcl CAPS 50mg, 75mg, 100mg</i>	1	
NUZYRA SOLR 100mg	1	NDS, NM
NUZYRA TABS 150mg	1	NDS, QL (30 tabs / 14 days), NM
<i>tetracycline hcl CAPS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>tigecycline SOLR 50mg</i>	1	NDS
ANTINEOPLASTIC AGENTS		
ALKYLATING AGENTS		
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml	1	NDS, B/D, NM
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, B/D, NM
<i>carboplatin SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml</i>	1	B/D
<i>cisplatin SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml</i>	1	B/D
<i>cyclophosphamide CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg</i>	1	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	1	NDS, B/D, NM
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml	1	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide SOLR 2gm</i>	1	NDS, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	1	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	1	NDS, B/D
FRINDOVYX SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	1	NDS, B/D, NM
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	1	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	1	NDS, NM
LEUKERAN TABS 2mg	1	NDS
<i>oxaliplatin SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg</i>	1	B/D
<i>oxaliplatin SOLR 100mg</i>	1	NDS, B/D
VIVIMUSTA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, B/D, NM

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	1	NDS, B/D, NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	1	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	1	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	1	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	1	NDS, QL (5 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 15-6.14	1	NDS, QL (100 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 20-8.19	1	NDS, QL (80 tabs / 28 days), NM, PA
<i>mercaptopurine</i> SUSP 2000mg/100ml	1	NDS, NM
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	1	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	1	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	1	NDS, QL (14 tabs / 28 days), NM, PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	1	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	1	NDS, NM
TABLOID TABS 40mg	1	NDS
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abiraterone acetate</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abirtega</i> TABS 250mg	1	QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 50/500MG	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 100/500	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	1	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	1	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	1	NM, PA
ERLEADA TABS 60mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ERLEADA TABS 240mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
EULEXIN CAPS 125mg	1	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	1	
FIRMAGON SOLR 80mg	1	NM, PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	1	NDS, NM, PA
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	1	NDS, B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	1	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	1	NM, PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	1	NDS, NM, PA
LYSODREN TABS 500mg	1	NDS, NM
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	1	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	1	NDS
NUBEQA TABS 300mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ORGOVYX TABS 120mg	1	NDS, NM, PA
ORSERDU TABS 86mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
ORSERDU TABS 345mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	1	NDS
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	1	PA
XTANDI CAPS 40mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 40mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 80mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	1	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 50mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 100mg	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
bexarotene CAPS 75mg	1	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
doxorubicin hcl SOLN 2mg/ml	1	B/D
doxorubicin hcl liposomal SUSP 2mg/ml	1	NDS, B/D
hydroxyurea CAPS 500mg	1	
irinotecan hcl SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	1	B/D
IWILFIN TABS 192mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
MATULANE CAPS 50mg	1	NDS, NM
tretinoin (chemotherapy) CAPS 10mg	1	NDS
WELIREG TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
MITOTIC INHIBITORS		
docetaxel CONC 20mg/ml	1	B/D
docetaxel CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	NDS, B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	NDS, B/D
DOCIVYX SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	NDS, B/D, NM
etoposide SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	1	B/D
paclitaxel CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	1	B/D
paclitaxel inj 100mg	1	NDS, B/D, NM
vincristine sulfate SOLN 1mg/ml	1	B/D
vinorelbine tartrate SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	1	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TABS 30mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG PAK	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
AUGTYRO CAPS 40mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAPS 160mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BALVERSA TABS 3mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TABS 4mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TABS 5mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	1	NM, PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	1	NDS, NM, PA
BOSULIF CAPS 50mg	1	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
BOSULIF CAPS 100mg	1	NDS, QL (150 caps / 25 days), NM, PA
BOSULIF TABS 100mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
BOSULIF TABS 400mg, 500mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
CALQUENCE CAPS 100mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
CALQUENCE TABS 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TABS 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TABS 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 100MG	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 140MG	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COTELLIC TABS 20mg	1	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

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



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	1	NDS, NM, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	1	NDS, NM, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	1	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 70mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 140mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	1	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IMKELDI SOLN 80mg/ml	1	NDS, QL (280 mL / 28 days), NM, PA
INLYTA TABS 1mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
INLYTA TABS 5mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
INREBIC CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ITOVEBI TABS 3mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ITOVEBI TABS 9mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 50mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	1	NDS, B/D, NM
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, NM, PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	1	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

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



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
LUMAKRAS TABS 120mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 240mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 320mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg	1	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml	1	NDS, QL (1260 mL / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS 2mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS .5mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
MEKTOVI TABS 15mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
MONJUVI SOLR 200mg	1	NDS, NM, PA
NERLYNX TABS 40mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	1	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
OGSIVEO TABS 50mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
OJEMDA SUSR 25mg/ml	1	NDS, QL (96 mL / 28 days), NM, PA
OJEMDA TABS 100mg	1	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
<i>pazopanib hcl</i> TABS 200mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PHESGO SOL	1	NDS, NM, PA

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPk 200mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPk 150mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
QINLOCK TABS 50mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAPS 40mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAPS 80mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 80mg, 120mg, 160mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 25mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 110mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 160mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REZLIDHIA CAPS 150mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ROMVIMZA CAPS 14mg, 20mg, 30mg	1	NDS, QL (8 caps / 28 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 200mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK PACK 50mg	1	NDS, QL (336 packets / 28 days), NM, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
RYDAPT CAPS 25mg	1	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA
SCSEMBLIX TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCSEMBLIX TABS 40mg	1	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
SCSEMBLIX TABS 100mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
STIVARGA TABS 40mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TAFINLAR TBSO 10mg	1	NDS, QL (900 tabs / 30 days), NM, PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .25mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 50mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
TAZVERIK TABS 200mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TECENTRIQ INJ HYBREZA	1	NDS, QL (1 vial / 21 days), NM, PA
TEPMETKO TABS 225mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
TIBSOVO TABS 250mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>torpenz</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	1	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, PA
TRUQAP TBPK 160mg, 200mg	1	NDS, QL (4 packs / 28 days), NM, PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	1	NDS, NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
TURALIO CAPS 125mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 10mg	1	QL (112 tabs / 28 days), NM, PA

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VENCLEXTA TABS 50mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VENCLEXTA TAB START PK	1	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 25mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 100mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	1	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
VONJO CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VORANIGO TABS 10mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
VORANIGO TABS 40mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 20mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 150mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
XOSPATA TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPk 10mg	1	NDS, QL (16 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPk 40mg	1	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) TBPk 40mg	1	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) TBPk 60mg	1	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) TBPk 20mg	1	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPk 40mg	1	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) TBPk 20mg	1	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) TBPk 50mg	1	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ZELBORAF TABS 240mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	1	NDS, NM, PA
ZOLINZA CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ZYKADIA TABS 150mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA

PROTECTIVE AGENTS

<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	1	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	1	
<i>mesna</i> TABS 400mg	1	NDS
MESNEX TABS 400mg	1	NDS

CARDIOVASCULAR

ACE INHIBITOR COMBINATIONS

<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5- 12.5 mg</i>	1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

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



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO CAP 6-6MG	1	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO CAP 15-16MG	1	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO TAB 24-26MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 49-51MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 97-103MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 320mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 150mg/3ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg</i>	1	
<i>disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg</i>	1	
<i>dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	1	NM
<i>flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg</i>	1	
<i>MULTAQ TABS 400mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pacerone TABS 100mg, 200mg, 400mg</i>	1	
<i>propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg</i>	1	
<i>sotalol hcl TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg</i>	1	
<i>sotalol hcl (afib/afl) TABS 80mg, 120mg, 160mg</i>	1	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg</i>	1	
<i>fenofibrate micronized CAPS 67mg, 134mg, 200mg</i>	1	
<i>gemfibrozil TABS 600mg</i>	1	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	1	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	1	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	1	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLETOL TABS 180mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLIZET TAB 180/10MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	1	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
REPATHA SOSY 140mg/ml	1	NM, PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	1	NM, PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	1	NM, PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	1	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	1	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	1	
BETA-BLOCKERS		
<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	1	
<i>atenolol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>betaxolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>carvedilol</i> TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1	
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	1	
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>nebivolol hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl</i> TABS 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	1	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	1	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	1	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	1	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	1	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	1	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	1	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	1	
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 120mg, 180mg, 200mg, 240mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml; TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	1	
DIURETICS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	1	



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	1	
<i>amiloride hcl TABS 5mg</i>	1	
<i>bumetanide SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>chlorthalidone TABS 25mg, 50mg</i>	1	
<i>furosemide SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>furosemide inj SOLN 10mg/ml</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>indapamide TABS 1.25mg, 2.5mg</i>	1	
<i>methazolamide TABS 25mg, 50mg</i>	1	
<i>metolazone TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>torsemide TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	1	
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate TABS 150mg, 300mg</i>	1	
<i>clonidine PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr</i>	1	
<i>clonidine hcl TABS .1mg, .2mg, .3mg</i>	1	
<i>CORLANOR SOLN 5mg/5ml</i>	1	QL (450 mL / 30 days)
<i>digoxin SOLN .05mg/ml, .25mg/ml</i>	1	
<i>digoxin TABS 125mcg, 250mcg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa CAPS 100mg</i>	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa CAPS 200mg, 300mg</i>	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis) SOLN 1mg/ml</i>	1	
<i>guanfacine hcl TABS 1mg, 2mg</i>	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydralazine hcl SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>ivabradine hcl TABS 5mg, 7.5mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>metyrosine CAPS 250mg</i>	1	NDS, NM, PA
<i>midodrine hcl TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	
<i>minoxidil TABS 2.5mg, 10mg</i>	1	
<i>ranolazine TB12 500mg, 1000mg</i>	1	
<i>VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days), PA

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NITRATES		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	1	
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	
NITRO-BID OINT 2%	1	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SOLN .4mg/spray; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	1	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION		
<i>alyq</i> TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OPSUMIT TABS 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	1	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	1	NDS, NM, PA
CENTRAL NERVOUS SYSTEM		
ANTI-ANXIETY		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	1	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	1	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 4mg/ml, 20mg/10ml	1	
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	1	QL (150 mL / 30 days)
ANTIDEMENTIA		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	1	



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	1	QL (200 mL / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	1	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i>	1	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg</i>	1	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg</i>	1	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg</i>	1	
NAMZARIC CAP 7-10MG	1	
NAMZARIC CAP 14-10MG	1	
NAMZARIC CAP 21-10MG	1	
NAMZARIC CAP 28-10MG	1	
NAMZARIC CAP PACK	1	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	1	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	1	QL (60 caps / 30 days)
ANTIDEPRESSANTS		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	1	
AUVELITY TAB 45-105MG	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	1	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TB24 300mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	1	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	1	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	1	QL (60 caps / 30 days)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	1	NDS, QL (30 patches / 30 days), PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	1	QL (2 packs / year), PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg; SOLN 20mg/5ml	1	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	
MARPLAN TABS 10mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 30mg, 45mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	1	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	1	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg; SOLN 10mg/5ml	1	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	1	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
RALDESY SOLN 10mg/ml	1	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	1	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	1	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg; TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	1	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg	1	NDS, QL (28 caps / 14 days), NM, PA



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ZURZUVAE CAPS 30mg	1	NDS, QL (14 caps / 14 days), NM, PA
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	1	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	1	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	1	
INBRIJA CAPS 42mg	1	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	1	
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg, 1mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	1	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	1	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS		
ABILIFY ASIMTUFII PRSY 720mg/2.4ml, 960mg/3.2ml	1	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	1	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml	1	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	1	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	1	NDS
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	1	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	1	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	1	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
COBENFY CAP 50-20MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY CAP 100-20MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY CAP 125-30MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY STRT CAP PACK	1	NDS, QL (2 packs / year), PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK	1	QL (2 packs / year), PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	1	



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	1	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	1	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	1	NDS, QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	1	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	1	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl</i> TABS 80mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 5-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 10-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 15-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 20-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	1	
NUPLAZID CAPS 34mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
NUPLAZID TABS 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	1	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
OPIPZA FILM 2mg, 5mg	1	NDS, QL (30 films / 30 days), PA
OPIPZA FILM 10mg	1	NDS, QL (90 films / 30 days), PA
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	1	QL (30 tabs / 30 days)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	1	
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	1	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	1	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	1	QL (120 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	1	QL (90 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone microspheres</i> SRER 12.5mg, 25mg	1	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 37.5mg, 50mg	1	NDS, QL (2 injections / 28 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	1	NDS, QL (30 patches / 30 days)
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days)



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

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

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

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



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

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

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

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



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	1	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	1	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, PA
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 18mg, 25mg	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 40mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 60mg, 80mg, 100mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 1mg, 2mg, 4mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 3mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl</i> CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA

HYPNOTICS

<i>DAYVIGO</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eszopiclone</i> TABS 1mg, 2mg, 3mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>tasimelteon</i> CAPS 20mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg, 30mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>zaleplon</i> CAPS 5mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zaleplon</i> CAPS 10mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year

MIGRAINE

<i>AIMOVIG</i> SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	1	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	1	NDS



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	1	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
EMGALITY SOAJ 120mg/ml	1	QL (2 pens / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 100mg/ml	1	QL (3 syringes / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 120mg/ml	1	QL (2 syringes / 30 days), NM, PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	1	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	1	QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	1	QL (16 tabs / 30 days), PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	1	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	1	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	1	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	1	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	1	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	1	QL (16 tabs / 30 days), PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 18mg, 24mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 30mg, 36mg, 42mg, 48mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	1	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NUEDEXTA CAP 20-10MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	1	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	1	
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BAFIERTAM CPDR 95mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
BETASERON KIT .3mg	1	NDS, QL (14 syringes / 28 days), NM, PA
COPAXONE SOSY 20mg/ml	1	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
COPAXONE SOSY 40mg/ml	1	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>fingolimod hcl</i> CAPS .5mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	1	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	1	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	1	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	1	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	1	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS		
<i>baclofen</i> TABS 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>carisoprodol</i> TABS 350mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>methocarbamol</i> TABS 500mg	1	QL (360 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>methocarbamol</i> TABS 750mg	1	QL (240 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	1	
NARCOLEPSY/CATAPLEXY		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 200mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	1	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, PA
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	1	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	1	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY .4mg/ml, 2mg/2ml	1	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	1	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	1	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	1	
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	1	QL (56 tabs / 28 days)
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	1	QL (2 packs / year)
VIVITROL SUSR 380mg	1	NDS, NM

