

# Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP)

## 2025년 보장 약물 목록 (약물 목록 또는 처방집)

참고 사항: 이 문서에는 이 플랜에서 보장하는 약물에 대한 정보가 포함되어 있습니다.

이 처방집은 10/01/2024 에 업데이트되었습니다.

자세한 최신 정보 또는 기타 궁금한 점이 있으시면 **1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 문의해 주십시오. 이 전화 운영 시간은 주 7일, 오전 8시~오후 8시입니다. 또는 [kp.org/seniorrx](https://kp.org/seniorrx)를 방문하십시오.



H1230\_25HILOCFIDEKO\_C  
H1230\_PBP 008\_HI\_Final 01

HPMS Approved Formulary File Submission ID 00025415, Version 08

## 소개

이 문서는 보장 약물 목록(약물 목록이라고도 함)이라고 합니다. 이 문서를 통해 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 에서 어떤 처방약과 비처방 약물 (Over-the-counter, OTC)을 보장하는지 알 수 있습니다. 또한 약물 목록은 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 에서 보장하는 약물에 대해 특별한 규정이나 제한이 있는지 알려줍니다. 주요 용어와 이에 대한 정의는 보장 범위 증명서 마지막 장에 나와 있습니다.

## 목차

A. 면책 조항.....	4
B. 자주 하는 질문(FAQ).....	6
B1. 보장 약물 목록에는 어떤 처방약이 있습니까? (보장 약물 목록을 줄여서 "약물 목록"이라고도 합니다.).....	6
B2. 약물 목록은 변경될 수 있습니까? .....	6
B3. 약물 목록이 변경되면 어떻게 됩니까? .....	7
B4. 약물 보장 또는 특정 약물을 받기 위해 취해야 할 조치에 제한이나 한계가 있습니까?.....	9
B5. 제가 원하는 약물에 제한 사항이 있는지 또는 약물을 받기 위해 취해야 할 조치가 있는지 어떻게 알 수 있습니까?.....	9
B6. Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 이 일부 약물 보장 방법에 대한 규칙을 변경하면 어떻게 됩니까(예: 사전 허가 및/또는 수량 제한)?.....	9
B7. 약물 목록에서 약물을 어떻게 찾을 수 있나요?.....	9
B8. 내가 투여하고 싶은 약이 약물 목록에 없으면 어떻게 되나요?.....	10
B9. Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 의 신규 가입자인데 약물 목록에서 약을 찾을 수 없거나 약을 구하는 데 문제가 있는 경우 어떻게 해야 합니까?.....	10
B10. 제 약을 보장하기 위해 예외를 요청할 수 있습니까?.....	11
B11. 예외 요청은 어떻게 합니까?.....	11
B12. 예외 적용 받는 데 얼마나 걸립니까?.....	11

---

**문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 1-800-805-2739 (TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면kp.org를 방문하십시오.**



B13. 제네릭 약물이란 무엇입니까?.....	12
B14. 오리지널 생물학적 제품은 무엇이며 바이오시밀러와 무슨 관계가 있습니까?.....	13
B15. OTC 약물이란 무엇입니까?.....	13
B16. Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 은 장기 처방 공급량을 보장합니까?.....	13
B17. 동네 약국에서 집으로 처방약을 받을 수 있습니까?.....	13
B18. 본인 부담금은 무엇입니까?.....	13
C. 보장 약물 목록의 개요.....	14
C1. 의학적 상태별 약물 목록.....	15
D. 보장 약물 색인.....	156

---

**문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 1-800-805-2739 (TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.**



---

## A. 면책 조항

이는 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 에서 가입자가 받을 수 있는 약물 목록입니다.

### 장애인을 위한 편의 사항

Kaiser Permanente는 모든 가입자, 방문자 및 장애인이 이용할 수 있는 시설, 서비스, 프로그램을 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 장애에 따른 차별을 금지하는 연방 및 주법에 따라 Kaiser Permanente는 다음 사항을 제공합니다. 누구나 이용 가능한 진찰실과 의료 장비, 자격을 갖춘 수화 통역사 서비스 및 대체 형식의 정보 자료 (큰 활자, 오디오 테이프/CD, 장애인이 이용 가능한 PDF 또는 Microsoft Word 문서, 전자 텍스트/디스크/CD-ROM, 점자)를 포함하여 청각, 시각, 인지 및/또는 의사소통 관련 장애가 있는 사람과의 효과적인 의사소통을 위한 무료 보조 지원 및 서비스, 타인의 건강 또는 안전에 심각한 위협을 초래하는 경우를 제외하고는 도우미 동물의 입장 허용.

특정 시설 또는 의료 서비스 제공자에 대한 의료접근성에 대해 자세한 내용을 알아보고 싶으시거나, Kaiser Permanente가 적절한 의료접근성 또는 서비스를 제공하지 못했거나, 장애로 인해 다른 차별을 받았다고 판단되는 경우, 가입자 서비스에 **1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 수신자 부담 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일, 오전 8시~오후 8시입니다. 또한, Kaiser Permanente 민권 조정관에게 직접 우편, 팩스 또는 이메일로 연락하시거나 불만을 제기할 수도 있습니다. 우편 주소는 711 Kapiolani Blvd, Honolulu, Hawaii 96813, 이메일 주소는 **civil-rights-coordinator@kp.org**, 수신자 부담 전화번호는 **1-800-805-2739 (TTY 711)**이며, 운영 시간은 주 7일, 오전 8시~오후 8시입니다.

- ❖ Kaiser Permanente 불만 처리 절차를 이용할 수 있고 이용한다고 해도, 미국 보건복지부, 인권 사무국 또는 Hawaii 민권 위원회에 불만을 제기하는 것을 막지는 않습니다.
- ❖ Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 의 최신 보장 약물 목록은 **kp.org/seniorrx**에서 온라인으로 확인하시거나 이 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스에 전화하여 언제든지 확인하실 수 있습니다. 이 통화는 무료입니다.
- ❖ 본 문서는 큰 활자, 점자 또는 오디오와 같은 다른 형식으로 무료로 받을 수 있습니다. 이 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스에 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다.
- ❖ 본 문서는 중국어, 일로카노어, 한국어, 베트남어로 무료로 제공됩니다.
- ❖ Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 보장 약물 목록의 출력본 또는 대체 형식을 요청하려면 가입자 서비스부에 **1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 문의하십시오. 운영 시간은 주 7일, 오전 8시~오후 8시입니다.

---

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 **1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 **kp.org**를 방문하십시오.



- ❖ Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 은 요청일로부터 영업일 기준 삼 (3) 일 이내에 보장 약물 목록의 출력본을 무료로 우편 발송합니다. Kaiser Permanente는 요청이 일회성인지 아니면 보장 약물 목록을 출력본으로 계속해서 수신할 것을 요청하는 것인지 물어볼 수 있습니다.
- ❖ Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 의 보장 약물 목록을 항상 출력본으로 받을 것을 요청하는 경우 귀하의 요청은 귀하가 Kaiser Permanente를 탈퇴하거나 출력본 중단을 요청할 때까지 유지됩니다.
- ❖ 언어 또는 대체 형식에 대한 기본 설정을 변경하려면 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 운영하는 가입자 서비스에 **1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 지속적 요청인지 또는 일회성 요청인지 지정할 수 있습니다.
- ❖ Kaiser Permanente는 의료 서비스 제공자와 협력하여 모든 문화적 역량 의무가 충족되도록 합니다. 당사는 다양한 문화적, 인종적 배경을 가진 사람들뿐만 아니라 영어 실력과 읽기 능력이 제한적인 사람들을 포함하여 모든 가입자에게 문화적으로 적합한 서비스를 제공할 수 있도록 최선을 다하고 있습니다.
- ❖ Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 은 Medicare 계약 및 Medicaid 프로그램과도 계약을 맺고 있는 HMO D-SNP 플랜입니다. Kaiser Permanente 가입은 계약 갱신 여부에 달려 있습니다.

---

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 **1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



---

## B. 자주 하는 질문(FAQ)

이 보장 약물 목록에 관한 질문의 답변을 여기에서 확인할 수 있습니다. 더 자세히 알아보기 위해 자주 하는 질문 (Frequently Asked Questions, FAQ) 을 모두 읽어보시거나, 질문과 답변을 찾아볼 수 있습니다.

### B1. 보장 약물 목록에는 어떤 처방약이 있습니까? (보장 약물 목록을 줄여서 "약물 목록"이라고도 합니다.)

섹션 C부터 시작되는 보장 약물 목록의 약물은 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 에서 보장하는 약물입니다. 해당 약물은 당사 네트워크 내의 약국에서 구입할 수 있습니다. 당사와 협력하여 귀하에게 서비스를 제공하기로 계약한 경우 약국은 당사 네트워크에 소속되어 있습니다. 이러한 약국을 '네트워크 약국'이라고 합니다.

- Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 은 다음과 같은 경우 약물 목록에 있는 모든 의학적으로 필요한 약물을 포함합니다.
  - 귀하의 의사 또는 기타 처방자가 귀하가 호전되거나 건강을 유지하기 위해 필요하다고 말한 경우
  - Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 에서 해당 약물이 의학적으로 필요하다는 사실에 동의한 경우 및
  - Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 네트워크 약국에서 조제하는 경우.
- 약을 받기 전에 무언가를 해야 하는 경우도 있습니다. 자세한 정보는 질문 B4를 참조하십시오.

당사 웹사이트 [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx)에서 최신 보장 약물 목록을 확인하시거나 이 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스에 전화하여 확인하실 수도 있습니다.