ENDOCRINE AND METABOLIC

ANDROGENS

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

ANTIDIABETICS

<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 4mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 5mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 10mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
JANUMET TAB 50-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-500	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	1	QL (75 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	1	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	1	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
MOUNJARO SOAJ 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml	1	QL (4 pens / 28 days), PA
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS 2mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
SYNJARDY TAB 5-500MG	1	QL (120 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 10-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 25-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TRADJENTA TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY SOAJ .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	1	QL (4 pens / 28 days), PA
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIDIABETICS, INSULINS		
ADMELOG SOLN 100unit/ml	1	
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	1	
ALCOHOL SWABS: BD-EMBECTA/MHC/RUGBY	1	PA
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	1	
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	1	QL (10 patches / 30 days), PA
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	1	QL (8 patches / 24 days), PA
CEQUR SIMPL MIS INSERTER	1	QL (2 inserters / year), PA
FIASP SOLN 100unit/ml	1	
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	1	
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	1	
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	1	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	1	PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	1	NDS, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	1	NDS
INSULIN PEN NEEDLES: BD-EMBECTA	1	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: BD-EMBECTA	1	PA
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA	1	PA
NOVOLIN INJ 70/30	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 LB KIT INTRO G6	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 LB MIS PODS G6	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	1	QL (15 pods / 30 days), PA
SOLIQUA INJ 100/33	1	QL (5 pens / 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	1	
TRESIBA SOLN 100unit/ml	1	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	1	
XULTOPHY INJ 100/3.6	1	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	1	ST
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	1	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	1	B/D
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	1	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	1	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	1	QL (1 syringe / 180 days), NM
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg	1	
<i>risedronate sodium</i> TBEC 35mg	1	ST
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	1	NDS, NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	1	NDS, NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	1	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	1	NDS
<i>deferasirox</i> TABS 90mg, 180mg, 360mg; TBSO 125mg	1	NM, PA
<i>deferasirox</i> TBSO 250mg, 500mg	1	NDS, NM, PA
<i>kionex</i> SUSP 15gm/60ml	1	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	1	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	1	NDS, NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i> <i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	1	
<i>sps rectal</i> SUSP 15gm/60ml	1	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	1	NDS, NM, PA
CONTRACEPTIVES		
<i>afirmelle</i>	1	
<i>altavera</i>	1	
<i>alyacen 1/35</i>	1	
<i>alyacen 7/7/7</i>	1	
<i>amethia</i>	1	
<i>amethyst</i>	1	



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>apri</i>	1	
<i>aranelle</i>	1	
<i>ashlyna</i>	1	
<i>aubra eq</i>	1	
<i>aurovela 1/20</i>	1	
<i>aurovela 24 fe</i>	1	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	1	
<i>aurovela fe 1/20</i>	1	
<i>aviane</i>	1	
<i>ayuna</i>	1	
<i>azurette</i>	1	
<i>balziva</i>	1	
<i>blisovi 24 fe</i>	1	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	1	
<i>briellyn</i>	1	
<i>camila TABS .35mg</i>	1	
<i>camrese</i>	1	
<i>camrese lo</i>	1	
<i>chateal eq</i>	1	
<i>cryselle-28</i>	1	
<i>cyred eq</i>	1	
<i>dasetta 1/35</i>	1	
<i>dasetta 7/7/7</i>	1	
<i>daysee</i>	1	
<i>deblitane TABS .35mg</i>	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	1	
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15- 0.02/0.01 mg(21/5)</i>	1	
<i>dolishale</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3- 0.02-0.451 mg</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3- 0.03-0.451 mg</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	1	
<i>elinest</i>	1	
<i>eluryng</i>	1	
<i>emzahh TABS .35mg</i>	1	
<i>enilloring</i>	1	
<i>enpresse-28</i>	1	
<i>enskyce</i>	1	
<i>errin TABS .35mg</i>	1	
<i>estarylla</i>	1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	1	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	
<i>falmina</i>	1	
<i>feirza 1.5/30</i>	1	
<i>feirza 1/20</i>	1	
<i>finzala</i>	1	
<i>hailey 1.5/30</i>	1	
<i>hailey 24 fe</i>	1	
<i>haloette</i>	1	
<i>heather TABS .35mg</i>	1	
<i>iclevia</i>	1	
<i>incassia TABS .35mg</i>	1	
<i>introvale</i>	1	
<i>isibloom</i>	1	
<i>jasmiel</i>	1	
<i>jolessa</i>	1	
<i>juleber</i>	1	
<i>junel 1.5/30</i>	1	
<i>junel 1/20</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30</i>	1	
<i>junel fe 1/20</i>	1	
<i>junel fe 24</i>	1	
<i>kaitlib fe</i>	1	
<i>kariva</i>	1	
<i>kelnor 1/35</i>	1	
<i>kelnor 1/50</i>	1	
<i>kurvelo</i>	1	
<i>larin 1.5/30</i>	1	
<i>larin 1/20</i>	1	
<i>larin 24 fe</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30</i>	1	
<i>larin fe 1/20</i>	1	
<i>layolis fe</i>	1	
<i>lessina</i>	1	
<i>levonest</i>	1	



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg ð est 0.01 mg	1	
levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)	1	
levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)	1	
levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg	1	
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg	1	
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg- 30 mcg	1	
levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075- 40/0.125-30mg-mcg	1	
levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg	1	
levora 0.15/30-28	1	
LILETTA IUD 20.1mcg/day	1	NM
loestrin 1.5/30-21	1	
loestrin 1/20-21	1	
loestrin fe 1.5/30	1	
loestrin fe 1/20	1	
loryna	1	
low-ogestrel	1	
lutra	1	
lyleq TABS .35mg	1	
lyza TABS .35mg	1	
marlissa	1	
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	1	
mibelas 24 fe	1	
microgestin 1.5/30	1	
microgestin 1/20	1	
microgestin fe 1.5/30	1	
microgestin fe 1/20	1	
mili	1	
mono-linyah	1	
necon 0.5/35-28	1	
NEXPLANON IMPL 68mg	1	NM
nikki	1	
nora-be TABS .35mg	1	
norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr	1	
norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg	1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	1	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	1	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	1	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7</i>	1	
<i>nylia 1/35</i>	1	
<i>nylia 7/7/7</i>	1	
<i>ocella</i>	1	
<i>philith</i>	1	
<i>pimtrea</i>	1	
<i>portia-28</i>	1	
<i>reclipsen</i>	1	
<i>rivelsa</i>	1	
<i>setlakin</i>	1	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	1	
<i>simliya</i>	1	
<i>simpesse</i>	1	
<i>sprintec 28</i>	1	
<i>sronyx</i>	1	
<i>syeda</i>	1	
<i>tarina 24 fe</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	1	
<i>tilia fe</i>	1	
<i>tri-estarylla</i>	1	
<i>tri-legest fe</i>	1	



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>tri-linyah</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla</i>	1	
<i>tri-lo-marzia</i>	1	
<i>tri-lo-mili</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec</i>	1	
<i>tri-mili</i>	1	
<i>tri-nymyo</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<i>tri-vylibra</i>	1	
<i>tri-vylibra lo</i>	1	
<i>trivora-28</i>	1	
<i>turqoz</i>	1	
<i>tydemy</i>	1	
<i>valtya 1/50</i>	1	
<i>velivet</i>	1	
<i>vestura</i>	1	
<i>vienva</i>	1	
<i>viorele</i>	1	
<i>vyfemla</i>	1	
<i>vylibra</i>	1	
<i>wera</i>	1	
<i>wymzya fe</i>	1	
<i>xarah fe</i>	1	
<i>xelria fe</i>	1	
<i>xulane</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	
<i>zovia 1/35</i>	1	
<i>zumandimine</i>	1	
ESTROGENS		
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr; TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	1	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	1	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	1	
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	1	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	1	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	1	
<i>jinteli</i>	1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	
<i>mimvey</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	1	
<i>yuvafem</i> TABS 10mcg	1	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	1	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml	1	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	1	
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>hydrocortisone sod succinate</i> SOLR 100mg	1	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	1	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPk 4mg	1	
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	1	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	1	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	1	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 15mg/5ml, 25mg/5ml	1	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	1	B/D
<i>prednisone</i> TBPk 5mg, 10mg	1	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	1	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	1	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	1	NDS
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	1	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	1	NDS, NM, PA



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>betaine powder for oral solution</i>	1	NDS, NM
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	1	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	1	NDS, NM, PA
CERDELGA CAPS 84mg	1	NDS, NM, PA
CEREZYME SOLR 400unit	1	NDS, NM, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg, 60mg	1	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	1	NDS, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	1	NM, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	1	NDS
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	1	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	1	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	1	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	1	NDS, NM, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	1	NDS, NM, PA
GENOTROPIN MINIQWICK PRSY .2mg	1	NM, PA
GENOTROPIN MINIQWICK PRSY .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	1	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	1	NDS, NM, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NDS, NM, PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	1	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg	1	NDS, NM, PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	1	NDS, NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	1	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	1	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	1	NDS, NM, PA

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	1	NDS, NM, PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	1	NDS, PA
VEOZAH TABS 45mg	1	PA
PROGESTINS		
<i>gallifrey</i> TABS 5mg	1	
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	1	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	1	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	1	
<i>progesterone</i> CAPS 100mg, 200mg	1	
THYROID AGENTS		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	1	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	1	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	1	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> SOLN 1mcg/ml	1	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	1	B/D



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
GASTROINTESTINAL		
ANTIEMETICS		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	1	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	1	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	1	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	1	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	1	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	1	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	1	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	1	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	1	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	1	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	1	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml, 25mg/ml, 50mg/ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	1	QL (10 patches / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
ANTISPASMODICS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	1	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml; SUSR 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg	1	
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	1	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	1	
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	1	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	1	QL (90 caps / 30 days), PA

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>budesonide</i> TB24 9mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	1	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	1	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm	1	QL (1680 mL / 28 days)
<i>mesalamine</i> SUPP 1000mg	1	QL (30 suppositories / 30 days)
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	1	QL (28 bottles / 28 days)
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 500mg	1	
LAXATIVES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	1	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln</i> 236 gm	1	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> 420 gm	1	
PLENVU SOL	1	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i> 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	1	
MISCELLANEOUS		
<i>alosetron hcl</i> TABS 1mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
CREON CAP 3000UNIT	1	
CREON CAP 6000UNIT	1	
CREON CAP 12000UNT	1	
CREON CAP 24000UNT	1	
CREON CAP 36000UNT	1	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq</i> 2.5-0.025 mg/5ml	1	



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	1	
GATTEX KIT 5mg	1	NDS, NM, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	1	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	1	
MOVANTI TABS 12.5mg, 25mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	1	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>sucralfate</i> TABS 1gm	1	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	1	
VOWST CAP	1	NDS, QL (12 caps / 30 days), NM, PA
XERMELO TABS 250mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XIFAXAN TABS 550mg	1	NDS, PA
ZENPEP CAP 3000UNIT	1	
ZENPEP CAP 5000UNIT	1	
ZENPEP CAP 10000UNIT	1	
ZENPEP CAP 15000UNIT	1	
ZENPEP CAP 20000UNIT	1	
ZENPEP CAP 25000UNIT	1	
ZENPEP CAP 40000UNIT	1	
ZENPEP CAP 60000UNIT	1	
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	1	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	1	
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
GENITOURINARY		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tadalafil</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	1	QL (60 caps / 30 days)
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	1	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

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



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

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

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	1	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ticagrelor</i> TABS 60mg, 90mg	1	

IMMUNOLOGIC AGENTS

AUTOIMMUNE AGENTS

ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING 40mg/0.8ml PSKT	1	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF STARTER P AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
COSENTYX SOLN 125mg/5ml	1	NDS, NM, PA
COSENTYX SOSY 75mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (32 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (32 pens / 365 days), NM, PA
COSENTYX UNOREADY SOAJ 300mg/2ml	1	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
DUPIXENT SOAJ 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	1	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	1	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	1	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
PYZCHIVA SOLN 130mg/26ml	1	NDS, NM, PA
PYZCHIVA SOSY 45mg/0.5ml	1	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOSY 90mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TB24 45mg	1	NDS, QL (168 tabs / year), NM, PA
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml	1	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	1	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	1	NDS, NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (6 pens / 365 days), NM, PA
SOTYKTU TABS 6mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	1	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	1	NDS, NM, PA

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOAJ 100mg/ml	1	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOAJ 200mg/2ml	1	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOLN 200mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 200mg/2ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
TREMFYA INDUCTION PACK FO SOAJ 200mg/2ml	1	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TYENNE SOAJ 162mg/0.9ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
TYENNE SOLN 80mg/4ml, 200mg/10ml, 400mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TYENNE SOSY 162mg/0.9ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
VELSIPITY TABS 2mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	1	NDS, QL (480 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
YESINTEK SOLN 45mg/0.5ml	1	QL (1 vial / 28 days), NM, PA
YESINTEK SOLN 130mg/26ml	1	NM, PA
YESINTEK SOSY 45mg/0.5ml	1	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
YESINTEK SOSY 90mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
<i>DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)</i>		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	1	
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	1	B/D
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	1	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	1	B/D