### B2. 약물 목록은 변경될 수 있습니까?

네, 그리고 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 은 변경할 때마다 Medicare 및 Medicaid 규정을 따라야 합니다. 저희는 연중 약물 목록에 약물을 추가하거나 삭제할 수 있습니다.

또한, 약물에 대한 규정을 변경할 수도 있습니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- 약품에 대한 사전 승인을 요구할지 여부를 결정합니다. (사전 승인은 약을 받기 전에 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 에서 받는 승인입니다.)
- 받을 수 있는 약물의 양을 추가하거나 변경합니다 (수량 제한이라고 함).

이 약물 규정에 대한 자세한 내용은 질문 B4를 참조하십시오.

---

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 1-800-805-2739 (TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



연초에 보장된 약물을 복용하고 계신 경우, 보통 다음과 같은 경우 외의 나머지 기간 동안에는 해당 약을 제거하거나 변경하지 않습니다.

- 현재 약물 목록에 있는 약물과 동일한 효과가 있는 저렴한 새 약물이 시장에 나와 있습니다, 또는
- 약물이 안전하지 않다는 것을 알게 된 경우, 또는
- 약물이 시장에서 사라진 경우

아래 질문 B3 및 B6에는 약물 목록이 변경되면 어떤 일이 발생하는지에 대한 자세한 정보가 있습니다.

- Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 의 최신 약물 목록은 [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx)에서 온라인으로 언제든지 확인하실 수 있습니다. 약물 목록 업데이트 내용은 매월 웹사이트에 게시됩니다.
- 또는 이 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스에 문의하여 현재 약물 목록을 확인할 수도 있습니다.

### B3. 약물 목록이 변경되면 어떻게 됩니까?

약물 목록의 일부 변경 사항은 즉시 반영됩니다. 그 예는 다음과 같습니다.

- **특정한 신규 버전의 약물 대체.** 약물을 새로운 버전으로 교체하는 경우, 해당 약물을 즉시 약물 목록에서 제거할 수 있습니다. 하지만 새로운 약물에 대한 비용은 \$0입니다. 새로운 버전의 약물을 추가할 때는 브랜드 약물 또는 오리지널 생물학적 제품을 목록에 유지하기로 결정할 수도 있지만 보장 규칙이나 한도를 변경할 수도 있습니다.
  - 이렇게 변경하기 전에 귀하에게 알리지 않을 수도 있지만 일단 특정 변경 사항이 발생하면 해당 정보를 귀하에게 보내드릴 것입니다.
  - 추가되는 약물이 다음에 해당하는 경우에만 변경합니다.
    - 브랜드 약물의 새로운 제네릭 버전이 있는 경우 또는
    - 약물 목록에 있는 오리지널 생물학적 제품의 새로운 바이오시밀러 제품인 경우 (예를 들어, 본래 생물학적 제품으로 대체될 수 있는 교환 가능한 바이오시밀러 추가)
    - 이러한 약물 유형이 새로울 수도 있습니다. 자세한 정보는 섹션 B14를 참조하십시오.

---

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 1-800-805-2739 (TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



○ 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자는 이러한 변경 사항에 대해 예외를 요청할 수 있습니다. 예외 요청을 위해 취할 수 있는 조치가 포함된 통지서를 보내드리겠습니다. 예외 사항에 대한 자세한 내용은 질문 B10~B12를 참조하십시오.

- **약물이 시장에서 철수했습니다.** 미국 식품 의약국 (Food and Drug Administration, FDA)이 귀하가 투여하고 있는 약물이 안전하지 않다고 결정하거나 해당 약물의 제조업체가 해당 약물을 시장에서 판매하지 않는 경우 해당 약물을 약물 목록에서 제외할 것입니다. 귀하가 해당 약물을 복용하는 경우, 변경 후 통지해드립니다. 통지를 받으면 의사와 대안 또는 다른 처방에 대해 상담할 수 있습니다.

**귀하가 복용하는 약물에 영향을 미치는 기타 변경 사항을 적용할 수 있습니다.** 약물 목록에 대한 이러한 기타 변경 사항에 대해 미리 알려드립니다. 이러한 변경이 발생하는 경우는 다음과 같습니다.

- FDA가 새로운 지침을 제공하거나 약물에 대한 새로운 임상 지침이 있을 경우.
- 시장에 새로 출시되지 않은 제네릭 약물을 추가할 때 약물 목록에서 브랜드 약물을 제거 또는
- 바이오시밀러 추가 시 오리지널 생물학적 제품을 제거 또는
- 브랜드 약물에 대한 보장 규칙 또는 한도를 변경합니다.

이러한 변경 사항이 발생하면 당사는 다음과 같이 처리합니다.

- 약물 목록을 변경하기 최소 30일 전에 알려드립니다. 또는
- 해당 사항을 알려 드리고 리필을 요청하신 약의 30일분을 제공합니다.

그동안 의사나 다른 처방자와 상담하실 수 있습니다. 이는 다음을 결정하시는 데 도움이 됩니다.

- 약물 목록 중에 대신 투여하실 수 있는 유사한 약물이 있는지 여부, 또는
- 이러한 변경 사항에 대한 예외를 요청해야 할지 여부. 예외 사항에 대해 자세히 알아보려면 질문 B10~B12를 참조하십시오.

---

**문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 1-800-805-2739 (TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.**





#### **B4. 약물 보장 또는 특정 약물을 받기 위해 취해야 할 조치에 제한이나 한계가 있습니까?**

네, 일부 약물에는 보장 규정이 있거나 받을 수 있는 수량에 제한이 있습니다. 경우에 따라 귀하나 귀하의 의사 또는 다른 처방자는 약을 받기 전에 어떤 조치를 취해야 합니다. 그 예는 다음과 같습니다.

- **사전 승인:** 일부 약물의 경우, 처방전을 작성하기 전에 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜의 승인을 받아야 합니다. 사전 허가는 의뢰와 다릅니다. 사전 승인을 받지 않은 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜이 약물을 보장하지 않을 수 있습니다.
- **수량 제한:** 가끔 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜은 귀하가 받을 수 있는 약의 수량을 제한합니다.

섹션 C1의 표를 보면 약물에 추가 요구 사항이나 제한 사항이 있는지 확인할 수 있습니다. 더 자세한 내용은 당사 웹사이트 [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx)에서 확인하실 수 있습니다. 사전 승인 제한 사항에 관한 문서는 온라인에 게시되어 있습니다. 당사에 사본을 요청하실 수도 있습니다.

이러한 제한 사항에서 예외를 요청하실 수 있습니다. 그동안 의사나 다른 처방자와 상담하실 수 있습니다. 그들은 귀하가 대신 투여할 수 있는 유사한 약물이 약물 목록에 있는지 또는 예외를 요청할지 여부를 결정하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10~B12를 참조하십시오.

#### **B5. 제가 원하는 약물에 제한 사항이 있는지 또는 약물을 받기 위해 취해야 할 조치가 있는지 어떻게 알 수 있습니까?**

의학적 상태별 약물 목록 표에는 필요한 조치, 제한 사항 또는 사용 제한이라는 열이 있습니다.

#### **B6. Kaiser Permanente Dual Complete 플랜이 일부 약물 보장 방법에 대한 규칙을 변경하면 어떻게 됩니까 (예: 사전 허가 및/또는 수량 제한)?**

당사가 경우에 따라 약물에 대한 사전 승인 및/또는 수량 제한을 추가하거나 변경하게 되면 미리 알려드립니다. 이 사전 통지와 약물 목록에 있는 약물에 대한 규정이 변경될 때 사전에 알려드릴 수 없는 상황에 대한 자세한 내용은 질문 B3을 참조하십시오.

#### **B7. 약물 목록에서 약물을 어떻게 찾을 수 있나요?**

약을 찾는 방법에는 두 가지가 있습니다.

- 알파벳 순으로 검색할 수 있습니다. 또는
- 의학적 상태별로 검색할 수 있습니다.

---

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 1-800-805-2739 (TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



**알파벳순**으로 검색하려면 보장 약물 색인 섹션에서 귀하의 약물을 찾으십시오. 'D. 보장 약물 색인 섹션'에서 색인을 보고 약을 찾으십시오. 약물 옆에 보장 정보를 찾을 수 있는 페이지 번호가 있습니다. 색인에 나열된 페이지로 돌아가서 목록의 첫 번째 열에서 약물 이름을 찾으십시오. 보장 약물 색인은 약물 목록에 포함된 모든 약물의 알파벳순 목록입니다. 브랜드 약물과 제네릭 약물은 물론 비처방 약물 (OTC)도 색인에 등재되어 있습니다.

의학적 상태별로 검색하려면 섹션 C1의 "의학적 상태별 약물 목록"을 찾으십시오. 이 섹션의 약물은 치료에 사용되는 의학적 상태의 유형에 따라 여러 범주로 분류됩니다. 예를 들어, 심장 질환이 있는 경우 '심혈관 약물'을 살펴봐야 합니다. 그러면 심장 질환을 치료하는 약물을 찾을 수 있습니다.

### **B8. 내가 투여하고 싶은 약이 약물 목록에 없으면 어떻게 되나요?**

약물 목록에서 귀하의 약물을 찾지 못할 경우 이 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스에 전화하여 문의하십시오. Kaiser Permanente Dual Complete 플랜에서 해당 약물을 보장하지 않는 경우, 다음 중 한 가지 조치를 취할 수 있습니다.

- 가입자 서비스에 복용할 약물 목록을 요청하십시오. 그런 다음 의사 또는 다른 처방자에게 목록을 보여주십시오. 그러면 그들이 약물 목록에 있는 귀하가 복용할 약을 처방할 수 있습니다. 또는
- Kaiser Permanente Dual Complete 플랜에서 귀하의 약물을 보장받기 위해 예외를 요청할 수 있습니다. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10~B12를 참조하십시오.

### **B9. Kaiser Permanente Dual Complete 플랜의 신규 가입자인데 약물 목록에서 약을 찾을 수 없거나 약을 구하는 데 문제가 있는 경우 어떻게 해야 하나요?**

저희가 도와드리겠습니다. 저희는 귀하가 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 가입자가 된 후 처음 90일 동안 일시적으로 30일 분량의 약을 보장할 수 있습니다. 그동안 의사나 다른 처방자와 상담하실 수 있습니다. 그들은 귀하가 대신 투여할 수 있는 유사한 약물이 약물 목록에 있는지 또는 예외를 요청할지 여부를 결정하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

처방전이 더 짧은 기간으로 작성된 경우, 여러 번 리필하여 최대 30일까지 약을 제공할 수 있습니다.

다음과 같은 경우 당사는 30일분 약물을 보장합니다.

- 귀하가 당사의 약물 목록에 수록되지 않은 약물을 투여하고 있는 경우, 또는
- 저희 플랜 규정으로 인해 처방자가 지시한 수량을 귀하가 받을 수 없는 경우, 또는
- 약물이 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜의 사전 승인이 필요한 경우.

---

**문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP)에 1-800-805-2739 (TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.**



요양원이나 기타 장기 요양 시설에 있으면서 약물 목록에 없는 약물이 필요하거나 필요한 약물을 쉽게 구할 수 없는 상황이라면 당사에서 도움을 드릴 수 있습니다. 90일 이상 플랜에 가입되어 있으며 장기 요양 시설에 거주하고 있고, 지금 즉시 약물 공급이 필요한 경우:

저희는 귀하가 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 신규 가입자인지 여부에 관계없이 귀하에게 필요한 약물의 31일분(더 적은 일수에 대한 처방전이 있는 경우가 아닌 한)을 1회 보장합니다.

이는 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 가입자가 된 후 첫 90일 동안 임시 공급분에 추가되는 것입니다.

병원, 전문 요양 시설 또는 장기 요양 시설에 입원하거나, 퇴원하여 다른 요양 시설로 옮기는 것을 요양 등급 변경이라고 합니다. 요양 등급을 변경하시는 경우, 복용 중인 약물에 대한 추가 조제가 필요할 수도 있습니다. 투여 중인 약물이 저희 약물 목록에 없어도 요양 등급 전환 기간 동안에는 보통 파트 D 약물 공급 1달치를 보장해 드립니다.

### **B10. 제 약을 보장하기 위해 예외를 요청할 수 있습니까?**

예. Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 약물 목록에 없는 약물에 대해 예외 적용을 요청하실 수 있습니다.

약물에 대한 규정을 변경하도록 요청하실 수도 있습니다.

- 예를 들어, Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 은 보장되는 약물의 수량을 제한합니다. 귀하의 약에 한도가 있는 경우, 한도 변경 및 더 많은 보장을 요청하실 수 있습니다.
- 다른 예: 사전 승인 요구 사항을 없애도록 요청할 수 있습니다.

### **B11. 예외 요청은 어떻게 합니까?**

예외를 요청하시려면 가입자 서비스에 문의하십시오. 가입자 서비스 담당자가 귀하 및 귀하의 의료 서비스 제공자와 협력하여 귀하의 예외 요청을 도와드릴 것입니다. 예외 사항에 대한 자세한 내용은 보장 범위 증명서의 9장의 섹션 7.2 을 참조하십시오.

### **B12. 예외 적용 받는 데 얼마나 걸립니까?**

귀하의 처방자로부터 예외 요청을 뒷받침하는 진술서를 받은 뒤 72시간 이내에 결정을 내립니다.

- 귀하의 의사 또는 기타 처방자는 진술서를 팩스나 우편으로 보낼 수 있습니다. 또는 의사나 다른 처방자는 전화를 통해 이를 알려준 후 필요한 경우 서면 진술서를 팩스나 우편으로 나중에 보낼 수도 있습니다.

---

**문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 1-800-805-2739 (TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.**



- 당사는 웹사이트를 통해 제출된 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터 (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) 모델 보장 결정 요청 양식에 제출된 요청을 포함하여 모든 서면 요청을 수락해야 합니다.

전화	<b>1-888-277-3917</b>  이 번호로 거는 전화는 무료입니다. 운영 시간은 주 7일, 오전 8시~오후 8시입니다.
TTY	<b>711</b>  이 번호로 거는 전화는 무료입니다. 운영 시간은 주 7일, 오전 8시~오후 8시입니다.
팩스 번호:	<b>1-844-403-1028</b>
서신	<b>OptumRx</b> c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
웹사이트	<b>kp.org</b>

귀하 또는 귀하의 처방자가 결정을 위해 72시간 기다려야 할 때 그것이 귀하의 건강에 해로울 수 있다고 생각되는 경우, 긴급 예외를 요청할 수 있습니다. 이는 신속 처리입니다. 귀하의 처방자가 귀하의 요청을 뒷받침하는 경우, 당사는 귀하의 처방자 증빙 진술서를 받은 후 24시간 이내에 귀하에게 결정을 내릴 것입니다.

### **B13. 제네릭 약물이란 무엇입니까?**

제네릭 약물은 유명 브랜드 약물과 동일한 유효 성분으로 구성됩니다. 제네릭 약물은 브랜드 약물보다 저렴하고 대개 같은 효과를 냅니다. 일반적으로 이름이 잘 알려지지 않았습니니다. 제네릭 약물은 FDA의 승인을 받았습니니다. 다양한 브랜드 약물 대신 이용할 수 있는 제네릭 약물이 있습니다. 주 법률에 따라 제네릭 약물은 대개 새로운 처방전 없이 약국에서 브랜드 약물을 대체할 수 있습니다.

Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 은 브랜드 약물과 제네릭 약물을 모두 보장합니다.

**문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 1-800-805-2739 (TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면kp.org를 방문하십시오.**



**B14. 오리지널 생물학적 제품은 무엇이며 바이오시밀러와 무슨 관계가 있습니까?**

약물은 약물이나 생물학적 제품을 의미할 수 있습니다. 생물학적 제품은 일반 약물보다 더욱 복잡한 약물입니다. 생물학적 제품은 일반 약물보다 복잡하기 때문에 제네릭 형태가 아닌 바이오시밀러라는 유형이 있습니다. 일반적으로 바이오시밀러는 오리지널 생물학적 제품과 똑같은 작용을 하며 비용은 더 저렴할 수 있습니다. 오리지널 생물학적 제품에 대한 바이오시밀러 대안이 있습니다. 일부 바이오시밀러는 교환 가능한 바이오시밀러이며, 주 법률에 따라 제네릭 약물이 브랜드 약물로 대체될 수 있는 것과 같이 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 생물학적 제품을 대체할 수 있습니다.

약물 유형에 대한 자세한 내용은 보장 범위 증명서 **5장**을 참조하십시오.

**B15. OTC 약물이란 무엇입니까?**

OTC는 '비처방'의 약어입니다. Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 은 Kaiser Permanente QUEST Integration (Medicaid) 플랜의 일부를 통해 의료 서비스 제공자가 처방전으로 작성한 일부 OTC 약물을 보장합니다.

Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 약물 목록을 읽고 어떤 OTC 약물이 보장되는지 확인할 수 있습니다.

**B16. Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 은 장기 처방 공급량을 보장합니까?**

우편 주문 프로그램. 당사는 처방약을 최대 90일 분량까지 집으로 직접 배송해 드리는 우편 주문 프로그램을 제공합니다. 90일 분량은 1개월 분량과 동일한 본인 부담금을 가집니다.

**B17. 동네 약국에서 집으로 처방약을 받을 수 있습니까?**

동네 약국에서 처방약을 집으로 배달해 드릴 수도 있습니다. 약국에 전화하여 배송 서비스를 제공하는지 확인하십시오.

**B18. 본인 부담금은 무엇입니까?**

Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 가입자는 플랜의 규칙을 따르는 한 처방약 및 OTC 약물에 대해 본인 부담금이 있습니다. OTC 약물에 대한 자세한 내용은 질문 **B15**를 참조하십시오.

귀하는 Medicaid 적격자이므로 Medicare 파트 D 처방약 비용을 지불하는 데 도움이 되는 'Extra Help' 를 Medicare에서 받을 수 있습니다. 처방약에 대해 추가 지원금을 받는 이를 위한 보장 증명서 추가 사항, '저소득층 보조금 추가 사항 (Low Income Subsidy Rider' 또는 "LIS Rider" [LIS 추가 사항] 이라고도 함)이라는 가입자 약물 보장 내용이 수록된 별도의 문서를 보내드립니다. 본 추가 사항 문서가 없는 경우, 당사 가입자 서비스부에 연락하셔서 'LIS 추가 사항'을 요청하시기 바랍니다.

---

**문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 1-800-805-2739 (TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면kp.org를 방문하십시오.**



등급은 저희 약물 목록의 약물 그룹입니다.

- 1, 2, 3, 4, 5, 6 (제네릭 및 브랜드 약물)등급: Extra Help 수준에 따라 \$0~\$12.15를 지불하게 됩니다.
- OTC 본인 부담금은 \$0입니다.

질문이 있는 경우 이 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스에 문의하십시오.