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
IMMUNOGLOBULINS		
ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1	NDS, NM, PA
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	1	NDS, NM, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	1	NDS, NM, PA
GAMASTAN INJ	1	B/D, NM
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	1	NDS, NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1	NDS, NM, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	1	NDS, NM, PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NDS, NM, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NDS, NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
ARCALYST SOLR 220mg	1	NDS, NM, PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	1	NDS, B/D, NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	1	B/D, NM
azathioprine TABS 50mg	1	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	1	NDS, NM, PA
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg	1	B/D, NM
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	NDS, B/D, NM
gengraf CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	1	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	1	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	1	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	1	NDS, B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	1	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	1	NDS, B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	B/D, NM
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	1	B/D, NM
VACCINES		
ABRYSVOL SOLR 120mcg/0.5ml	1	
ACTHIB INJ	1	
ADACEL INJ	1	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	
BCG VACCINE SOLR 50mg	1	
BEXSERO SUSY .5ml	1	
BOOSTRIX INJ	1	
DAPTACEL INJ	1	
DENG VAXIA SUS	1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	1	B/D
ENGRIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	1	B/D
GARDASIL 9 SUSP .5ml; SUSY .5ml	1	
HAVRIX SUSP 1440elu/ml; SUSY 720elu/0.5ml	1	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	1	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	1	B/D
INFANRIX INJ	1	
IPOL INJ INACTIVE	1	
IXCHIQ INJ	1	
IXIARO INJ	1	
JYNNEOS SUSP .5ml	1	B/D
KINRIX INJ	1	
M-M-R II INJ	1	
MENACTRA INJ	1	
MENQUADFI SOLN .5ml	1	
MENVEO INJ	1	
MENVEO SOL	1	



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	1	
PEDIARIX INJ 0.5ML	1	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	1	
PENBRAYA INJ	1	
PENTACEL INJ	1	
PRIORIX INJ	1	
PROQUAD INJ	1	
QUADRACEL INJ 0.5ML	1	
RABAVERT INJ	1	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	1	B/D
ROTARIX SUS	1	
ROTATEQ SOL	1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	1	QL (2 vials per lifetime)
TENIVAC INJ 5-2LF	1	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	1	
TRUMENBA SUSY .5ml	1	
TWINRIX INJ	1	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	1	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	1	
VARIVAX SUSR 1350pfu/0.5ml	1	
VAXCHORA SUS	1	
VIMKUNYA SUSY 40mcg/0.8ml	1	
VIVOTIF CAP EC	1	
YF-VAX INJ	1	
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS		
<i>ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE</i>		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	1	
D10W/NACL INJ 0.2%	1	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	1	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	1	
ISOLYTE-P INJ /D5W	1	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	1	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	1	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	1	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	1	
<i>lactated ringer's solution</i>	1	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	1	
<i>magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	1	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	1	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	1	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	1	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml</i>	1	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	1	
<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	1	
TPN ELECTROL INJ	1	B/D
<i>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</i>		
<i>klor-con PACK 20meq</i>	1	
<i>klor-con 8 TBCR 8meq</i>	1	
<i>klor-con 10 TBCR 10meq</i>	1	



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	1	
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	1	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	1	
M-NATAL PLUS TAB	1	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq, 20meq	1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals</i> TBCR 10meq, 15meq, 20meq	1	
PRENATAL TAB 27-1MG	1	
PRENATAL TAB PLUS	1	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	1	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	1	
IV NUTRITION		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	1	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	1	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	1	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	1	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	1	B/D
<i>dextrose</i> SOLN 5%, 10%	1	
<i>dextrose</i> SOLN 50%, 70%	1	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	1	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	1	B/D
<i>plenamine</i>	1	B/D
PREMASOL SOL 10%	1	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	1	B/D
TRAVASOL INJ 10%	1	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	1	B/D
OPHTHALMIC		
ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	1	
tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%	1	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	1	
ANTI-INFECTIVES		
bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm	1	
bacitracin-polymyxin b ophth oint	1	
BESIVANCE SUSP .6%	1	
CILOXAN OINT .3%	1	
ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%	1	
erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm	1	
gatifloxacin (ophth) SOLN .5%	1	
gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%	1	
moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%	1	QL (12 mL / 30 days)
NATACYN SUSP 5%	1	
neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin	1	
neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin	1	
neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml	1	
ofloxacin (ophth) SOLN .3%	1	
polycin ophth oint	1	
polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%	1	
sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%	1	
tobramycin (ophth) SOLN .3%	1	
trifluridine SOLN 1%	1	
XDEMY SOLN .25%	1	NDS, NM, PA
ZIRGAN GEL .15%	1	
ANTI-INFLAMMATORIES		
bromfenac sodium (ophth) SOLN .07%, .075%	1	
dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%	1	
diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%	1	
difluprednate EMUL .05%	1	
FLAREX SUSP .1%	1	
fluorometholone (ophth) SUSP .1%	1	
flurbiprofen sodium SOLN .03%	1	



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%, .5%	1	
LOTEMAX OINT .5%	1	
<i>loteprednol etabonate</i> SUSP .2%	1	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	1	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	1	
ANTIALLERGICS		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	1	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	1	
ZERVIAE SOLN .24%	1	
ANTI GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	1	
BETOPTIC-S SUSP .25%	1	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%, .2%	1	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	1	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	1	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	1	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	1	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 2-0.5%	1	
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	1	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	1	
LUMIGAN SOLN .01%	1	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	1	
RHOPRESSA SOLN .02%	1	
ROCKLATAN DRO	1	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	1	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%	1	
VYZULTA SOLN .024%	1	
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	1	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	1	
CYSTADROPS SOLN .37%	1	NDS, NM, PA
CYSTARAN SOLN .44%	1	NDS, NM, PA
EYSUVIS SUSP .25%	1	
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	1	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	1	
RESTASIS EMUL .05%	1	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	1	
XIIDRA SOLN 5%	1	
OTIC		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	1	
<i>flac OIL .01%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	1	
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</i>	1	

RESPIRATORY

ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS

ANORO ELLIPT AER 62.5-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	1	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	1	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	1	QL (4 inhalers / 28 days)
COMBIVENT AER 20-100	1	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	1	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)

ANTICHOLINERGICS

ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	1	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide SOLN .02%</i>	1	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	1	

ANTI-HISTAMINES

<i>azelastine hcl SOLN .1%</i>	1	
<i>cetirizine hcl SOLN 5mg/5ml</i>	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg</i>	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml</i>	1	



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
BETA AGONISTS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	1	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	1	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	1	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	1	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	1	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	1	QL (6 inhalers / 30 days)
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	1	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	1	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	1	B/D
ALYFTREK TAB 4-20-50	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ALYFTREK TAB 10-50-125	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	1	NDS, NM, PA
BRONCHITOL CAPS 40mg	1	NDS, QL (560 caps / 28 days), NM, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	1	B/D
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	1	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	1	(generic of Adrenaclick)
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	1	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
KALYDECO TABS 150mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 100-125	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 150-188	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 100-125	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 200-125	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	1	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	1	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	1	NDS, NM, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	1	NDS, NM, PA
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg	1	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast</i> TABS 500mcg	1	QL (30 tabs / 30 days)



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SYMDEKO TAB 50-75MG	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
SYMDEKO TAB 100-150	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	1	
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	1	
TRIKAFTA PAK 59.5MG	1	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	1	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOLR 150mg	1	NDS, QL (8 vials / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	1	NDS, NM, PA
NASAL STEROIDS		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	1	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	1	QL (1 bottle / 30 days)
XHANCE EXHU 93mcg/act	1	QL (32 mL / 30 days), PA
STEROID INHALANTS		
ALVESCO AERS 80mcg/act	1	QL (3 inhalers / 30 days)
ALVESCO AERS 160mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	1	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	1	B/D
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS		
ADVAIR HFA AER 45/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
AIRSUPRA AER 90-80MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
<i>breyana</i>	1	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	1	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	1	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 50-5MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 100-5MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>wixela inhub</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days)

TOPICAL DERMATOLOGY, ACNE

<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>amnestem</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	1	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	1	QL (75 mL / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1%	1	QL (60 mL / 30 days)



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

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

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

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



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

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

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VALCHLOR GEL .016%	1	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA

DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES

malathion LOTN .5%	1	QL (59 mL / 30 days)
permethrin CREA 5%	1	QL (60 gm / 30 days)

DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS

REGRANEX GEL .01%	1	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	1	QL (180 gm / 30 days)
sodium chloride (gu irrigant) SOLN .9%	1	
water for irrigation, sterile irrigation soln	1	

MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS

cevimeline hcl CAPS 30mg	1	
chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%	1	
clotrimazole TROC 10mg	1	QL (150 lozenges / 30 days)
kourzeq PSTE .1%	1	
lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%	1	
nystatin (mouth-throat) SUSP 100000unit/ml	1	
periogard SOLN .12%	1	
pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg	1	
triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%	1	

_PART B

DIABETIC METERS AND TEST STRIPS

DEXCOM G6 MIS RECEIVER	0	PA
DEXCOM G6 MIS SENSOR	0	PA
DEXCOM G6 MIS TRANSMIT	0	PA
DEXCOM G7 MIS RECEIVER	0	PA
DEXCOM G7 MIS SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR KIT 2 SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR KIT 3 SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR KIT SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR MIS 2 READER	0	PA
FREESTY LIBR MIS 3 READER	0	PA
FREESTYLE MIS READER	0	PA
TRUE METRIX KIT AIR	0	
TRUE METRIX KIT METER	0	
TRUE METRIX STRIPS	0	



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 확인할 수 있습니다.

D. 보장 의약품 색인

이 섹션에서 알파벳순으로 이름을 검색하여 의약품을 찾을 수 있습니다. 여기에서 해당 의약품에 대한 추가 보장 정보를 찾을 수 있는 페이지 번호를 찾을 수 있습니다.

<i>abacavir sulfate</i> 24	ADALIMUMAB-AACF	<i>alyacen 7/7/7</i> 69
<i>abacavir sulfate-</i> <i>lamivudine tab 600-</i> <i>300 mg</i> 25	STARTER P 83	ALYFTREK TAB 10-50-
ABELCET..... 23	<i>adefovir dipivoxil</i> 26	125 95
ABILIFY ASIMTUFII 52	ADMELOG 67	ALYFTREK TAB 4-20-
ABILIFY MAINTENA 52, 53	ADMELOG SOLOSTAR	50 94
<i>abiraterone acetate</i> 31	 67	ALYGLO 86
<i>abirtega</i> 31	ADVAIR HFA AER	<i>alyq</i> 49
ABRYSVO 87	115/21 96	<i>amantadine hcl</i> 52
<i>acamprosate calcium</i>	ADVAIR HFA AER	<i>ambrisentan</i> 49
..... 64	230/21 96	<i>amethia</i> 69
<i>acarbose</i> 65	ADVAIR HFA AER	<i>amethyst</i> 69
<i>accutane</i> 97	45/21 96	<i>amikacin sulfate</i> 21
<i>acebutolol hcl</i> 46	<i>afirmelle</i> 69	<i>amiloride &</i>
<i>acetaminophen w/</i> <i>codeine soln 120-12</i> <i>mg/5ml</i> 20	AIMOVIG 61	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>acetaminophen w/</i> <i>codeine tab 300-15</i> <i>mg</i> 20	AIRSUPRA AER 90-	<i>tab 5-50 mg</i> 48
<i>acetaminophen w/</i> <i>codeine tab 300-30</i> <i>mg</i> 20	80MCG 97	<i>amiloride hcl</i> 48
<i>acetaminophen w/</i> <i>codeine tab 300-60</i> <i>mg</i> 20	AKEEGA TAB 100/500	<i>amiodarone hcl</i> 45
<i>acetazolamide</i> 47	 31	<i>amitriptyline hcl</i> 50
<i>acetic acid</i> 80	AKEEGA TAB	<i>amlodipine besylate</i> 47
<i>acetic acid (otic)</i> 92	50/500MG 31	<i>benazepril hcl cap</i>
<i>acetylcysteine</i> 94	<i>ala-cort</i> 99	10-20 mg..... 42
<i>acitretin</i> 98	<i>albendazole</i> 21	<i>amlodipine besylate-</i>
ACTHIB INJ 87	<i>albuterol sulfate</i> 94	<i>benazepril hcl cap</i>
ACTIMMUNE 86	<i>alclometasone</i>	10-40 mg..... 42
<i>acyclovir</i> 26	<i>dipropionate</i> 99	<i>amlodipine besylate-</i>
<i>acyclovir sodium</i> 26	ALCOHOL SWABS: BD-	<i>benazepril hcl cap</i>
ADACEL INJ..... 87	EMBECTA/MHC/RUG	2.5-10 mg..... 42
ADALIMUMAB-AACF (2	BY..... 67	<i>amlodipine besylate-</i>
PEN)..... 83	ALDURAZYME 75	<i>benazepril hcl cap 5-</i>
ADALIMUMAB-AACF (2	ALECENSA 33	10 mg 42
SYRING..... 83	<i>alendronate sodium</i> 69	<i>amlodipine besylate-</i>
	<i>alfuzosin hcl</i> 80	<i>benazepril hcl cap 5-</i>
	<i>aliskiren fumarate</i> .. 48	20 mg 42
	<i>allopurinol</i> 19	<i>amlodipine besylate-</i>
	<i>alosetron hcl</i> 79	<i>benazepril hcl cap 5-</i>
	<i>alprazolam</i> 49	40 mg 42
	<i>altavera</i> 69	<i>amlodipine besylate-</i>
	ALUNBRIG..... 33	<i>olmesartan</i>
	ALUNBRIG PAK 33	<i>medoxomil tab 10-</i>
	ALVAIZ 82	20 mg 43
	ALVESCO 96	
	<i>alyacen 1/35</i> 69	

<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10- 40 mg.....</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500- 125 mg.....</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg</i>
43	29	60
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875- 125 mg.....</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg</i>
43	29	60
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg</i>
43	29	60
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	<i>amphotericin b</i>
44	60	23
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-320 mg</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	<i>amphotericin b liposome</i>
44	60	23
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-160 mg</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	<i>ampicillin</i>
44	60	29
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-320 mg</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>
44	60	29
<i>amnestem</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2- 1) gm</i>
97	60	29
<i>amoxapine</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm....</i>
50	60	29
<i>amoxicillin.....</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>
28	60	29
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm.....</i>
28	60	29
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg</i>	<i>ampicillin sodium ...</i>
28	60	29
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml...</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	<i>anagrelide hcl.....</i>
29	60	82
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg</i>	<i>anastrozole</i>
29	60	31
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250- 125 mg.....</i>		<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-25</i>
29		93
		<i>aprepitant.....</i>
		78
		<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg.....</i>
		78
		<i>apri.....</i>
		70
		<i>APTiom</i>
		56