---

## C. 보장 약물 목록의 개요

보장 약물 목록은 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 이 보장하는 약물에 대한 정보를 제공합니다. 목록에서 약물을 찾는 데 어려움이 있는 경우, 섹션 D에서 시작되는 보장 약물 색인을 확인하십시오. 알파벳순으로 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 에서 보장하는 모든 약물이 나열되어 있습니다.

---

**문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 1-800-805-2739 (TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.**



## C1. 의학적 상태별 약물 목록

이 섹션의 약물은 치료에 사용되는 의학적 상태의 유형에 따라 여러 범주로 분류됩니다. 예를 들어, 심장 질환이 있는 경우 "심혈관계 약물" 범주를 살펴봐야 합니다. 그러면 심장 질환을 치료하는 약물을 찾을 수 있습니다.

'필요한 조치, 한계 또는 사용 제한' 열에 사용된 코드의 의미는 다음과 같습니다.

**HI** = 가정용 주입 의약품으로 당사의 의료 혜택 보장을 받을 수 있으며, 가정용 주사약 조제 약국에서 구할 수 있습니다. 자세한 내용은 약국 목록을 참조하십시오.

**LD** = 제한 유통 약물로 특정 전문 약국에서만 구할 수 있습니다. 자세한 내용은 약국 목록을 참조하거나 이 페이지 하단에 기재된 번호로 전화하십시오.

**MO** = 우편 주문 약물. [kp.org/refill](http://kp.org/refill)에서 온라인 우편 주문 서비스를 통해 전화나 모바일 앱을 통해 특정 약물의 처방약 리필을 주문할 수 있으며, 이를 통해 3개월 분량의 비용을 낮출 수 있습니다. 리필은 최소 5일 전에는 연락 주시기 바랍니다. 보통 3~5일 이내에 받아보실 수 있습니다. 긴급히 리필이 필요하지 않은 경우, Kaiser Permanente 우편 주문 서비스 약국에 **1-808-643-7979 (TTY 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시에** 연락하시거나 처방전 라벨에 있는 전화번호로 전화하여 도움을 받으십시오. 모든 약을 우편으로 보낼 수 있는 것은 아니며, 제한과 한계가 적용됩니다. 자세한 내용은 [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx)를 방문하시거나 이 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스에 문의하십시오.

**NDS** = 비연장 일일 공급 약물로, 발생 가능한 부작용을 모니터링하고 약물 낭비를 방지하기 위해 최대 30일까지 조제되는 약물 공급입니다.

**OTC** = 비처방 약물은 의료 서비스 제공자가 처방전에 적은 경우, Kaiser Permanente QUEST Integration 플랜에 따라 보장될 수 있습니다.

**PA** = 사전 승인 약물은 투여 방법(예: 주입용 펌프, 분무기 또는 기타 내구성 의료 장비 장치), 투여 장소(가정 또는 장기 요양 시설에서) 및 관리되고 있는 의학적 상태에 따라 Medicare 파트 D 또는 Medicare 파트 B에서 보장될 수 있습니다. 의학적 상태에 대한 치료에 따라 해당 약물이 파트 D에서 제외되는지(non-Part D) 또는 보장되는지 여부를 결정하는 약물에도 사전 승인이 적용될 수 있습니다.

**RX** = 비 Medicare 처방약은 의료 서비스 제공자가 처방전으로 작성한 경우 Kaiser Permanente QUEST Integration (Medicaid) 플랜에 따라 보장될 수 있습니다.

---

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 **1-800-805-2739 (TTY 711)번으로** 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



제형	제형 설명
AERO	Aerosol
AEPB	Aerosol Powder, Breath Activated
AERB	Aerosol, Breath Activated
AERP	Aerosol, Powder
AERS	Aerosol, Solution
AUIJ	Auto-injector
AJKT	Auto-injector Kit
CAPS	Capsule
CAPA	Capsule Abuse- Deterrent
CPCW	Capsule Chewable
CPDR	Capsule Delayed Release
CPEP	Capsule Delayed Release Particles
CSDR	Capsule Delayed Release Sprinkle
CDPK	Capsule Delayed Release Therapy Pack
C12A	Capsule ER 12 Hour Abuse-Deterrent
CS12	Capsule ER 12 Hour Sprinkle
C2PK	Capsule ER 12 Hour Therapy Pack
C24A	Capsule ER 24 Hour Abuse-Deterrent
CS24	Capsule ER 24 Hour Sprinkle
C4PK	Capsule ER 24 Hour Therapy Pack
CP12	Capsule Extended Release 12 Hour
CP24	Capsule Extended Release 24 Hour
CPEA	Capsule Extended Release Abuse-Deterrent
CSER	Capsule Extended Release Sprinkle
CEPK	Capsule Extended Release Therapy Pack
CPCR	Capsule Extended Release
CPSP	Capsule Sprinkle
CPPK	Capsule Therapy Pack
CART	Cartridge
CTKT	Cartridge Kit
CONC	Concentrate

제형	제형 설명
CREA	Cream
CRYS	Crystals
DEVI	Device
TEST	Diagnostic Test
DPRH	Diaphragm
ELIX	Elixir
EMUL	Emulsion
ENEM	Enema
EXHA	Exhaler
EXHL	Exhaler Liquid
EXHP	Exhaler Powder
EXHS	Exhaler Solution
EXHU	Exhaler Suspension
FLAK	Flakes
EXTR	Fluid Extract
SOLG	Gel Forming Solution
GRAN	Granules
GRAF	Granules Effervescent
IMPL	Implant
INHA	Inhaler
INJ	Injectable
INST	Insert
IUD	Intrauterine Device
JTAJ	Jet-injector (Needleless)
JTKT	Jet-injector Kit (Needleless)
LEAV	Leaves
LIQD	Liquid
LQCR	Liquid Extended- Release
LQPK	Liquid Therapy Pack
LOTN	Lotion
LOZG	Lozenge
LPOP	Lozenge on a Handle
MISC	Miscellaneous
NEBU	Nebulization Solution
OINT	Ointment
PACK	Packet

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.





제형	제형 설명
PSTE	Paste
PTCH	Patch
PT24	Patch 24 HR
PT72	Patch 72 HR
PTTW	Patch Twice Weekly
PTWK	Patch Weekly
PLLT	Pellet
PEN	Pen-injector
PNKT	Pen-injector Kit
POWD	Powder
PDEF	Powder Effervescent
PRSY	Prefilled Syringe
PSKT	Prefilled Syringe Kit
PUDG	Pudding
SHAM	Shampoo
SHEE	Sheet
SOLN	Solution
SOAJ	Solution Auto-injector
SOCT	Solution Cartridge
SOTJ	Solution Jet-injector
SOPN	Solution Pen-injector
SOSY	Solution Prefilled Syringe
SOLR	Solution Reconstituted
SOPK	Solution Therapy Pack
SPRT	Spirit
STCK	Stick
STRP	Strip
SUPP	Suppository
SUSP	Suspension
SUAJ	Suspension Autoinjector
SUCT	Suspension Cartridge
SUER	Suspension Extended Release
SUTJ	Suspension Jet injector
SUPN	Suspension Pen injector
SUSY	Suspension Prefilled Syringe
SUSR	Suspension Reconstituted

제형	제형 설명
SRER	Suspension Reconstituted ER
SUPK	Suspension Therapy Pack
SYRP	Syrup
CHER	Table Chewable Extended Release
TABS	Tablet
TABA	Tablet Abuse-Deterrent
CHEW	Tablet Chewable
TBEC	Tablet Delayed Release
TBDD	Tablet Delayed Release Disintegrating
TDPK	Tablet Delayed Release Therapy Pack
TBDP	Tablet Disintegrating
TB3D	Tablet Disintegrating Soluble
TB3E	Tablet Disintegrating Soluble ER
TPPK	Tablet Disintegrating Therapy Pack
TBEF	Tablet Effervescent
T12A	Tablet ER 12 Hour Abuse-Deterrent
T2PK	Tablet ER 12 Hour Therapy Pack
T24A	Tablet ER 24 Hour Abuse-Deterrent
T4PK	Tablet ER 24 Hour Therapy Pack
TB12	Tablet Extended Release 12 HR
TB24	Tablet Extended Release 24 HR
TBEA	Tablet Extended Release Abuse-Deterrent
TBED	Tablet Extended Release Disintegrating
TEPK	Tablet Extended Release Therapy Pack
TBCR	Tablet Extended-Release
TBSO	Tablet Soluble
SUBL	Tablet Sublingual
TBPK	Tablet Therapy Pack
THPK	Therapy Pack
TINC	Tincture
TROC	Troche
WAFR	Wafer

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



표의 첫 번째 열에는 약물 이름이 나열되어 있습니다. 제네릭 약물은 소문자 이탤릭체 (예: *amoxicillin*)이며, 브랜드 약물은 대문자 (예: BRILINTA)로 시작합니다. OTC 약물은 소문자 (예: nicotine)입니다. “필요한 조치, 한계 또는 사용 제한”의 정보를 통해 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 에서 귀하의 약물을 보장하는 규칙을 확인할 수 있습니다.