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

APTIVUS	24	AUSTEDO XR TAB		BENDEKA.....	30
ARALAST NP.....	95	TITR KIT	62	BENLYSTA.....	86
<i>aranelle</i>	70	AUVELITY TAB 45-		<i>benzoyl peroxide-</i>	
ARCALYST.....	86	105MG.....	50	<i>erythromycin gel 5-</i>	
AREXVY	87	<i>aviane</i>	70	<i>3%.....</i>	97
ARIKAYCE	21	<i>ayuna</i>	70	<i>benztropine mesylate</i>	
<i>aripiprazole</i>	53	AYVAKIT	34	.....	52
ARISTADA.....	53	<i>azacitidine</i>	31	BERINERT	82
ARISTADA INITIO ..	53	<i>azathioprine</i>	86	BESIVANCE.....	91
<i>armodafinil</i>	64	<i>azelastine hcl</i>	93	BESREMI	33
ARNUITY ELLIPTA... 96		<i>azelastine hcl (ophth)</i>		<i>betaine powder for</i>	
<i>asenapine maleate</i> .	53	.....	92	<i>oral solution</i>	76
<i>ashlyna</i>	70	<i>azithromycin</i>	28	<i>betamethasone</i>	
<i>aspirin-dipyridamole</i>		<i>aztreonam</i>	21	<i>dipropionate</i>	
<i>cap er 12hr 25-200</i>		<i>azurette</i>	70	<i>(topical)</i>	99
<i>mg</i>	82	<i>bacitracin</i>		<i>betamethasone</i>	
ASTAGRAF XL.....	86	<i>(ophthalmic)</i>	91	<i>dipropionate</i>	
<i>atazanavir sulfate</i> ..	24	<i>bacitracin-polymyxin b</i>		<i>augmented</i>	99
<i>atenolol</i>	46	<i>ophth oint</i>	91	<i>betamethasone</i>	
<i>atenolol &</i>		<i>bacitracin-polymyxin-</i>		<i>valerate</i>	99
<i>chlorthalidone tab</i>		<i>neomycin-hc ophth</i>		BETASERON	63
<i>100-25 mg</i>	46	<i>oint 1%</i>	90	<i>betaxolol hcl</i>	46
<i>atenolol &</i>		<i>baclofen</i>	63	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	
<i>chlorthalidone tab</i>		BAFIERTAM	63	.....	92
<i>50-25 mg</i>	46	<i>balsalazide disodium</i>		<i>bethanechol chloride</i>	
<i>atomoxetine hcl</i>	60	.....	78	.....	80
<i>atorvastatin calcium</i>	45	BALVERSA	34	BETOPTIC-S	92
<i>atovaquone</i>	21	<i>balziva</i>	70	BEVESPI AER 9-	
<i>atovaquone-proguanil</i>		BARACLUDE	26	<i>4.8MCG</i>	93
<i>hcl tab 250-100 mg</i>		BASAGLAR KWIKPEN		<i>bexarotene</i>	33
.....	23	.....	67	<i>bexarotene (topical)</i>	
<i>atovaquone-proguanil</i>		BCG VACCINE.....	87	.....	100
<i>hcl tab 62.5-25 mg</i>		<i>benazepril &</i>		BEXSERO	87
.....	23	<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>bicalutamide</i>	31
ATROPINE SULFATE	92	<i>tab 10-12.5 mg...</i>	42	BICILLIN L-A	29
<i>atropine sulfate</i>		<i>benazepril &</i>		BIKTARVY TAB 30-	
<i>(ophthalmic)</i>	92	<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>120-15 MG</i>	25
ATROVENT HFA.....	93	<i>tab 20-12.5 mg...</i>	42	BIKTARVY TAB 50-	
<i>aubra eq</i>	70	<i>benazepril &</i>		<i>200-25 MG</i>	25
AUGTYRO.....	34	<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>bisoprolol &</i>	
<i>aurovela 1/20</i>	70	<i>tab 20-25 mg</i>	42	<i>hydrochlorothiazide</i>	
<i>aurovela 24 fe</i>	70	<i>benazepril &</i>		<i>tab 10-6.25 mg...</i>	46
<i>aurovela fe 1.5/30</i> .	70	<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>bisoprolol &</i>	
<i>aurovela fe 1/20</i>	70	<i>tab 5-6.25mg</i>	42	<i>hydrochlorothiazide</i>	
AUSTEDO.....	62	<i>benazepril hcl</i>	43	<i>tab 2.5-6.25 mg..</i>	46
AUSTEDO XR.....	62	BENDAMUSTINE			
		HYDROCHLORID..	30		

<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	<i>aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	<i>calcitonin (salmon) spray.....</i>
46	97	69
<i>bisoprolol fumarate</i>	<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	<i>calcitrene.....</i>
46	97	98
BIVIGAM.....	<i>bumetanide.....</i>	<i>calcitriol.....</i>
86	48	77
<i>blisovi 24 fe</i>	<i>buprenorphine</i>	<i>calcitriol (oral)</i>
70	19	77
<i>blisovi fe 1.5/30.....</i>	<i>buprenorphine hcl ..</i>	CALQUENCE
70	64	34
BOOSTRIX INJ	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv).....</i>	<i>camila</i>
87	64	70
<i>bortezomib.....</i>	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv).....</i>	<i>camrese</i>
34	64	70
BORTEZOMIB	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	<i>camrese lo</i>
34	64	70
<i>bosentan</i>	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	<i>candesartan cilexetil</i>
49	64	45
BOSULIF	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv).....</i>	<i>candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg... </i>
34	64	44
BRAFTOVI	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv).....</i>	<i>candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg... </i>
34	64	44
BREO ELLIPTA INH 100-25	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	<i>candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>
97	64	44
BREO ELLIPTA INH 200-25	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	<i>caplyta.....</i>
97	64	53
BREO ELLIPTA INH 50- 25MCG	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	CAPRELSA.....
97	64	34
<i>breyana.....</i>	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	<i>captopril</i>
97	64	43
BREZTRI AERO AER SPHERE	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>
93	64	42
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK).....	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv).....</i>	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>
93	64	42
<i>briellyn</i>	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>
70	64	42
BRILINTA.....	<i>bupropion hcl</i>	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>
82	50	42
<i>brimonidine tartrate</i>	<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>
92	64	52
<i>brinzolamide</i>	<i>buspirone hcl.....</i>	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>
92	49	52
BRIVIACT.....	<i>butorphanol tartrate</i>	
56	20	
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	<i>cabergoline</i>	
91	76	
<i>bromocriptine mesylate</i>	CABOMETYX	
52	34	
BRONCHITOL.....	<i>calcipotriene.....</i>	
95	98	
BRUKINSA		
34		
<i>budesonide</i>		
78, 79		
<i>budesonide (inhalation)</i>		
96		
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i>		



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

<i>carb/levo orally</i>	CEFAZOLIN SOLN	<i>ciclopirox</i> 98
<i>disintegrating tab</i>	2GM/100ML-4% .. 27	<i>ciclopirox olamine</i> .. 98
25-250mg 52	CEFAZOLIN/DEX SOL	<i>cilostazol</i> 82
<i>carbamazepine</i> 56	1GM/50ML-4%.... 27	CILOXAN 91
<i>carbidopa & levodopa</i>	CEFAZOLIN/DEX SOL	CIMDUO TAB 300-300
<i>tab 10-100 mg</i> 52	2GM/50ML-3%.... 27	 25
<i>carbidopa & levodopa</i>	CEFAZOLIN/DEX SOL	<i>cinacalcet hcl</i> 76
<i>tab 25-100 mg</i> 52	3GM/150ML-4% .. 27	<i>ciprofloxacin 200</i>
<i>carbidopa & levodopa</i>	CEFAZOLIN/DEX SOL	<i>mg/100ml in d5w</i> 28
<i>tab 25-250 mg</i> 52	3GM/50ML-2%.... 27	<i>ciprofloxacin 400</i>
<i>carbidopa & levodopa</i>	<i>cefdinir</i> 27	<i>mg/200ml in d5w</i> 28
<i>tab er 25-100 mg</i> 52	<i>cefepime hcl</i> 27	<i>ciprofloxacin hcl</i> 28
<i>carbidopa & levodopa</i>	<i>cefixime</i> 27	<i>ciprofloxacin hcl</i>
<i>tab er 50-200 mg</i> 52	<i>cefotetan disodium</i> . 27	<i>(ophth)</i> 91
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>cefoxitin sodium</i> 27	<i>ciprofloxacin-</i>
<i>entacapone tabs</i>	<i>cefpodoxime proxetil</i>	<i>dexamethasone otic</i>
12.5-50-200 mg.. 52	 27	<i>susp 0.3-0.1%</i> 93
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>cefprozil</i> 27	<i>cisplatin</i> 30
<i>entacapone tabs</i>	<i>ceftazidime</i> 28	<i>citalopram</i>
18.75-75-200 mg 52	<i>ceftriaxone sodium</i> . 28	<i>hydrobromide</i> 50
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>cefuroxime axetil</i> ... 28	<i>claravis</i> 97
<i>entacapone tabs 25-</i>	<i>cefuroxime sodium</i> . 28	<i>clarithromycin</i> 28
<i>100-200 mg</i> 52	<i>celecoxib</i> 19	<i>clindamycin hcl</i> 21
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>cephalexin</i> 28	<i>clindamycin palmitate</i>
<i>entacapone tabs</i>	CEQUR SIMPL KIT	<i>hydrochloride</i> 21
31.25-125-200 mg	PATCH 2U (3-DAY)	<i>clindamycin phosphate</i>
..... 52	 67	 21
<i>carbidopa-levodopa-</i>	CEQUR SIMPL KIT	<i>clindamycin phosphate</i>
<i>entacapone tabs</i>	PATCH 2U (4-DAY)	<i>(topical)</i> 97
37.5-150-200 mg 52	 67	<i>clindamycin phosphate</i>
<i>carbidopa-levodopa-</i>	CEQUR SIMPL MIS	<i>in d5w iv soln 300</i>
<i>entacapone tabs 50-</i>	INSERTER 67	<i>mg/50ml</i> 21
<i>200-200 mg</i> 52	CERDELGA 76	<i>clindamycin phosphate</i>
<i>carboplatin</i> 30	CEREZYME 76	<i>in d5w iv soln 600</i>
<i>carglumic acid</i> 76	<i>cetirizine hcl</i> 93	<i>mg/50ml</i> 21
<i>carisoprodol</i> 63	<i>cevimeline hcl</i> 101	<i>clindamycin phosphate</i>
<i>carteolol hcl (ophth)</i> 92	<i>chateal eq</i> 70	<i>in d5w iv soln 900</i>
<i>cartia xt</i> 47	CHEMET..... 69	<i>mg/50ml</i> 21
<i>carvedilol</i> 47	<i>chlorhexidine</i>	<i>clindamycin phosphate</i>
<i>caspofungin acetate</i> 23	<i>gluconate (mouth-</i>	<i>vaginal</i> 81
CAYSTON 21	<i>throat)</i> 101	CLINDMYC/NAC INJ
<i>cefaclor</i> 27	<i>chloroquine phosphate</i>	300/50ML 21
<i>cefadroxil</i> 27	 23	CLINDMYC/NAC INJ
CEFAZOLIN 27	<i>chlorpromazine hcl</i> . 53	600/50ML 21
CEFAZOLIN INJ	<i>chlorthalidone</i> 48	CLINDMYC/NAC INJ
1GM/50ML..... 27	<i>cholestyramine</i> 46	900/50ML 21
<i>cefazolin sodium</i> 27	<i>cholestyramine light</i> 46	

CLINIMIX INJ 4.25/D10 90	COBENFY STRT CAP PACK 53	<i>cromolyn sodium</i> ... 95
CLINIMIX INJ 4.25/D5W 90	<i>colchicine</i> 19	<i>cromolyn sodium</i> (<i>mastocytosis</i>) 79
CLINIMIX INJ 5%/D15W 90	<i>colchicine w/</i> <i>probenecid tab 0.5-</i> <i>500 mg</i> 19	<i>cromolyn sodium</i> (<i>ophth</i>) 92
CLINIMIX INJ 5%/D20W 90	<i>colesevelam hcl</i> 46	<i>cryselle-28</i> 70
CLINIMIX INJ 6/5... 90	<i>colestipol hcl</i> 46	<i>cyclobenzaprine hcl</i> 64
CLINIMIX INJ 8/10 . 90	<i>colistimethate sodium</i> 21	<i>cyclophosphamide</i> .. 30
CLINIMIX INJ 8/14 . 90	COMBIGAN SOL 0.2/0.5% 92	CYCLOPHOSPHAMIDE 30
<i>clinisol sf 15%</i> 90	COMBIVENT AER 20- 100 93	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR 30
CLINOLIPID EMU 20% 90	COMETRIQ (60MG DOSE) 34	<i>cycloserine</i> 26
<i>clobazam</i> 56	COMETRIQ KIT 100MG 34	<i>cyclosporine</i> 86
<i>clobetasol propionate</i> 99	COMETRIQ KIT 140MG 34	<i>cyclosporine modified</i> (<i>for microemulsion</i>) 86
<i>clobetasol propionate</i> <i>e</i> 99	COMPLERA TAB..... 25	<i>cyproheptadine hcl</i> . 93
<i>clomipramine hcl</i> 50	<i>compro</i> 78	<i>cyred eq</i> 70
<i>clonazepam</i> 56	<i>constulose</i> 79	CYSTADROPS 92
<i>clonidine</i> 48	COPAXONE..... 63	CYSTAGON..... 76
<i>clonidine hcl</i> 48	COPIKTRA 34	CYSTARAN 92
<i>clopidogrel bisulfate</i> 83	CORLANOR..... 48	<i>cytarabine</i> 31
<i>clorazepate</i> <i>dipotassium</i> 56	COSENTYX 83	D10W/NACL INJ 0.2% 88
<i>clotrimazole</i> 101	COSENTYX SENSOREADY PEN83	D2.5W/NACL INJ 0.45% 88
<i>clotrimazole (topical)</i> 98	COSENTYX UNOREADY 83	<i>dabigatran etexilate</i> <i>mesylate</i> 81
<i>clotrimazole w/</i> <i>betamethasone</i> <i>cream 1-0.05%</i> ... 98	COTELLIC 34	<i>dalfampridine</i> 63
<i>clozapine</i> 53	CREON CAP 12000UNT 79	<i>danazol</i> 65
COARTEM TAB 20- 120MG..... 24	CREON CAP 24000UNT 79	<i>dantrolene sodium</i> . 64
COBENFY CAP 100- 20MG 53	CREON CAP 3000UNIT 79	DANZITEN 35
COBENFY CAP 125- 30MG 53	CREON CAP 36000UNT 79	<i>dapsone</i> 21
COBENFY CAP 50- 20MG 53	CREON CAP 6000UNIT 79	DAPTACEL INJ 87
		<i>daptomycin</i> 21
		DAPTOMYCIN 21
		<i>darunavir</i> 24
		<i>dasatinib</i> 35
		<i>dasetta 1/35</i> 70
		<i>dasetta 7/7/7</i> 70
		DAURISMO..... 35