약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<b>ANTI-INFECTIVE AGENTS</b>		
<b>ANTHELMINTICS</b>		
<i>albendazole tabs 200 mg</i>	2	NDS
<i>ivermectin tabs 3 mg</i>	2	
<i>praziquantel tabs 600 mg</i>	2	MO
<b>ANTIBACTERIALS</b>		
<i>amikacin sulfate soln 1 gm/4ml</i>	2	
<i>amikacin sulfate soln 500 mg/2ml</i>	2	HI
<i>amoxicillin caps 250 mg</i>	2	
<i>amoxicillin caps 500 mg</i>	2	
AMOXICILLIN CHEW 125 MG	2	
AMOXICILLIN CHEW 250 MG	2	
<i>amoxicillin susr 125 mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin susr 200 mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin susr 250 mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin susr 400 mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin tabs 500 mg</i>	2	
<i>amoxicillin tabs 875 mg</i>	2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE CHEW 200-28.5 MG	2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE CHEW 400-57 MG	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate susr 200-28.5 mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate susr 250-62.5 mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate susr 400-57 mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate susr 600-42.9 mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate tabs 250-125 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate tabs 500-125 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate tabs 875-125 mg</i>	2	
<i>ampicillin caps 500 mg</i>	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 1-800-805-2739(TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



10/01/2024

약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>ampicillin sodium solr 1 gm</i>	2	HI
<i>ampicillin sodium solr 10 gm</i>	2	HI
AMPICILLIN SODIUM SOLR 125 MG	2	HI
<i>ampicillin sodium solr 2 gm</i>	2	
AMPICILLIN SODIUM SOLR 2 GM	2	
<i>ampicillin sodium solr 250 mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium solr 500 mg</i>	2	
AMPICILLIN-SULBACTAM SODIUM SOLR 1.5 (1-0.5) GM	2	
<i>ampicillin-sulbactam sodium solr 1.5 (1-0.5) gm</i>	2	HI
<i>ampicillin-sulbactam sodium solr 15 (10-5) gm</i>	2	HI
<i>ampicillin-sulbactam sodium solr 3 (2-1) gm</i>	2	HI
AMPICILLIN-SULBACTAM SODIUM SOLR 3 (2-1) GM	2	
ARIKAYCE SUSP 590 MG/8.4ML	5	PA, LD, NDS
AUGMENTIN SUSR 125-31.25 MG/5ML	3	
<i>azithromycin solr 500 mg</i>	2	HI
<i>azithromycin susr 100 mg/5ml</i>	2	MO
<i>azithromycin susr 200 mg/5ml</i>	2	MO
<i>azithromycin tabs 250 mg</i>	2	MO
<i>azithromycin tabs 500 mg</i>	2	MO
<i>azithromycin tabs 600 mg</i>	2	MO
<i>aztreonam solr 1 gm</i>	2	HI
BICILLIN C-R 900/300 SUSP 900000-300000 UNIT/2ML	4	
BICILLIN C-R SUSP 1200000 UNIT/2ML	4	
BICILLIN L-A SUSY 1200000 UNIT/2ML	4	
BICILLIN L-A SUSY 2400000 UNIT/4ML	3	
BICILLIN L-A SUSY 600000 UNIT/ML	3	
CEFACLOR CAPS 250 MG	2	
CEFACLOR CAPS 500 MG	2	
CEFACLOR SUSR 125 MG/5ML	4	MO
CEFACLOR SUSR 250 MG/5ML	4	MO
CEFACLOR SUSR 375 MG/5ML	4	MO
<i>cefadroxil caps 500 mg</i>	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>cefazolin sodium solr 1 gm</i>	2	HI
<i>cefazolin sodium solr 10 gm</i>	2	HI
<i>cefazolin sodium solr 500 mg</i>	2	HI
<i>cefdinir caps 300 mg</i>	2	
<i>cefdinir susr 125 mg/5ml</i>	2	
<i>cefdinir susr 250 mg/5ml</i>	2	
CEFEPIME HCL SOLN 2 GM/100ML	2	HI
<i>cefepime hcl solr 1 gm</i>	2	HI
<i>cefepime hcl solr 2 gm</i>	2	HI
CEFEPIME-DEXTROSE SOLR 2-5 GM-%(50ML)	2	HI
<i>cefixime caps 400 mg</i>	2	
<i>cefixime susr 100 mg/5ml</i>	2	
<i>cefixime susr 200 mg/5ml</i>	2	
CEFOTAXIME SODIUM SOLR 1 GM	2	
<i>cefotetan disodium solr 1 gm</i>	2	HI
<i>cefotetan disodium solr 2 gm</i>	2	HI
<i>cefoxitin sodium solr 1 gm</i>	2	HI
<i>cefoxitin sodium solr 10 gm</i>	2	HI
<i>cefoxitin sodium solr 2 gm</i>	2	HI
<i>cefpodoxime proxetil susr 100 mg/5ml</i>	2	
<i>cefpodoxime proxetil susr 50 mg/5ml</i>	2	
<i>cefpodoxime proxetil tabs 100 mg</i>	2	
<i>cefpodoxime proxetil tabs 200 mg</i>	2	
<i>ceftazidime solr 1 gm</i>	2	HI
<i>ceftazidime solr 6 gm</i>	2	HI
<i>ceftriaxone sodium solr 1 gm</i>	2	HI
<i>ceftriaxone sodium solr 10 gm</i>	2	HI
<i>ceftriaxone sodium solr 2 gm</i>	2	HI
<i>ceftriaxone sodium solr 250 mg</i>	2	HI
<i>ceftriaxone sodium solr 500 mg</i>	2	HI
<i>cefuroxime axetil tabs 250 mg</i>	2	
<i>cefuroxime axetil tabs 500 mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium solr 1.5 gm</i>	2	HI

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>cefuroxime sodium solr 750 mg</i>	2	HI
<i>cephalexin caps 250 mg</i>	2	
<i>cephalexin caps 500 mg</i>	2	
<i>cephalexin susr 125 mg/5ml</i>	2	
<i>cephalexin susr 250 mg/5ml</i>	2	
CEPHALEXIN TABS 500 MG	2	
CHLORAMPHENICOL SOD SUCCINATE SOLR 1 GM	2	
CIPROFLOXACIN HCL TABS 100 MG	2	
<i>ciprofloxacin hcl tabs 250 mg</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl tabs 500 mg</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl tabs 750 mg</i>	2	
<i>ciprofloxacin in d5w soln 200 mg/100ml</i>	2	HI
<i>ciprofloxacin in d5w soln 400 mg/200ml</i>	2	
<i>ciprofloxacin susr 500 mg/5ml (10%)</i>	2	
CLARITHROMYCIN SUSR 125 MG/5ML	2	
CLARITHROMYCIN SUSR 250 MG/5ML	2	
<i>clarithromycin tabs 250 mg</i>	2	
<i>clarithromycin tabs 500 mg</i>	2	
<i>clindamycin hcl caps 150 mg</i>	2	
<i>clindamycin hcl caps 300 mg</i>	2	
<i>clindamycin hcl caps 75 mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hcl solr 75 mg/5ml</i>	2	
<i>clindamycin phosphate in d5w soln 300 mg/50ml</i>	2	HI
<i>clindamycin phosphate in d5w soln 600 mg/50ml</i>	2	HI
<i>clindamycin phosphate in d5w soln 900 mg/50ml</i>	2	HI
<i>clindamycin phosphate soln 300 mg/2ml</i>	2	HI
<i>clindamycin phosphate soln 600 mg/4ml</i>	2	HI
<i>clindamycin phosphate soln 900 mg/6ml</i>	2	HI
<i>clindamycin phosphate soln 9000 mg/60ml</i>	2	
<i>colistimethate sodium (cba) solr 150 mg</i>	4	HI
DALVANCE SOLR 500 MG	5	HI
<i>daptomycin solr 350 mg</i>	5	HI
<i>daptomycin solr 500 mg</i>	5	HI

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>demeclocycline hcl tabs 150 mg</i>	2	
<i>demeclocycline hcl tabs 300 mg</i>	2	
<i>dicloxacillin sodium caps 250 mg</i>	2	
<i>dicloxacillin sodium caps 500 mg</i>	2	
DIFICID SUSR 40 MG/ML	5	NDS
DIFICID TABS 200 MG	5	NDS
DORYX MPC TBEC 60 MG	4	
<i>doxy 100 solr 100 mg</i>	2	HI
<i>doxycycline hyclate caps 100 mg</i>	2	MO
<i>doxycycline hyclate caps 50 mg</i>	2	MO
<i>doxycycline hyclate tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>doxycycline hyclate tabs 20 mg</i>	2	MO
<i>doxycycline monohydrate caps 50 mg</i>	2	MO
<i>doxycycline monohydrate susr 25 mg/5ml</i>	2	MO
<i>doxycycline monohydrate tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>doxycycline monohydrate tabs 50 mg</i>	2	MO
E.E.S. 400 TABS 400 MG	2	
<i>ertapenem sodium solr 1 gm</i>	2	HI
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500 MG	2	HI
ERYTHROMYCIN BASE CPEP 250 MG	2	MO
<i>erythromycin base tabs 250 mg</i>	2	
<i>erythromycin base tabs 500 mg</i>	4	
<i>erythromycin tbec 250 mg</i>	2	
FETROJA SOLR 1 GM	5	NDS
GENTAMICIN IN SALINE SOLN 0.8-0.9 MG/ML-%	2	HI
GENTAMICIN IN SALINE SOLN 1-0.9 MG/ML-%	2	HI
<i>gentamicin in saline soln 1.2-0.9 mg/ml-%</i>	2	HI
GENTAMICIN IN SALINE SOLN 1.6-0.9 MG/ML-%	2	HI
GENTAMICIN IN SALINE SOLN 2-0.9 MG/ML-%	2	
<i>gentamicin sulfate soln 10 mg/ml</i>	2	
<i>gentamicin sulfate soln 40 mg/ml</i>	2	HI
IMIPENEM-CILASTATIN SOLR 250 MG	2	HI
<i>imipenem-cilastatin solr 500 mg</i>	2	HI