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

<i>daysee</i>	70	<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	88	<i>diltiazem hcl coated beads</i>	47
DAYVIGO	61	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	88	<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	47
<i>deblitane</i>	70	<i>dextrose 5% in lactated ringers</i> ...	88	<i>dilt-xr</i>	47
<i>deferasirox</i>	69	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	88	DIP/TET PED INJ 25- 5LFU	87
DELSTRIGO TAB	25	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	88	<i>diphenhydramine hcl</i>	93
DENGVAIXIA SUS....	87	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	88	<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5- 0.025 mg/5ml</i>	79
DEPO-SUBQ PROVERA 104	70	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	88	<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5- 0.025 mg</i>	80
<i>depo-testosterone</i> ..	65	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	88	<i>dipyridamole</i>	83
DESCOVY TAB 120- 15MG	25	DIACOMIT	56	<i>disopyramide phosphate</i>	45
DESCOVY TAB 200/25MG	25	<i>diazepam</i>	56	<i>disulfiram</i>	64
<i>desipramine hcl</i>	50	<i>diazepam (anticonvulsant)</i> ..	56	<i>divalproex sodium</i> ..	57
<i>desmopressin acetate</i>	76	<i>diazepam inj</i>	56	<i>docetaxel</i>	33
<i>desmopressin acetate spray</i>	76	<i>diazepam intensol</i> ..	57	DOCETAXEL	33
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	76	<i>diazoxide</i>	75	DOCIVYX	33
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15- 0.02/0.01 mg(21/5)</i>	70	<i>diclofenac potassium</i>	19	<i>dofetilide</i>	45
<i>desvenlafaxine succinate</i>	50	<i>diclofenac sodium</i> ..	19	<i>dolishale</i>	70
<i>dexamethasone</i>	75	<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	91	<i>donepezil hydrochloride</i>	49
DEXAMETHASONE INTENSOL	75	<i>diclofenac sodium (topical)</i>	100	DOPTelet.....	82
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	75	<i>dicloxacillin sodium</i>	29	<i>dorzolamide hcl</i>	92
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>	91	<i>dicyclomine hcl</i>	78	<i>dorzolamide hcl- timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i>	92
DEXCOM G6 MIS RECEIVER	101	DIFICID	28	<i>dotti</i>	74
DEXCOM G6 MIS SENSOR.....	101	<i>diflunisal</i>	19	DOVATO TAB 50- 300MG.....	25
DEXCOM G6 MIS TRANSMIT	101	<i>difluprednate</i>	91	<i>doxazosin mesylate</i>	43
DEXCOM G7 MIS RECEIVER	101	<i>digoxin</i>	48	<i>doxepin hcl</i>	50
DEXCOM G7 MIS SENSOR.....	101	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	61, 62	<i>doxepin hcl (sleep)</i> .	61
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	60	DILANTIN	57	<i>doxorubicin hcl</i>	33
<i>dextrose</i>	90	<i>diltiazem hcl</i>	47	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	33
				<i>doxy 100</i>	30
				<i>doxycycline (monohydrate)</i> ...	30
				<i>doxycycline hyclate</i>	30

DRIZALMA SPRINKLE
..... 50
dronabinol..... 78
drospirenone-ethinyl
estradiol tab 3-0.02
mg 70
drospirenone-ethinyl
estradiol tab 3-0.03
mg 70
drospirenone-ethinyl
estradiol-levomefolate
tab 3-0.02-0.451
mg 70
drospirenone-ethinyl
estradiol-levomefolate
tab 3-0.03-0.451
mg 70
droxidopa 48
DULERA AER 100-
5MCG 97
DULERA AER 200-
5MCG 97
DULERA AER 50-5MCG
..... 97
duloxetine hcl 50
DUPIXENT 83
dutasteride..... 80
dutasteride-tamsulosin
hcl cap 0.5-0.4 mg
..... 80
e.e.s. 400 28
econazole nitrate ... 98
EDURANT..... 24
efavirenz 24
efavirenz-
emtricitabine-
tenofovir df tab 600-
200-300 mg 25
efavirenz-lamivudine-
tenofovir df tab 400-
300-300 mg 25

efavirenz-lamivudine-
tenofovir df tab 600-
300-300 mg 25
ELIGARD..... 31
elinest 70
ELIQUIS 81
ELIQUIS STARTER
PACK 81
eluryng 70
EMGALITY 62
EMSAM 51
emtricitabine 24
emtricitabine-tenofovir
disoproxil fumarate
tab 100-150 mg .. 25
emtricitabine-tenofovir
disoproxil fumarate
tab 133-200 mg .. 25
emtricitabine-tenofovir
disoproxil fumarate
tab 167-250 mg .. 25
emtricitabine-tenofovir
disoproxil fumarate
tab 200-300 mg .. 25
EMTRIVA 24
EMVERM 21
emzahn 70
enalapril maleate ... 43
enalapril maleate &
hydrochlorothiazide
tab 10-25 mg 43
enalapril maleate &
hydrochlorothiazide
tab 5-12.5 mg 42
ENBREL 83
ENBREL MINI..... 83
ENBREL SURECLICK 83
endocet tab 10-325mg
..... 20
endocet tab 2.5-
325mg 20

endocet tab 5-325mg
..... 20
endocet tab 7.5-
325mg 20
ENGERIX-B 87
enilloring 70
enoxaparin sodium . 81
enpresse-28 70
enskyce 70
ENSTILAR AER..... 98
entacapone 52
entecavir 26
ENTRESTO CAP 15-
16MG 44
ENTRESTO CAP 6-6MG
..... 44
ENTRESTO TAB 24-
26MG 44
ENTRESTO TAB 49-
51MG 44
ENTRESTO TAB 97-
103MG..... 44
enulose 79
EPCLUSA PAK 150-
37.5 26
EPCLUSA PAK 200-
50MG 26
EPCLUSA TAB 200-
50MG 26
EPCLUSA TAB 400-100
..... 26
EPIDIOLEX 57
epinephrine
(anaphylaxis) 48, 95
epitol 57
eplerenone 43
EPRONTIA..... 57
ergotamine w/
caffeine tab 1-100
mg 62
ERIVEDGE..... 35
ERLEADA 31, 32



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

<i>erlotinib hcl</i>	35	<i>etravirine</i>	24	FIASP PENFILL.....	67
<i>errin</i>	70	EULEXIN.....	32	FIASP PUMPCART ...	67
<i>ertapenem sodium</i> .	21	<i>euthyrox</i>	77	<i>finasteride</i>	80
<i>ery</i>	98	<i>everolimus</i>	35	<i>finbolimod hcl</i>	63
<i>ery-tab</i>	28	<i>everolimus</i> (<i>immunosuppressan</i> <i>t</i>).....	86	FINTEPLA.....	57
ERYTHROCIN LACTOBIONATE...	28	EVOTAZ TAB 300-150	25	<i>finzala</i>	71
<i>erythromycin (acne</i> <i>aid)</i>	98	<i>exemestane</i>	32	FIRMAGON.....	32
<i>erythromycin (ophth)</i>	91	EYSUVIS.....	92	<i>flac</i>	93
<i>erythromycin base</i> .	28	<i>ezetimibe</i>	46	FLAREX	91
<i>erythromycin</i> <i>ethylsuccinate</i>	28	<i>ezetimibe-simvastatin</i> <i>tab 10-10 mg</i>	46	FLEBOGAMMA DIF..	86
<i>erythromycin</i> <i>lactobionate</i>	28	<i>ezetimibe-simvastatin</i> <i>tab 10-20 mg</i>	46	<i>flecainide acetate</i> ...	45
<i>escitalopram oxalate</i>	51	<i>ezetimibe-simvastatin</i> <i>tab 10-40 mg</i>	46	<i>fluconazole</i>	23
<i>esomeprazole</i> <i>magnesium</i>	80	<i>ezetimibe-simvastatin</i> <i>tab 10-80 mg</i>	46	<i>fluconazole in nacl</i> <i>0.9% inj 200</i> <i>mg/100ml</i>	23
<i>estarylla</i>	70	FABRAZYME	76	<i>fluconazole in nacl</i> <i>0.9% inj 400</i> <i>mg/200ml</i>	23
<i>estradiol</i>	74	<i>falmina</i>	71	<i>flucytosine</i>	23
<i>estradiol &</i> <i>norethindrone</i> <i>acetate tab 0.5-0.1</i> <i>mg</i>	74	<i>famciclovir</i>	26	<i>fludrocortisone acetate</i>	75
<i>estradiol &</i> <i>norethindrone</i> <i>acetate tab 1-0.5</i> <i>mg</i>	74	<i>famotidine</i>	78	<i>flunisolide (nasal)</i> ..	96
<i>estradiol vaginal</i>	74	<i>famotidine in nacl</i> <i>0.9% iv soln 20</i> <i>mg/50ml</i>	78	<i>fluocinolone acetamide</i>	99
<i>estradiol valerate</i> ...	74	FANAPT	53	<i>fluocinolone acetamide</i> (<i>otic</i>).....	93
<i>eszopiclone</i>	61	FANAPT PAK.....	53	<i>fluocinonide</i>	99
<i>ethambutol hcl</i>	26	FARXIGA.....	65	<i>fluocinonide emulsified</i> <i>base</i>	99
<i>ethosuximide</i>	57	FASENRA	95	<i>fluorometholone</i> (<i>ophth</i>).....	91
<i>ethynodiol diacetate &</i> <i>ethinyl estradiol tab</i> <i>1 mg-35 mcg</i>	71	FASENRA PEN.....	95	<i>fluorouracil</i>	31
<i>ethynodiol diacetate &</i> <i>ethinyl estradiol tab</i> <i>1 mg-50 mcg</i>	71	<i>feirza 1.5/30</i>	71	<i>fluorouracil (topical)</i>	100
<i>etodolac</i>	19	<i>feirza 1/20</i>	71	<i>fluoxetine hcl</i>	51
<i>etonogestrel-ethinyl</i> <i>estradiol va ring</i> <i>0.12-0.015 mg/24hr</i>	71	<i>felbamate</i>	57	<i>fluphenazine</i> <i>decanoate</i>	53
<i>etoposide</i>	33	<i>felodipine</i>	47	<i>fluphenazine hcl</i>	54
		<i>fenofibrate</i>	45	<i>flurbiprofen</i>	19
		<i>fenofibrate micronized</i>	45	<i>flurbiprofen sodium</i>	91
		<i>fentanyl</i>	19	<i>fluticasone propionate</i>	99
		<i>fesoterodine fumarate</i>	81	<i>fluticasone propionate</i> (<i>nasal</i>).....	96
		FETZIMA.....	51	<i>fluticasone-salmeterol</i> <i>aer powder ba 100-</i> <i>50 mcg/act</i>	97
		FETZIMA CAP TITRATIO	51		
		FIASP	67		
		FIASP FLEXTOUCH .	67		

fluticasone-salmeterol
aer powder ba 250-
50 mcg/act..... 97
fluticasone-salmeterol
aer powder ba 500-
50 mcg/act..... 97
fluvoxamine maleate
..... 49
fondaparinux sodium
..... 81
fosamprenavir calcium
..... 24
fosinopril sodium.... 43
fosinopril sodium &
hydrochlorothiazide
tab 10-12.5 mg... 43
fosinopril sodium &
hydrochlorothiazide
tab 20-12.5 mg... 43
FOTIVDA..... 35
FREESTY LIBR KIT 2
SENSOR..... 101
FREESTY LIBR KIT 3
SENSOR..... 101
FREESTY LIBR KIT
SENSOR..... 101
FREESTY LIBR MIS 2
READER..... 101
FREESTY LIBR MIS 3
READER..... 101
FREESTYLE MIS
READER..... 101
FRINDOVYX..... 30
FRUZAQLA 35
FULPHILA..... 82
fulvestrant 32
furosemide..... 48
furosemide inj 48
FUZEON..... 24
fyavolv tab 0.5mg-
2.5mcg 74

fyavolv tab 1mg-5mcg
..... 74
FYCOMPA..... 57
gabapentin..... 57
galantamine
hydrobromide 50
gallifrey 77
GAMASTAN INJ 86
GAMMAGARD LIQUID
..... 86
GAMMAGARD S/D IGA
LESS TH..... 86
GAMMAKED 86
GAMMAPLEX..... 86
GAMUNEX-C 86
ganciclovir sodium . 26
GARDASIL 9 87
gatifloxacin (ophth) 91
GATTEX 80
GAUZE PADS 2 67
gavilyte-c..... 79
gavilyte-g 79
gavilyte-n/flavor pack
..... 79
GAVRETO..... 35
gefitinib 35
gemcitabine hcl 31
gemfibrozil..... 45
GEMTESA..... 81
generlac 79
gengraf 86
GENOTROPIN 76
GENOTROPIN
MINIQUICK 76
gentamicin in saline
inj 0.8 mg/ml 21
gentamicin in saline
inj 1 mg/ml 21
gentamicin in saline
inj 1.2 mg/ml 21
gentamicin in saline
inj 1.6 mg/ml 21

gentamicin in saline
inj 2 mg/ml 21
gentamicin sulfate.. 21
gentamicin sulfate
(ophth)..... 91
gentamicin sulfate
(topical)..... 98
GENVOYA TAB 25
GILOTRIF..... 35
glatiramer acetate.. 63
glatopa..... 63
GLEOSTINE..... 30
glimepiride 65
glipizide..... 65
glipizide xl 65
glipizide-metformin hcl
tab 2.5-250 mg... 65
glipizide-metformin hcl
tab 2.5-500 mg... 65
glipizide-metformin hcl
tab 5-500 mg 65
glycopyrrolate 78
glydo.....100
GLYXAMBI TAB 10-5
MG..... 65
GLYXAMBI TAB 25-5
MG..... 65
GOMEKLI 35
granisetron hcl 78
griseofulvin microsize
..... 23
griseofulvin
ultramicrosize 23
guanfacine hcl 48
guanfacine hcl (adhd)
..... 60
HAEGARDA 82
hailey 1.5/30..... 71
hailey 24 fe..... 71
halobetasol propionate
..... 99
haloette..... 71



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

<i>haloperidol</i>	54	<i>hydrocodone-</i>	<i>imipenem-cilastatin</i>
<i>haloperidol decanoate</i>		<i>acetaminophen tab</i>	<i>intravenous for soln</i>
.....	54	<i>5-325 mg</i>	<i>500 mg</i>
<i>haloperidol lactate</i> ..	54	<i>hydrocodone-</i>	<i>51</i>
HARVONI PAK 33.75-		<i>acetaminophen tab</i>	<i>100</i>
150MG.....	26	<i>7.5-325 mg</i>	<i>36</i>
HARVONI PAK 45-		<i>hydrocodone-</i>	<i>IMOVAX RABIES</i>
200MG.....	26	<i>ibuprofen tab 7.5-</i>	<i>(H.D.C.V.)</i>
HARVONI TAB 45-		<i>200 mg</i>	<i>22</i>
200MG.....	26	<i>hydrocortisone</i>	<i>52</i>
HARVONI TAB 90-		<i>hydrocortisone</i>	<i>incassia</i>
400MG.....	26	<i>(intrarectal)</i>	<i>76</i>
HAVRIX	87	<i>hydrocortisone (rectal)</i>	<i>93</i>
heather	71	.....	<i>48</i>
HEP SOD/NACL INJ		<i>hydrocortisone</i>	<i>87</i>
25000UNT.....	81	<i>(topical)</i>	<i>84</i>
heparin sodium		<i>hydrocortisone sod</i>	<i>36</i>
(porcine).....	81	<i>succinate</i>	<i>31</i>
HEPLISAV-B	87	<i>hydrocortisone</i>	<i>36</i>
HERCEP HYLEC SOL		<i>valerate</i>	<i>INSULIN PEN</i>
60-10000	36	<i>99</i>	<i>NEEDLES: BD-</i>
HERCEPTIN	36	<i>hydromorphone hcl</i> 20	<i>EMBECTA</i>
HERZUMA	36	<i>hydroxychloroquine</i>	<i>67</i>
HIBERIX	87	<i>sulfate</i>	<i>INSULIN SAFETY</i>
HUMIRA.....	83, 84	<i>85</i>	<i>NEEDLES: BD-</i>
HUMIRA PEN	84	<i>hydroxyurea</i>	<i>EMBECTA</i>
HUMIRA PEN KIT		<i>33</i>	<i>67</i>
PS/UV.....	84	<i>hydroxyzine hcl</i>	<i>INSULIN SYRINGES:</i>
HUMIRA PEN-		<i>hydroxyzine pamoate</i>	<i>BD-EMBECTA</i>
CD/UC/HS START	84	.....	<i>24</i>
HUMIRA PEN-		<i>ibandronate sodium</i> 69	<i>90</i>
PEDIATRIC UC S .	84	<i>IBRANCE</i>	<i>71</i>
HUMULIN R U-500		<i>ibu</i>	<i>54</i>
(CONCENTR.....	67	<i>ibuprofen</i>	<i>54</i>
HUMULIN R U-500		<i>icatibant acetate</i>	<i>54</i>
KWIKPEN	67	<i>iclevia</i>	<i>87</i>
hydralazine hcl	48	<i>ICLUSIG</i>	<i>93</i>
hydrochlorothiazide	48	<i>84</i>	<i>(nasal)</i>
hydrocodone bitartrate		<i>IDACIO (2 PEN)</i>	<i>93</i>
.....	20	<i>IDACIO (2 SYRINGE)</i>	<i>ipratropium-albuterol</i>
<i>hydrocodone-</i>		.....	<i>nebu soln 0.5-2.5(3)</i>
<i>acetaminophen soln</i>		<i>IDACIO CROHN INJ</i>	<i>mg/3ml</i>
<i>7.5-325 mg/15ml</i>	20	<i>DISEASE</i>	<i>45</i>
<i>hydrocodone-</i>		<i>84</i>	<i>irbesartan-</i>
<i>acetaminophen tab</i>		<i>IDACIO PLAQU INJ</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>10-325 mg</i>	20	<i>PSORIASIS</i>	<i>tab 150-12.5 mg.</i>
		<i>84</i>	<i>44</i>
		<i>IDHIFA</i>	
		<i>36</i>	
		<i>imatinib mesylate</i> ...	
		<i>36</i>	
		<i>IMBRUVICA</i>	
		<i>36</i>	
		<i>imipenem-cilastatin</i>	
		<i>intravenous for soln</i>	
		<i>250 mg</i>	
		<i>22</i>	

irbesartan-
hydrochlorothiazide
tab 300-12.5 mg . 44
irinotecan hcl..... 33
 ISENTRESS 24
 ISENTRESS HD 24
isibloom..... 71
 ISOLYTE-P INJ /D5W
 88
 ISOLYTE-S INJ PH 7.4
 88
isoniazid 26
isosorbide dinitrate. 49
isosorbide mononitrate
 49
isotretinoin..... 98
isradipine..... 47
 ITOVEBI 36
itraconazole 23
ivabradine hcl..... 48
ivermectin..... 22
 IWILFIN..... 33
 IXCHIQ INJ 87
 IXIARO INJ..... 87
 JAKAFI 36
jantoven 82
 JANUMET TAB 50-
 1000 66
 JANUMET TAB 50-
 500MG..... 65
 JANUMET XR TAB 100-
 1000 66
 JANUMET XR TAB 50-
 1000 66
 JANUMET XR TAB 50-
 500MG..... 66
 JANUVIA 66
 JARDIANCE 66
jasmiel 71
javygtor..... 76
 JAYPIRCA..... 36

JENTADUETO TAB 2.5-
 1000 66
 JENTADUETO TAB 2.5-
 500 66
 JENTADUETO TAB 2.5-
 850 66
 JENTADUETO TAB XR
 2.5-1000MG 66
 JENTADUETO TAB XR
 5-1000MG 66
jinteli 74
jolessa..... 71
juleber 71
 JULUCA TAB 50-25MG
 25
junel 1.5/30 71
junel 1/20..... 71
junel fe 1.5/30..... 71
junel fe 1/20 71
junel fe 24 71
 JYLAMVO 85
 JYNNEOS 87
 KADCYLA 36
kaitlib fe 71
 KALYDECO 95
 KANJINTI 36
kariva..... 71
kcl 10 meq/l (0.075%)
in dextrose 5% &
nacl 0.45% inj 88
kcl 20 meq/l (0.149%)
in nacl 0.45% inj. 89
kcl 20 meq/l (0.15%)
in dextrose 5% &
nacl 0.2% inj 88
kcl 20 meq/l (0.15%)
in dextrose 5% &
nacl 0.45% inj 89
kcl 20 meq/l (0.15%)
in dextrose 5% &
nacl 0.9% inj 89

kcl 20 meq/l (0.15%)
in nacl 0.45% inj. 89
kcl 20 meq/l (0.15%)
in nacl 0.9% inj .. 89
kcl 30 meq/l (0.224%)
in dextrose 5% &
nacl 0.45% inj 89
kcl 40 meq/l (0.3%) in
dextrose 5% & nacl
0.45% inj..... 89
kcl 40 meq/l (0.3%) in
dextrose 5% & nacl
0.9% inj 89
kcl 40 meq/l (0.3%) in
nacl 0.9% inj..... 89
 KCL/D5W/NACL INJ
 0.3/0.9% 89
kelnor 1/35 71
kelnor 1/50 71
 KERENDIA..... 43
 KESIMPTA..... 63
ketoconazole 23
ketoconazole (topical)
 98
ketorolac
tromethamine
(ophth)..... 92
 KEYTRUDA 36
 KINRIX INJ..... 87
kionex 69
 KISQALI 200 DOSE 36
 KISQALI 200 PAK
 FEMARA 37
 KISQALI 400 DOSE 37
 KISQALI 400 PAK
 FEMARA 37
 KISQALI 600 DOSE 37
 KISQALI 600 PAK
 FEMARA 37
klayesta..... 98
klor-con 89
klor-con 10 89



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

<i>klor-con 8</i>	89	LENVIMA CAP 14 MG	37	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	72
<i>klor-con m10</i>	90	LENVIMA CAP 18 MG	37	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg ...</i>	72
<i>klor-con m15</i>	90	LENVIMA CAP 24 MG	37	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg .</i>	72
<i>klor-con m20</i>	90	<i>lessina</i>	71	<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	72
KOSELUGO.....	37	<i>letrozole</i>	32	<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg</i>	72
<i>kourzeq</i>	101	<i>leucovorin calcium..</i>	42	<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	72
KRAZATI.....	37	LEUKERAN	30	<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	72
<i>kurvelo</i>	71	<i>leuprolide acetate ..</i>	32	<i>levora 0.15/30-28..</i>	72
<i>labetalol hcl</i>	47	<i>levalbuterol hcl</i>	94	<i>levo-t</i>	77
<i>lacosamide</i>	57	<i>levalbuterol tartrate</i>	94	<i>levothyroxine sodium</i>	77
<i>lacosamide oral</i>	57	<i>levetiracetam</i>	57	<i>levoxyl</i>	77
<i>lactated ringer's solution</i>	89	LEVETIRACETAM	57	<i>l-glutamine (sickle cell)</i>	82
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	100	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	58	<i>lidocaine</i>	100
<i>lactulose</i>	79	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	58	<i>lidocaine hcl</i>	100
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	79	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	58	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	19
<i>lamivudine</i>	24	<i>levobunolol hcl</i>	92	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	101
<i>lamivudine (hbv)</i>	26	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	76	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	100
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg..</i>	25	<i>levocetirizine dihydrochloride ...</i>	94	<i>lidocan</i>	100
<i>lamotrigine</i>	57	<i>levofloxacin</i>	28	LILETTA.....	72
<i>lanreotide acetate ..</i>	76	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	28	<i>linezolid</i>	22
<i>lansoprazole</i>	80	<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	28	LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	22
<i>lapatinib ditosylate .</i>	37	<i>levonest</i>	71	LINZESS.....	80
<i>larin 1.5/30</i>	71	<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg &eth est 0.01 mg</i>	72		
<i>larin 1/20</i>	71				
<i>larin 24 fe</i>	71				
<i>larin fe 1.5/30</i>	71				
<i>larin fe 1/20</i>	71				
<i>latanoprost</i>	92				
<i>layolis fe</i>	71				
LAZCLUZE.....	37				
<i>leflunomide</i>	85				
<i>lenalidomide</i>	32				
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	37				
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	37				
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	37				
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	37				
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	37				

<i>liothyronine sodium</i> 77	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg...</i> 44	<i>lyza</i> 72
<i>lisinopril</i> 43	LOTEMAX..... 92	<i>magnesium sulfate</i> . 89
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg...</i> 43	<i>loteprednol etabonate</i> 92	MAGNESIUM SULFATE 89
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg...</i> 43	<i>lovastatin</i> 45	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> 89
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> 43	<i>low-ogestrel</i> 72	<i>malathion</i> .....101
<i>lithium</i> 62	<i>loxapine succinate</i> .. 54	<i>maraviroc</i> 24
<i>lithium carbonate</i> ... 62	LUMAKRAS..... 38	<i>marlissa</i> 72
LIVTENCITY..... 26	LUMIGAN 92	MARPLAN..... 51
<i>loestrin 1.5/30-21</i> .. 72	LUMIZYME 76	MATULANE..... 33
<i>loestrin 1/20-21</i> 72	LUPRON DEPOT (1-MONTH)..... 32	MAVYRET PAK 50-20MG 26
<i>loestrin fe 1.5/30</i> ... 72	LUPRON DEPOT (3-MONTH)..... 32	MAVYRET TAB 100-40MG 26
<i>loestrin fe 1/20</i> 72	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)..... 76	<i>meclizine hcl</i> 78
LOKELMA 69	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)..... 76	<i>medroxyprogesterone acetate</i> 77
LONSURF TAB 15-6.14 31	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)..... 76	<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> ... 72
LONSURF TAB 20-8.19 31	<i>lurasidone hcl</i> 54	<i>mefloquine hcl</i> 24
<i>loperamide hcl</i> 80	<i>lutea</i> 72	<i>megestrol acetate</i> . 32, 77
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i> 25	LYBALVI TAB 10-10MG 54	<i>megestrol acetate (appetite)</i> 77
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> 26	LYBALVI TAB 15-10MG 54	MEKINIST 38
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> 26	LYBALVI TAB 20-10MG 54	MEKTOVI 38
<i>lorazepam</i> 49	LYBALVI TAB 5-10MG 54	<i>meloxicam</i> 19
<i>lorazepam intensol</i> . 49	<i>lyleq</i> 72	<i>memantine hcl</i> 50
LORBRENA 37	<i>lyllana</i> 75	<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i> . 50
<i>loryna</i> 72	LYNPARZA..... 38	<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg</i> ... 50
<i>losartan potassium</i> . 45	LYSODREN 32	<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg</i> ... 50
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> . 44	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 38	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> 44	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 38	
	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 38	