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
KIMYRSA SOLR 1200 MG	5	NDS
<i>levofloxacin in d5w soln 250 mg/50ml</i>	2	
<i>levofloxacin in d5w soln 500 mg/100ml</i>	2	HI
<i>levofloxacin in d5w soln 750 mg/150ml</i>	2	HI
LEVOFLOXACIN INJ SOLN 25 MG/ML	2	HI
<i>levofloxacin oral soln 25 mg/ml</i>	2	
<i>levofloxacin tabs 250 mg</i>	2	
<i>levofloxacin tabs 500 mg</i>	2	
<i>levofloxacin tabs 750 mg</i>	2	
<i>linezolid soln 600 mg/300ml</i>	2	HI
<i>linezolid susr 100 mg/5ml</i>	5	NDS
<i>linezolid tabs 600 mg</i>	2	NDS
LYMEPAK TABS 100 MG	5	NDS
<i>meropenem solr 1 gm</i>	2	HI
<i>meropenem solr 500 mg</i>	2	HI
<i>minocycline hcl caps 100 mg</i>	2	MO
<i>minocycline hcl caps 50 mg</i>	2	MO
<i>minocycline hcl caps 75 mg</i>	2	MO
<i>minocycline hcl tabs 100 mg</i>	2	MO
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL SOLN 400 MG/250ML	2	HI
<i>moxifloxacin hcl tabs 400 mg</i>	2	
<i>nafcillin sodium solr 1 gm</i>	2	HI
<i>nafcillin sodium solr 10 gm</i>	2	HI
<i>nafcillin sodium solr 2 gm</i>	2	
NAFCILLIN SODIUM SOLR 2 GM	2	
<i>neomycin sulfate tabs 500 mg</i>	2	
NUZYRA TABS 150 MG	5	NDS
ORBACTIV SOLR 400 MG	5	NDS
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE SOLN 1 GM/50ML	3	HI
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE SOLN 2 GM/50ML	3	HI
<i>oxacillin sodium solr 1 gm</i>	2	HI
<i>oxacillin sodium solr 2 gm</i>	2	HI
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE SOLN 40000 UNIT/ML	3	HI

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE SOLN 60000 UNIT/ML	3	HI
<i>penicillin g potassium solr 20000000 unit</i>	2	HI
PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000 UNIT/ML	2	
PENICILLIN G SODIUM SOLR 5000000 UNIT	2	HI
PENICILLIN V POTASSIUM SOLR 125 MG/5ML	2	
PENICILLIN V POTASSIUM SOLR 250 MG/5ML	2	
<i>penicillin v potassium tabs 250 mg</i>	2	
<i>penicillin v potassium tabs 500 mg</i>	2	
<i>piperacillin sod-tazobactam so solr 2.25 (2-0.25) gm</i>	2	HI
<i>piperacillin sod-tazobactam so solr 3.375 (3-0.375) gm</i>	2	HI
<i>piperacillin sod-tazobactam so solr 4.5 (4-0.5) gm</i>	2	HI
<i>piperacillin sod-tazobactam so solr 40.5 (36-4.5) gm</i>	2	HI
RECARBRIO SOLR 1.25 GM	5	NDS
SEYSARA TABS 100 MG	5	NDS
SIVEXTRO TABS 200 MG	5	NDS
STREPTOMYCIN SULFATE SOLR 1 GM	5	
SULFADIAZINE TABS 500 MG	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim soln 400-80 mg/5ml</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	2	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tabs 400-80 mg</i>	2	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tabs 800-160 mg</i>	2	MO
<i>sulfasalazine tabs 500 mg</i>	2	
SULFASALAZINE TBEC 500 MG	2	
<i>tazicef solr 1 gm</i>	2	HI
<i>tazicef solr 2 gm</i>	2	HI
TAZICEF SOLR 6 GM	2	HI
TEFLARO SOLR 600 MG	5	HI
<i>tetracycline hcl caps 250 mg</i>	2	MO
<i>tetracycline hcl caps 500 mg</i>	2	MO
<i>tigecycline solr 50 mg</i>	5	HI
TOBRAMYCIN SULFATE SOLN 10 MG/ML	2	HI
<i>tobramycin sulfate soln 80 mg/2ml</i>	2	HI
<i>vancomycin hcl caps 125 mg</i>	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.





약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>vancomycin hcl caps 250 mg</i>	2	
<i>vancomycin hcl solr 1 gm</i>	2	HI
<i>vancomycin hcl solr 10 gm</i>	2	HI
<i>vancomycin hcl solr 250 mg/5ml</i>	2	
<i>vancomycin hcl solr 5 gm</i>	2	
<i>vancomycin hcl solr 500 mg</i>	2	HI
XACDURO SOLR 1-1 GM	5	NDS
XENLETA SOLN 150 MG/15ML	5	NDS
XIFAXAN TABS 200 MG	4	
XIFAXAN TABS 550 MG	5	NDS
ZERBAXA SOLR 1.5 (1-0.5) GM	5	HI
<b>ANTIFUNGALS</b>		
AMBISOME SUSR 50 MG	5	HI
AMPHOTERICIN B SOLR 50 MG	2	HI
<i>caspofungin acetate solr 70 mg</i>	4	HI
CRESEMBA CAPS 186 MG	5	NDS
CRESEMBA CAPS 74.5 MG	5	NDS
CRESEMBA SOLR 372 MG	5	NDS
<i>fluconazole in sodium chloride soln 200-0.9 mg/100ml-%</i>	2	HI
<i>fluconazole in sodium chloride soln 400-0.9 mg/200ml-%</i>	2	HI
<i>fluconazole susr 10 mg/ml</i>	2	
<i>fluconazole susr 40 mg/ml</i>	2	
<i>fluconazole tabs 100 mg</i>	2	
<i>fluconazole tabs 150 mg</i>	2	
<i>fluconazole tabs 200 mg</i>	2	
<i>fluconazole tabs 50 mg</i>	2	
<i>flucytosine caps 250 mg</i>	5	NDS
<i>flucytosine caps 500 mg</i>	5	NDS
<i>griseofulvin microsize susp 125 mg/5ml</i>	2	
<i>griseofulvin microsize tabs 500 mg</i>	2	
<i>griseofulvin ultramicrosize tabs 125 mg</i>	2	
<i>griseofulvin ultramicrosize tabs 250 mg</i>	2	
<i>itraconazole caps 100 mg</i>	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
ITRACONAZOLE SOLN 10 MG/ML	5	MO
<i>ketoconazole tabs 200 mg</i>	2	
<i>nystatin susp 100000 unit/ml</i>	2	
<i>nystatin tabs 500000 unit</i>	2	
<i>posaconazole susp 40 mg/ml</i>	5	NDS
<i>posaconazole tbec 100 mg</i>	4	MO
REZZAYO SOLR 200 MG	5	NDS
<i>terbinafine hcl tabs 250 mg</i>	2	
<i>voriconazole solr 200 mg</i>	5	HI
<i>voriconazole susr 40 mg/ml</i>	5	
<i>voriconazole tabs 200 mg</i>	2	
<i>voriconazole tabs 50 mg</i>	2	
<b>ANTIMYCOBACTERIALS</b>		
<i>cycloserine caps 250 mg</i>	5	
<i>dapsone tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>dapsone tabs 25 mg</i>	2	MO
<i>ethambutol hcl tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>ethambutol hcl tabs 400 mg</i>	2	MO
ISONIAZID SOLN 100 MG/ML	2	
<i>isoniazid syrps 50 mg/5ml</i>	2	MO
ISONIAZID TABS 100 MG	2	MO
<i>isoniazid tabs 300 mg</i>	2	MO
PRETOMANID TABS 200 MG	3	
PRIFTIN TABS 150 MG	4	MO
<i>pyrazinamide tabs 500 mg</i>	2	MO
RIFABUTIN CAPS 150 MG	2	MO
<i>rifampin caps 150 mg</i>	2	MO
<i>rifampin caps 300 mg</i>	2	MO
<i>rifampin solr 600 mg</i>	2	HI
SIRTURO TABS 100 MG	5	NDS
SIRTURO TABS 20 MG	5	NDS
TRECTOR TABS 250 MG	4	MO
<b>ANTIPROTOZOALS</b>		