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

<i>memantine hcl-</i>	<i>metoprolol tartrate.</i> 47	<i>multiple electrolytes</i>
<i>donepezil hcl cap er</i>	<i>metronidazole</i> 22	<i>ph 5.5</i> 89
<i>24hr 28-10 mg ...</i> 50	<i>metronidazole</i>	<i>multiple electrolytes</i>
MENACTRA INJ 87	<i>(topical)</i> 100	<i>ph 7.4</i> 89
MENQUADFI 87	<i>metronidazole vaginal</i>	<i>mupirocin</i> 98
MENVEO INJ 87	 81	<i>mycophenolate mofetil</i>
MENVEO SOL..... 87	<i>metyrosine</i> 48	 87
<i>mercaptopurine</i> 31	<i>mibelas 24 fe</i> 72	<i>mycophenolate</i>
<i>meropenem</i> 22	<i>micafungin sodium</i> . 23	<i>sodium</i> 87
<i>mesalamine</i> 79	<i>microgestin 1.5/30</i> . 72	MYRBETRIQ..... 81
<i>mesalamine w/</i>	<i>microgestin 1/20</i> 72	<i>nabumetone</i> 19
<i>cleanser</i> 79	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	<i>nadolol</i> 47
<i>mesna</i> 42	 72	<i>nafticillin sodium</i> 29
MESNEX 42	<i>microgestin fe 1/20</i> 72	NAGLAZYME 76
<i>metformin hcl</i> 66	<i>midodrine hcl</i> 48	<i>nalbuphine hcl</i> 20
<i>methadone hcl</i> 20	MIEBO..... 92	<i>naloxone hcl</i> 65
<i>methadone</i>	<i>mifepristone</i>	<i>naltrexone hcl</i> 65
<i>hydrochloride i</i> 20	<i>(hyperglycemia)</i> .. 76	NAMZARIC CAP 14-
<i>methazolamide</i> 48	<i>mili</i> 72	<i>10MG</i> 50
<i>methenamine</i>	<i>mimvey</i> 75	NAMZARIC CAP 21-
<i>hippurate</i> 22	<i>minocycline hcl</i> 30	<i>10MG</i> 50
<i>methimazole</i> 77	<i>minoxidil</i> 48	NAMZARIC CAP 28-
<i>methocarbamol</i> 64	<i>mirtazapine</i> 51	<i>10MG</i> 50
<i>methotrexate sodium</i>	<i>misoprostol</i> 80	NAMZARIC CAP 7-
..... 31, 85	MITIGARE 19	<i>10MG</i> 50
<i>methsuximide</i> 58	M-M-R II INJ 87	NAMZARIC CAP PACK
<i>methylphenidate hcl</i>	M-NATAL PLUS TAB 90	 50
..... 60, 61	<i>modafinil</i> 64	<i>naproxen</i> 19
<i>methylprednisolone</i> 75	<i>moexipril hcl</i> 43	<i>naproxen dr</i> 19
<i>methylprednisolone</i>	<i>molindone hcl</i> 54	<i>naproxen sodium</i> ... 19
<i>acetate</i> 75	<i>mometasone furoate</i>	<i>naratriptan hcl</i> 62
<i>methylprednisolone</i>	 99	NATACYN 91
<i>sod succ</i> 75	MONJUVI 38	<i>nateglinide</i> 66
<i>methyltestosterone</i> 65	<i>mono-lynyah</i> 72	NAYZILAM..... 58
<i>metoclopramide hcl</i> 78	<i>montelukast sodium</i> 94	<i>nebivolol hcl</i> 47
<i>metolazone</i> 48	<i>morphine sulfate</i> 20	<i>necon 0.5/35-28</i> 72
<i>metoprolol &</i>	MOUNJARO 66	<i>nefazodone hcl</i> 51
<i>hydrochlorothiazide</i>	MOVANTIK 80	<i>neomycin sulfate</i> 22
<i>tab 100-25 mg</i> 46	<i>moxifloxacin hcl</i> 28	<i>neomycin-bacitrac zn-</i>
<i>metoprolol &</i>	<i>moxifloxacin hcl</i>	<i>polymyx 5(3.5)mg-</i>
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>(ophth)</i> 91	<i>400unt-10000unt op</i>
<i>tab 100-50 mg</i> 46	<i>moxifloxacin hcl 400</i>	<i>oin</i> 91
<i>metoprolol &</i>	<i>mg/250ml in sodium</i>	<i>neomycin-polymy-</i>
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>chloride 0.8% inj</i> . 28	<i>gramicid op sol</i>
<i>tab 50-25 mg</i> 46	MRESVIA 88	<i>1.75-10000-</i>
<i>metoprolol succinate</i>	MULTAQ 45	<i>0.025mg-unt-mg/ml</i>
..... 47		 91

<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%..</i>	90	<i>nitrofurantoin monohyd macro ..</i>	22	<i>25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	73
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%.</i>	90	<i>nitroglycerin</i>	49	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	73
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	90	<i>nitroglycerin (intra-anal)</i>	100	<i>norlyroc</i>	73
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1% ...</i>	93	<i>nizatidine</i>	78	<i>nortrel 0.5/35 (28).</i>	73
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	93	<i>nora-be</i>	72	<i>nortrel 1/35 (21) ...</i>	73
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	91	<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	72	<i>nortrel 1/35 (28) ...</i>	73
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	90	<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	72	<i>nortrel 7/7/7</i>	73
<i>NERLYNX</i>	38	<i>norethindrone (contraceptive) ...</i>	73	<i>nortriptyline hcl</i>	51
<i>nevirapine</i>	24	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	73	<i>NORVIR</i>	24
<i>NEXLETOL</i>	46	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	73	<i>NOVOLIN INJ 70/30</i>	67
<i>NEXLIZET TAB 180/10MG</i>	46	<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	73	<i>NOVOLIN INJ 70/30 FP</i>	67
<i>NEXPLANON</i>	72	<i>norethindrone acetate</i>	77	<i>NOVOLIN N</i>	67
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	46	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg ..</i>	75	<i>NOVOLIN N FLEXPEN</i>	68
<i>nicardipine hcl</i>	47	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	75	<i>NOVOLIN R</i>	68
<i>NICOTROL INHALER</i>	65	<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	73	<i>NOVOLIN R FLEXPEN</i>	68
<i>NICOTROL NS</i>	65	<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	73	<i>NOVOLOG</i>	68
<i>nifedipine</i>	47	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	73	<i>NOVOLOG FLEXPEN</i>	68
<i>nikki</i>	72			<i>NOVOLOG MIX INJ 70/30</i>	68
<i>nilutamide</i>	32			<i>NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN</i>	68
<i>nimodipine</i>	47			<i>NOVOLOG PENFILL.</i>	68
<i>NINLARO</i>	38			<i>NUBEQA</i>	32
<i>nitazoxanide</i>	22			<i>NUDEXTA CAP 20-10MG</i>	63
<i>nitisinone</i>	76			<i>NULOJIX</i>	87
<i>NITRO-BID</i>	49			<i>NUPLAZID</i>	54
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	22			<i>NURTEC</i>	62
				<i>NUTRILIPID</i>	90
				<i>NUZYRA</i>	30
				<i>nyamyc</i>	98
				<i>nylia 1/35</i>	73
				<i>nylia 7/7/7</i>	73
				<i>nystatin</i>	23



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

<i>nystatin (mouth-throat)</i>	101	<i>hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	44	ORGOVYX	32
<i>nystatin (topical)</i>	98	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	.. 44	ORKAMBI GRA 100-125	95
<i>nystop</i>	98	<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	.. 46	ORKAMBI GRA 150-188	95
<i>ocella</i>	73	<i>omeprazole</i>	80	ORKAMBI GRA 75-94MG	95
OCTAGAM	86	OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6.....	68	ORKAMBI TAB 100-125	95
<i>octreotide acetate</i> ..	76	OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6.....	68	ORKAMBI TAB 200-125	95
ODEFSEY TAB.....	26	OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	68	ORSERDU	32
ODOMZO	38	OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	68	<i>oseltamivir phosphate</i>	26
OFEV.....	95	OMNIPOD 5 LB KIT INTRO G6.....	68	<i>oxacillin sodium</i>	29
<i>ofloxacin (ophth)</i> ...	91	OMNIPOD 5 LB MIS PODS G6.....	68	<i>oxaliplatin</i>	30
<i>ofloxacin (otic)</i>	93	OMNIPOD DASH KIT INTRO	68	<i>oxcarbazepine</i>	58
OGIVRI	38	OMNIPOD DASH MIS PODS	68	<i>oxybutynin chloride</i>	81
OGSIVEO	38	OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	68	<i>oxycodone hcl</i>	20
OJEMDA.....	38	OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	68	<i>oxycodone w/acetaminophen tab 10-325 mg</i>	21
OJJAARA.....	38	OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	68	<i>oxycodone w/acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	20
<i>olanzapine</i>	54	OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	68	<i>oxycodone w/acetaminophen tab 5-325 mg</i>	20
<i>olmesartan medoxomil</i>	45	OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	68	<i>oxycodone w/acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	20
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> ...	44	OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	68	OXYCONTIN	20
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> ...	44	OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	68	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	66
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	44	OMNIPOD MIS CLASSIC	68	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	66
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	44	<i>ondansetron</i>	78	OZEMPIC (1MG/DOSE)	66
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	44	<i>ondansetron hcl</i>	78	OZEMPIC (2MG/DOSE)	66
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg.</i>	44	ONTRUZANT.....	38	<i>pacerone</i>	45
<i>olmesartan-amlodipine-</i>		ONUREG	31	<i>paclitaxel</i>	33
		OPIPZA.....	54	<i>paclitaxel inj 100mg</i>	33
		OPSUMIT	49	<i>paliperidone</i>	54, 55
				<i>pamidronate disodium</i>	69

PAMIDRONATE		
DISODIUM	69	
PANRETIN	100	
pantoprazole sodium		
.....	80	
PANZYGA	86	
paricalcitol	77	
paroxetine hcl.....	51	
PAXLOVID PAK	27	
PAXLOVID TAB 150-		
100	27	
PAXLOVID TAB 300-		
100	27	
pazopanib hcl	38	
PEDIARIX INJ 0.5ML	88	
PEDVAX HIB	88	
peg 3350-kcl-na		
bicarb-nacl-na		
sulfate for soln 236		
gm	79	
peg 3350-kcl-sod		
bicarb-nacl for soln		
420 gm	79	
PEGASYS	27	
PEMAZYRE	38	
pemetrexed disodium		
.....	31	
PENBRAYA INJ	88	
penicillamine	69	
penicillin g potassium		
.....	29	
penicillin g sodium .	29	
penicillin v potassium		
.....	29	
PENTACEL INJ	88	
pentamidine		
isethionate inh	22	
pentamidine		
isethionate inj	22	
pentoxifylline.....	82	
perindopril erbumine		
.....	43	
perigard	101	
permethrin	101	
perphenazine.....	55	
pfizerpen	29	
phenelzine sulfate ..	51	
phenobarbital	58	
phenobarbital sodium		
.....	58	
phenytek	58	
phenytoin	58	
phenytoin sodium ..	58	
phenytoin sodium		
extended.....	58	
PHESGO SOL	38	
philith.....	73	
PIFELTRO.....	24	
pilocarpine hcl	92	
pilocarpine hcl (oral)		
.....	101	
pimecrolimus.....	100	
pimozide.....	55	
pimtrea	73	
pindolol	47	
pioglitazone hcl.....	66	
pioglitazone hcl-		
metformin hcl tab		
15-500 mg	66	
pioglitazone hcl-		
metformin hcl tab		
15-850 mg	66	
piperacillin sod-		
tazobactam na for		
inj 3.375 gm (3-		
0.375 gm).....	29	
piperacillin sod-		
tazobactam sod for		
inj 13.5 gm (12-1.5		
gm).....	30	
piperacillin sod-		
tazobactam sod for		
inj 2.25 gm (2-0.25		
gm).....	29	
piperacillin sod-		
tazobactam sod for		
inj 4.5 gm (4-0.5		
gm).....	29	
piperacillin sod-		
tazobactam sod for		
inj 40.5 gm (36-4.5		
gm).....	30	
PIQRAY 200MG DAILY		
DOSE	39	
PIQRAY 250MG TAB		
DOSE	39	
PIQRAY 300MG DAILY		
DOSE	39	
pirfenidone.....	95	
piroxicam.....	19	
plenamine.....	90	
PLENVU SOL.....	79	
podofilox	100	
polycin ophth oint ..	91	
polymyxin b sulfate	22	
polymyxin b-		
trimethoprim ophth		
soln 10000 unit/ml-		
0.1%.....	91	
POMALYST	32	
portia-28	73	
posaconazole.....	23	
POT CHL 20MEQ/L IN		
NACL 0.45% INJ .	89	
POT CHL 20MEQ/L IN		
NACL 0.9% INJ ...	89	
POT CHL 40MEQ/L IN		
NACL 0.9% INJ ...	89	
potassium chloride	89,	
90		
potassium chloride 20		
meq/l (0.15%) in		
dextrose 5% inj ..	89	
potassium chloride		
microencapsulated		
crystals er	90	