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
ARTESUNATE SOLR 110 MG	5	NDS
<i>atovaquone susp 750 mg/5ml</i>	2	NDS
<i>atovaquone-proguanil hcl tabs 250-100 mg</i>	2	
<i>atovaquone-proguanil hcl tabs 62.5-25 mg</i>	2	
<i>chloroquine phosphate tabs 250 mg</i>	2	
<i>chloroquine phosphate tabs 500 mg</i>	2	
COARTEM TABS 20-120 MG	3	
HUMATIN CAPS 250 MG	5	NDS
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200 mg</i>	2	MO
IMPAVIDO CAPS 50 MG	5	NDS
KRINTAFEL TABS 150 MG	3	
<i>mefloquine hcl tabs 250 mg</i>	2	
<i>metronidazole caps 375 mg</i>	2	
<i>metronidazole soln 500 mg/100ml</i>	2	HI
<i>metronidazole tabs 250 mg</i>	2	
<i>metronidazole tabs 500 mg</i>	2	
NITAZOXANIDE TABS 500 MG	5	
<i>pentamidine isethionate inj solr 300 mg</i>	2	
<i>pentamidine isethionate inhalation solr 300 mg</i>	2	PA
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3 (15 Base) MG	2	
<i>pyrimethamine tabs 25 mg</i>	5	
<i>quinine sulfate caps 324 mg</i>	2	NDS
<i>tinidazole tabs 250 mg</i>	2	
<b>ANTIVIRALS</b>		
<i>abacavir sulfate soln 20 mg/ml</i>	2	
<i>abacavir sulfate tabs 300 mg</i>	2	MO
<i>abacavir sulfate-lamivudine tabs 600-300 mg</i>	2	MO
<i>acyclovir caps 200 mg</i>	2	MO
<i>acyclovir sodium soln 50 mg/ml</i>	2	HI
<i>acyclovir susp 200 mg/5ml</i>	2	MO
<i>acyclovir tabs 400 mg</i>	2	MO
<i>acyclovir tabs 800 mg</i>	2	MO
<i>adefovir dipivoxil tabs 10 mg</i>	2	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
APTIVUS CAPS 250 MG	3	MO
<i>atazanavir sulfate caps 150 mg</i>	2	MO
<i>atazanavir sulfate caps 200 mg</i>	2	MO
<i>atazanavir sulfate caps 300 mg</i>	2	MO
BARACLUDE SOLN 0.05 MG/ML	3	MO
BIKTARVY TABS 30-120-15 MG	3	
BIKTARVY TABS 50-200-25 MG	3	
CABENUVA SUER 400 & 600 MG/2ML	4	
CABENUVA SUER 600 & 900 MG/3ML	4	
<i>cidofovir soln 75 mg/ml</i>	2	
CIMDUO TABS 300-300 MG	2	MO
COMPLERA TABS 200-25-300 MG	3	MO
<i>darunavir tabs 600 mg</i>	2	MO
<i>darunavir tabs 800 mg</i>	2	MO
DELSTRIGO TABS 100-300-300 MG	4	MO
DESCOVY TABS 120-15 MG	4	MO
DESCOVY TABS 200-25 MG	3	MO
DOVATO TABS 50-300 MG	3	MO
EDURANT TABS 25 MG	3	MO
EFAVIRENZ CAPS 200 MG	2	MO
EFAVIRENZ CAPS 50 MG	2	MO
<i>efavirenz tabs 600 mg</i>	2	MO
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df tabs 600-200-300 mg</i>	2	MO
<i>emtricitabine caps 200 mg</i>	2	MO
<i>emtricitabine-tenofovir df tabs 100-150 mg</i>	2	MO
<i>emtricitabine-tenofovir df tabs 133-200 mg</i>	2	MO
<i>emtricitabine-tenofovir df tabs 167-250 mg</i>	2	MO
<i>emtricitabine-tenofovir df tabs 200-300 mg</i>	2	MO
EMTRIVA SOLN 10 MG/ML	3	MO
<i>entecavir tabs 0.5 mg</i>	2	MO
<i>entecavir tabs 1 mg</i>	2	MO
EPCLUSA PACK 150-37.5 MG	5	PA, NDS
EPCLUSA PACK 200-50 MG	5	PA, NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
EPCLUSA TABS 200-50 MG	5	PA, NDS
EPCLUSA TABS 400-100 MG	5	PA, NDS
EPIVIR HBV SOLN 5 MG/ML	3	MO
<i>etravirine tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>etravirine tabs 200 mg</i>	2	MO
EVOTAZ TABS 300-150 MG	4	MO
<i>famciclovir tabs 125 mg</i>	2	MO
<i>famciclovir tabs 250 mg</i>	2	MO
<i>famciclovir tabs 500 mg</i>	2	MO
<i>fosamprenavir calcium tabs 700 mg</i>	2	MO
FUZEON SOLR 90 MG	3	NDS
GANCICLOVIR SODIUM SOLN 500 MG/10ML	2	
<i>ganciclovir sodium solr 500 mg</i>	2	
GENVOYA TABS 150-150-200-10 MG	3	MO
HARVONI PACK 33.75-150 MG	5	PA, NDS
HARVONI PACK 45-200 MG	5	PA, NDS
HARVONI TABS 45-200 MG	5	PA, NDS
HARVONI TABS 90-400 MG	5	PA, NDS
INTELENCE TABS 25 MG	3	MO
ISENTRESS CHEW 100 MG	3	MO
ISENTRESS CHEW 25 MG	3	MO
ISENTRESS HD TABS 600 MG	3	MO
ISENTRESS PACK 100 MG	3	MO
ISENTRESS TABS 400 MG	3	MO
JULUCA TABS 50-25 MG	3	MO
<i>lamivudine soln 10 mg/ml</i>	2	MO
<i>lamivudine tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>lamivudine tabs 150 mg</i>	2	MO
<i>lamivudine tabs 300 mg</i>	2	MO
<i>lamivudine-zidovudine tabs 150-300 mg</i>	2	MO
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR TABS 90-400 MG	5	PA, NDS
LEXIVA SUSP 50 MG/ML	4	MO
LIVTENCITY TABS 200 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml</i>	2	MO
<i>lopinavir-ritonavir tabs 100-25 mg</i>	2	MO
<i>lopinavir-ritonavir tabs 200-50 mg</i>	2	MO
<i>maraviroc tabs 150 mg</i>	2	MO
<i>maraviroc tabs 300 mg</i>	2	MO
MAVYRET PACK 50-20 MG	5	PA, NDS
MAVYRET TABS 100-40 MG	5	PA, NDS
NEVIRAPINE ER TB24 100 MG	2	MO
<i>nevirapine er tb24 400 mg</i>	2	MO
NEVIRAPINE SUSP 50 MG/5ML	2	MO
<i>nevirapine tabs 200 mg</i>	2	MO
NORVIR CAPS 100 MG	4	MO
NORVIR PACK 100 MG	4	MO
NORVIR SOLN 80 MG/ML	3	MO
ODEFSEY TABS 200-25-25 MG	3	MO
<i>oseltamivir phosphate caps 30 mg</i>	2	MO
<i>oseltamivir phosphate caps 45 mg</i>	2	MO
<i>oseltamivir phosphate caps 75 mg</i>	2	MO
<i>oseltamivir phosphate susr 6 mg/ml</i>	2	MO
PAXLOVID (150/100) TBPK 10 x 150 MG & 10 X 100MG	3	NDS
PAXLOVID (300/100) TBPK 20 x 150 MG & 10 X 100MG	5	NDS
PEGASYS SOLN 180 MCG/ML	5	NDS
PEGASYS SOSY 180 MCG/0.5ML	5	NDS
PIFELTRO TABS 100 MG	4	MO
PREVYMIS SOLN 240 MG/12ML	5	NDS
PREVYMIS SOLN 480 MG/24ML	5	NDS
PREVYMIS TABS 240 MG	5	NDS
PREVYMIS TABS 480 MG	5	NDS
PREZCOBIX TABS 800-150 MG	3	MO
PREZISTA SUSP 100 MG/ML	3	MO
PREZISTA TABS 150 MG	3	MO
PREZISTA TABS 75 MG	3	MO
RAPIVAB SOLN 200 MG/20ML	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
RELENZA DISKHALER AEPB 5 MG/ACT	3	MO
RETROVIR SOLN 10 MG/ML	3	MO
REYATAZ PACK 50 MG	4	MO
RIBAVIRIN CAPS 200 MG	2	MO
<i>ribavirin solr 6 gm</i>	2	
RIBAVIRIN TABS 200 MG	2	MO
RIMANTADINE HCL TABS 100 MG	2	MO
<i>ritonavir tabs 100 mg</i>	2	MO
RUKOBIA TB12 600 MG	4	
SELZENTRY SOLN 20 MG/ML	4	MO
SELZENTRY TABS 25 MG	3	MO
SELZENTRY TABS 75 MG	3	MO
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR TABS 400-100 MG	5	PA, NDS
SOVALDI PACK 150 MG	5	PA, NDS
SOVALDI PACK 200 MG	5	PA, NDS
SOVALDI TABS 200 MG	5	PA, NDS
SOVALDI TABS 400 MG	5	PA, NDS
STAVUDINE CAPS 15 MG	2	MO
STAVUDINE CAPS 20 MG	2	MO
STAVUDINE CAPS 30 MG	2	MO
STAVUDINE CAPS 40 MG	2	MO
STRIBILD TABS 150-150-200-300 MG	3	MO
SUNLENCA SOLN 463.5 MG/1.5ML	4	MO
SUNLENCA TBPk 4 x 300 MG	4	
SUNLENCA TBPk 5 x 300 MG	4	
SYMFI LO TABS 400-300-300 MG	4	MO
SYMFI TABS 600-300-300 MG	4	MO
SYMTUZA TABS 800-150-200-10 MG	3	MO
SYNAGIS SOLN 100 MG/ML	5	NDS
SYNAGIS SOLN 50 MG/0.5ML	5	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate tabs 300 mg</i>	2	MO
TIVICAY PD TBSO 5 MG	3	MO
TIVICAY TABS 10 MG	3	MO
TIVICAY TABS 25 MG	3	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
TIVICAY TABS 50 MG	3	MO
TRIUMEQ PD TBSO 60-5-30 MG	4	MO
TRIUMEQ TABS 600-50-300 MG	3	MO
TRIZIVIR TABS 300-150-300 MG	3	MO
TYBOST TABS 150 MG	3	MO
<i>valacyclovir hcl tabs 1 gm</i>	2	MO
<i>valacyclovir hcl tabs 500 mg</i>	2	MO
<i>valganciclovir hcl solr 50 mg/ml</i>	2	NDS
<i>valganciclovir hcl tabs 450 mg</i>	2	NDS
VEKLURY SOLR 100 MG	5	NDS
VEMLIDY TABS 25 MG	5	
VIEKIRA PAK TBPk 12.5-75-50 &250 MG	5	PA, NDS
VIRACEPT TABS 250 MG	3	MO
VIRACEPT TABS 625 MG	3	MO
VIREAD POWD 40 MG/GM	3	MO
VIREAD TABS 150 MG	4	MO
VIREAD TABS 200 MG	4	MO
VIREAD TABS 250 MG	4	MO
VOCABRIA TABS 30 MG	4	MO
VOSEVI TABS 400-100-100 MG	5	PA, NDS
<i>zidovudine caps 100 mg</i>	2	MO
<i>zidovudine syrp 50 mg/5ml</i>	2	MO
<i>zidovudine tabs 300 mg</i>	2	MO
<b>URINARY ANTI-INFECTIVES</b>		
<i>fosfomycin tromethamine pack 3 gm</i>	2	
<i>methenamine hippurate tabs 1 gm</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal caps 100 mg</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal caps 25 mg</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal caps 50 mg</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro caps 100 mg</i>	2	
<i>nitrofurantoin susp 25 mg/5ml</i>	5	NDS
NITROFURANTOIN SUSP 50 MG/5ML	5	NDS
<i>trimethoprim tabs 100 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.