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

<i>potassium citrate</i>	<i>proctosol hc</i>	REPATHA
(alkalinizer)	<i>proctozone-hc</i>	PUSHTRONEX
<i>pramipexole</i>	<i>progesterone</i>	SYSTEM
<i>dihydrochloride</i> ...	PROGRAF	REPATHA SURECLICK
<i>prasugrel hcl</i>	PROLASTIN-C	 46
<i>pravastatin sodium</i> ..	PROLIA	RESTASIS
<i>praziquantel</i>	<i>promethazine hcl</i> ...	RESTASIS MULTIDOSE
<i>prazosin hcl</i>	<i>propafenone hcl</i>	 92
<i>prednisolone</i>	<i>proparacaine hcl</i> ...	RETEVMO
<i>prednisolone acetate</i>	<i>propranolol hcl</i>	REVUFORJ
(<i>ophth</i>)	<i>propylthiouracil</i>	REXULTI
PREDNISOLONE	PROQUAD INJ	REYATAZ
SODIUM PHOSP ..	PROSOL INJ 20% ...	REZLIDHIA
<i>prednisolone sodium</i>	<i>protriptyline hcl</i>	REZUROCK
<i>phosphate</i>	PULMOZYME	RHOPRESSA
<i>prednisone</i>	PURIXAN	<i>ribavirin (hepatitis c)</i>
PREDNISONE	<i>pyrazinamide</i>	 27
INTENSOL	<i>pyridostigmine</i>	<i>rifabutin</i>
<i>pregabalin</i>	<i>bromide</i>	<i>rifampin</i>
PREMASOL SOL 10%	<i>pyrimethamine</i>	<i>riluzole</i>
..... 90	PYZCHIVA	<i>rimantadine</i>
PRENATAL TAB 27-	QINLOCK	<i>hydrochloride</i>
1MG	QUADRACEL INJ 0.5ML	RINVOQ
PRENATAL TAB PLUS	 88	RINVOQ LQ
..... 90	<i>quetiapine fumarate</i> ..	<i>risedronate sodium</i> ..
<i>prevalite</i>	<i>quinapril hcl</i>	<i>risperidone</i>
PREVYMIS	<i>quinidine sulfate</i> ...	<i>risperidone</i>
PREZCOBIX TAB 800-	<i>quinine sulfate</i>	<i>microspheres</i>
150	QULIPTA	<i>ritonavir</i>
PREZISTA	RABAVERT INJ	<i>rivaroxaban</i>
PRIFTIN	<i>rabeprazole sodium</i> ..	<i>rivastigmine</i>
<i>primaquine phosphate</i>	RALDESY	<i>rivastigmine tartrate</i>
..... 24	<i>raloxifene hcl</i>	 50
PRIMAQUINE	<i>ramipril</i>	<i>rivelsa</i>
PHOSPHATE	<i>ranolazine</i>	<i>rizatriptan benzoate</i> ..
<i>primidone</i>	<i>rasagiline mesylate</i> ..	ROCKLATAN DRO ...
PRIORIX INJ	<i>reclipsen</i>	<i>roflumilast</i>
PRIVIGEN	RECOMBIVAX HB ...	ROMVIMZA
<i>probenecid</i>	REGRANEX	<i>ropinirole</i>
<i>prochlorperazine</i> ...	RELENZA DISKHALER	<i>hydrochloride</i>
<i>prochlorperazine</i>	 27	<i>rosuvastatin calcium</i> ..
<i>edisylate</i>	RELISTOR	ROTARIX SUS
<i>prochlorperazine</i>	REMICADE	ROTATEQ SOL
<i>maleate</i>	RENFLEXIS	<i>roweepra</i>
PROCRIT	<i>repaglinide</i>	ROZLYTREK
<i>proctocort</i>	REPATHA	RUBRACA
<i>procto-med hc</i>		<i>rufinamide</i>

RUKOBIA	24	sodium fluoride chew;	soln 10-		
RYBELSUS.....	66	tab; 1.1 (0.5 f)	0.23(0.25)%	90	
RYDAPT	39	mg/ml soln.....	90	sulfadiazine.....	22
sajazir	82	SODIUM OXYBATE..	64	sulfamethoxazole-	
SANTYL	101	sodium phenylbutyrate		trimethoprim iv soln	
sapropterin		.....	76	400-80 mg/5ml...	22
dihydrochloride ...	76	sodium polystyrene		sulfamethoxazole-	
SCEMBLIX.....	39	sulfonate powder.	69	trimethoprim susp	
scopolamine	78	solifenacin succinate	81	200-40 mg/5ml...	22
SECUADO	55	SOLIQUA INJ 100/33		sulfamethoxazole-	
selegiline hcl	52	.....	68	trimethoprim tab	
selenium sulfide.....	98	SOLTAMOX.....	32	400-80 mg	22
SELZENTRY	24	SOLU-CORTEF	75	sulfamethoxazole-	
SEREVENT DISKUS.	94	SOMATULINE DEPOT		trimethoprim tab	
sertraline hcl	51	.....	77	800-160 mg	22
setlakin	73	SOMAVERT.....	77	SULFAMYLON	98
sharobel	73	sorafenib tosylate ..	40	sulfasalazine	79
SHINGRIX.....	88	sotalol hcl	45	sulindac.....	19
SIGNIFOR	76	sotalol hcl (afib/afl)	45	sumatriptan	62
SIKLOS.....	82	SOTYKTU	84	sumatriptan succinate	
sildenafil citrate		spironolactone	43	.....	62
(pulmonary		spironolactone &		sunitinib malate	40
hypertension)	49	hydrochlorothiazide		SUNLENCA.....	24
silver sulfadiazine...	98	tab 25-25 mg	48	syeda	73
SIMBRINZA SUS 1-		sprintec 28.....	73	SYMDEKO TAB 100-	
0.2%	92	SPRITAM.....	58	150	96
simliya	73	sps	69	SYMDEKO TAB 50-	
simpesse	73	sps rectal.....	69	75MG	96
simvastatin	46	sronyx.....	73	SYMPAZAN.....	59
sirolimus.....	87	ssd	98	SYMTUZA TAB	26
SIRTURO	26	STELARA.....	84, 85	SYNAREL	77
SKYRIZI.....	84	STIVARGA.....	40	SYNJARDY TAB 12.5-	
SKYRIZI PEN	84	streptomycin sulfate	22	1000MG.....	66
sod sulfate-pot sulf-		STRIBILD TAB	26	SYNJARDY TAB 12.5-	
mg sulf oral sol		subvenite.....	58	500	66
17.5-3.13-1.6		sucrafate.....	80	SYNJARDY TAB 5-	
gm/177ml	79	sulfacetamide sodium		1000MG.....	66
sodium chloride	89	(acne)	98	SYNJARDY TAB 5-	
sodium chloride (gu		sulfacetamide sodium		500MG.....	66
irrigant)	101	(ophth).....	91	SYNJARDY XR TAB 10-	
		sulfacetamide sodium-		1000	66
		prednisolone ophth			



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.

SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	66	<i>telmisartan- hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg...</i>	44	TOBRADEX OIN 0.3- 0.1%.....	91
SYNJARDY XR TAB 25- 1000	66	<i>telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg...</i>	44	<i>tobramycin.....</i>	22
SYNJARDY XR TAB 5- 1000MG	66	<i>telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	44	<i>tobramycin (ophth)</i>	91
SYNTHROID	77	<i>temazepam</i>	61	<i>tobramycin sulfate .</i>	22
TABLOID.....	31	TENIVAC INJ 5-2LF.	88	<i>tobramycin- dexamethasone ophth susp 0.3- 0.1%.....</i>	91
TABRECTA.....	40	<i>tenofovir disoproxil fumarate.....</i>	24	<i>tolterodine tartrate.</i>	81
<i>tacrolimus.....</i>	87	TEPMETKO	40	<i>topiramate</i>	59
<i>tacrolimus (topical)</i>	100	<i>terazosin hcl.....</i>	43	<i>toremifene citrate ..</i>	32
<i>tadalafil</i>	80	<i>terbutaline sulfate ..</i>	94	<i>torpenz.....</i>	40
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i>	49	<i>terconazole vaginal</i>	81	<i>torsemide</i>	48
TAFINLAR	40	TERIPARATIDE.....	69	TOUJEO MAX SOLOSTAR	68
TAGRISSE	40	<i>testosterone</i>	65	TOUJEO SOLOSTAR	69
TALZENNA	40	<i>testosterone cypionate</i>	65	TPN ELECTROL INJ .	89
<i>tamoxifen citrate....</i>	32	<i>testosterone enantate</i>	65	TRADJENTA.....	67
<i>tamsulosin hcl</i>	80	<i>testosterone pump .</i>	65	<i>tramadol hcl.....</i>	21
<i>tarina 24 fe</i>	73	<i>tetrabenazine</i>	63	<i>tramadol- acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	21
<i>tarina fe 1/20 eq....</i>	73	<i>tetracycline hcl</i>	30	<i>trandolapril</i>	43
TASIGNA	40	THALOMID	32	<i>tranexamic acid</i>	82
<i>tasimelteon</i>	61	THEO-24.....	96	<i>tranylcypromine sulfate</i>	51
TAVNEOS.....	82	<i>theophylline</i>	96	TRAVASOL INJ 10% 90	
<i>tazarotene</i>	99	<i>thioridazine hcl</i>	55	TRAZIMERA.....	40
<i>tazicef</i>	28	<i>thiothixene.....</i>	55	<i>trazodone hcl</i>	51
TAZORAC.....	99	<i>tiadylt er.....</i>	47	TRECATOR	26
TAZVERIK	40	<i>tiagabine hcl</i>	59	TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	93
TECENTRIQ	40	TIBSOVO	40	TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	93
TECENTRIQ INJ HYBREZA	40	<i>ticagrelor</i>	83	TREMFYA	85
TEFLARO.....	28	TICOVAC	88	TREMFYA INDUCTION PACK FO	85
<i>telmisartan</i>	45	<i>tigecycline.....</i>	30	<i>treprostinil</i>	49
<i>telmisartan- amlodipine tab 40- 10 mg.....</i>	44	<i>tilia fe</i>	73	TRESIBA.....	69
<i>telmisartan- amlodipine tab 40-5 mg</i>	44	<i>timolol maleate.....</i>	47	TRESIBA FLEXTOUCH	69
<i>telmisartan- amlodipine tab 80- 10 mg.....</i>	44	<i>timolol maleate (ophth).....</i>	92	<i>tretinoin</i>	98
<i>telmisartan- amlodipine tab 80-5 mg</i>	44	<i>tinidazole</i>	22	<i>tretinoin (chemotherapy) ..</i>	33
		TIVICAY.....	25		
		TIVICAY PD	25		
		<i>tizanidine hcl</i>	64		
		TOBI PODHALER	22		



123

VANCOMYCIN INJ	VOSEVI TAB	27	XIGDUO XR TAB 2.5-	
750MG.....	VOWST CAP	80	1000	67
VANFLYTA	VRAYLAR	55	XIGDUO XR TAB 5-	
VAQTA.....	<i>vyfemla</i>	74	1000MG.....	67
<i>varenicline tartrate</i> ..	<i>vylibra</i>	74	XIGDUO XR TAB 5-	
<i>varenicline tartrate tab</i>	VYZULTA.....	92	500MG.....	67
11 x 0.5 mg & 42 x	<i>warfarin sodium</i>	82	XIIDRA	92
1 mg start pack...	<i>water for irrigation,</i>		XOFLUZA	27
VARIVAX.....	<i>sterile irrigation soln</i>	101	XOLAIR	96
VASCEPA .....	.....	101	XOSPATA.....	41
VAXCHORA SUS.....	WELIREG	33	XPOVIO PAK (100 MG	
<i>velivet</i>	<i>wera</i>	74	ONCE WEEKLY)...	42
VELSIPITY.....	WESTAB PLUS TAB		XPOVIO PAK (40 MG	
VENCLEXTA.....	27-1MG	90	ONCE WEEKLY)...	41
VENCLEXTA TAB	<i>wixela inhub</i>	97	XPOVIO PAK (40 MG	
START PK.....	<i>wymzya fe</i>	74	TWICE WEEKLY)..	41
<i>venlafaxine hcl</i>	XALKORI.....	41	XPOVIO PAK (60 MG	
VENTOLIN HFA	<i>xarah fe</i>	74	ONCE WEEKLY)...	41
VENTOLIN HFA	XARELTO	82	XPOVIO PAK (60 MG	
(INSTITUTIONAL	XARELTO STAR TAB		TWICE WEEKLY)..	41
PACK).....	15/20MG.....	82	XPOVIO PAK (80 MG	
VEOZAH	XATMEP	85	ONCE WEEKLY)...	41
<i>verapamil hcl</i>	XCOPRI	59	XPOVIO PAK (80 MG	
VERQUVO	XCOPRI PAK 100-150		TWICE WEEKLY)..	42
VERSACLOZ .....	.....	59	XTANDI	32
VERZENIO.....	XCOPRI PAK 12.5-25		<i>xulane</i>	74
<i>vestura</i> .....	.....	59	XULTOPHY INJ	
<i>vienna</i>	XCOPRI PAK 150-		100/3.6	69
<i>vigabatrin</i>	200MG		YESINTEK	85
<i>vigadrone</i>	(MAINTENANCE) .	59	YF-VAX INJ	88
VIGAFYDE.....	XCOPRI PAK 150-		<i>yuvaferm</i>	75
<i>vigpoder</i>	200MG (TITRATION)		<i>zafemy</i>	74
<i>vilazodone hcl</i>.....	.....	59	<i>zafirlukast</i>	94
VIMKUNYA	XCOPRI PAK 50-		<i>zaleplon</i>	61
<i>vincristine sulfate</i> ...	100MG.....	59	ZARXIO	82
<i>vinorelbine tartrate</i>	XDEMVY	91	ZEGALOGUE.....	75
<i>viorele</i>	XELJANZ	85	ZEJULA.....	42
VIRACEPT	XELJANZ XR	85	ZELBORAF	42
VIREAD	<i>xelria fe</i>	74	ZEMAIRA	96
VITRAKVI.....	XERMELO.....	80	<i>zenatane</i>	98
VIVIMUSTA	XGEVA.....	69	ZENPEP CAP	
VIVITROL.....	XHANCE.....	96	10000UNT.....	80
VIVOTIF CAP EC....	XIFAXAN.....	80	ZENPEP CAP	
VIZIMPRO	XIGDUO XR TAB 10-		15000UNT.....	80
VONJO.....	1000	67	ZENPEP CAP	
VORANIGO.....	XIGDUO XR TAB 10-		20000UNT.....	80
<i>voriconazole</i>	500MG.....	67		

ZENPEP CAP	ZERVIAE	ZONISADE
25000UNT 80	<i>zidovudine</i> 25	<i>zonisamide</i> 60
ZENPEP CAP	<i>ziprasidone hcl</i> 56	<i>zovia 1/35</i> 74
3000UNIT 80	<i>ziprasidone mesylate</i>	ZTALMY
ZENPEP CAP	 56	<i>zumandimine</i> 74
40000UNT 80	ZIRABEV..... 42	ZURZUVAE 51, 52
ZENPEP CAP	ZIRGAN 91	ZYDELIG..... 42
5000UNIT 80	<i>zoledronic acid</i> 69	ZYKADIA..... 42
ZENPEP CAP	ZOLINZA..... 42	ZYLET SUS 0.5-0.3%
60000UNT 80	<i>zolpidem tartrate</i> ... 61	 91



질문이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus, 전화 (800) 665-3086, TTY 711번으로, 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보**가 필요하시면 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 주십시오.



Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) Medicare Medi-Cal 계획

이 처방집은 07/01/2025일에 업데이트되었습니다

자세한 내용이나 기타 문의 사항에 대해서는 (800) 665-3086, TTY 711번으로 10월 1일~3월 31일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 월~금)에 전화하거나 MolinaHealthcare.com/Medicare에서 확인하십시오.