약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<b>ANTIHISTAMINE DRUGS</b>		
<b>ANTIHISTAMINE DRUGS</b>		
<i>cyproheptadine hcl syrp 2 mg/5ml</i>	2	
<i>cyproheptadine hcl tabs 4 mg</i>	2	
<i>diphenhydramine hcl soln 50 mg/ml</i>	2	
<i>levocetirizine dihydrochloride soln 2.5 mg/5ml</i>	4	MO
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs 5 mg</i>	4	MO
<i>promethazine hcl soln 25 mg/ml</i>	2	
<i>promethazine hcl soln 6.25 mg/5ml</i>	2	
<i>promethazine hcl tabs 12.5 mg</i>	2	
<i>promethazine hcl tabs 25 mg</i>	2	
<i>promethazine hcl tabs 50 mg</i>	2	
<i>promethegan supp 12.5 mg</i>	2	
<i>promethegan supp 25 mg</i>	2	
<b>ANTINEOPLASTIC AGENTS</b>		
<b>ANTINEOPLASTIC AGENTS</b>		
<i>abiraterone acetate tabs 250 mg</i>	2	
<i>abiraterone acetate tabs 500 mg</i>	5	NDS
ABRAXANE SUSR 100 MG	3	
<i>adriamycin solr 50 mg</i>	2	
ADSTILADRIN SUSP 300000000000 VP/ML	5	
AFINITOR DISPERZ TBSO 2 MG	5	NDS
AFINITOR DISPERZ TBSO 3 MG	5	NDS
AFINITOR DISPERZ TBSO 5 MG	5	NDS
AFINITOR TABS 10 MG	5	NDS
AKEEGA TABS 100-500 MG	5	NDS
AKEEGA TABS 50-500 MG	5	NDS
ALECENSA CAPS 150 MG	5	NDS
ALIMTA SOLR 500 MG	3	
ALIQOPA SOLR 60 MG	5	NDS
ALUNBRIG TABS 180 MG	5	NDS
ALUNBRIG TABS 30 MG	5	NDS
ALUNBRIG TABS 90 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
ALUNBRIG TBPk 90 & 180 MG	5	NDS
ALYMSYS SOLN 100 MG/4ML	5	NDS
ALYMSYS SOLN 400 MG/16ML	5	NDS
<i>anastrozole tabs 1 mg</i>	1	
ANKTIVA SOLN 400 MCG/0.4ML	5	NDS
<i>arsenic trioxide soln 12 mg/6ml</i>	5	NDS
ARZERRA CONC 100 MG/5ML	5	NDS
ARZERRA CONC 1000 MG/50ML	5	NDS
ASPARLAS SOLN 3750 UNIT/5ML	5	NDS
AUGTYRO CAPS 40 MG	5	NDS
AVASTIN SOLN 100 MG/4ML	5	
AVASTIN SOLN 400 MG/16ML	5	
AYVAKIT TABS 100 MG	5	NDS
AYVAKIT TABS 200 MG	5	NDS
AYVAKIT TABS 25 MG	5	NDS
AYVAKIT TABS 300 MG	5	NDS
AYVAKIT TABS 50 MG	5	NDS
AZACITIDINE SUSP 100 MG	2	
BALVERSA TABS 3 MG	5	NDS
BALVERSA TABS 4 MG	5	NDS
BALVERSA TABS 5 MG	5	NDS
BAVENCIO SOLN 200 MG/10ML	5	NDS
BCG VACCINE SOLR 50 MG	3	
BELEODAQ SOLR 500 MG	5	NDS
BELRAPZO SOLN 100 MG/4ML	5	NDS
BENDAMUSTINE HCL SOLN 100 MG/4ML	5	NDS
<i>bendamustine hcl solr 100 mg</i>	5	NDS
<i>bendamustine hcl solr 25 mg</i>	5	NDS
BENDEKA SOLN 100 MG/4ML	5	NDS
BESPONSOL SOLR 0.9 MG	5	NDS
BESREMI SOLN 500 MCG/ML	5	NDS
BEXAROTENE CAPS 75 MG	5	NDS
<i>bicalutamide tabs 50 mg</i>	2	
<i>bleomycin sulfate solr 15 unit</i>	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>bleomycin sulfate solr 30 unit</i>	2	
BLINCYTO SOLR 35 MCG	5	NDS
BORTEZOMIB SOLN 3.5 MG/1.4ML	4	
BORTEZOMIB SOLR 1 MG	4	
BORTEZOMIB SOLR 2.5 MG	4	
BORTEZOMIB SOLR 3.5 MG	3	
<i>bortezomib solr 3.5 mg</i>	2	
BOSULIF CAPS 100 MG	5	NDS
BOSULIF CAPS 50 MG	5	NDS
BOSULIF TABS 100 MG	5	NDS
BOSULIF TABS 400 MG	5	NDS
BOSULIF TABS 500 MG	5	NDS
BRAFTOVI CAPS 75 MG	5	NDS
BRUKINSA CAPS 80 MG	5	NDS
<i>busulfan soln 6 mg/ml</i>	2	
CABOMETYX TABS 20 MG	5	NDS
CABOMETYX TABS 40 MG	5	NDS
CABOMETYX TABS 60 MG	5	NDS
CALQUENCE CAPS 100 MG	5	NDS
CALQUENCE TABS 100 MG	5	NDS
CAMCEVI PRSY 42 MG	4	
CAPRELSA TABS 100 MG	5	LD, NDS
CAPRELSA TABS 300 MG	5	LD, NDS
<i>carboplatin soln 150 mg/15ml</i>	2	
<i>carboplatin soln 450 mg/45ml</i>	2	
<i>carboplatin soln 50 mg/5ml</i>	2	
<i>carboplatin soln 600 mg/60ml</i>	2	
<i>carmustine solr 100 mg</i>	2	
CARMUSTINE SOLR 300 MG	5	
CARMUSTINE SOLR 50 MG	5	
<i>cisplatin soln 100 mg/100ml</i>	2	
CISPLATIN SOLN 200 MG/200ML	2	
<i>cisplatin soln 50 mg/50ml</i>	2	
CISPLATIN SOLR 50 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>cladribine soln 10 mg/10ml</i>	2	
<i>clofarabine soln 1 mg/ml</i>	2	
COLUMVI SOLN 10 MG/10ML	5	NDS
COLUMVI SOLN 2.5 MG/2.5ML	5	NDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) KIT 80 & 20 MG	5	LD, NDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) KIT 3 x 20 MG & 80 MG	5	LD, NDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) KIT 20 MG	5	LD, NDS
COPIKTRA CAPS 15 MG	5	NDS
COPIKTRA CAPS 25 MG	5	NDS
COTELLIC TABS 20 MG	5	NDS
CYCLOPHOSPH INJ 1GM/2ML	5	NDS
CYCLOPHOSPH INJ 500MG	5	NDS
CYCLOPHOSPHA INJ 2GM/4ML	5	NDS
<i>cyclophosphamide caps 25 mg</i>	2	PA
<i>cyclophosphamide caps 50 mg</i>	2	PA
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML	5	NDS
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1000 MG/10ML	5	NDS
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 2 GM/10ML	5	NDS
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 2000 MG/20ML	5	NDS
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 500 MG/2.5ML	5	NDS
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 500 MG/5ML	5	NDS
<i>cyclophosphamide solr 1 gm</i>	2	
<i>cyclophosphamide solr 2 gm</i>	2	
<i>cyclophosphamide solr 500 mg</i>	2	
CYRAMZA SOLN 100 MG/10ML	5	NDS
CYRAMZA SOLN 500 MG/50ML	5	NDS
<i>cytarabine (pf) soln 100 mg/ml</i>	2	
<i>cytarabine (pf) soln 20 mg/ml</i>	2	
CYTARABINE SOLN 20 MG/ML	2	
DACARBAZINE SOLR 100 MG	2	
<i>dacarbazine solr 200 mg</i>	2	
<i>dactinomycin solr 0.5 mg</i>	2	
DANYELZA SOLN 40 MG/10ML	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
DARZALEX FASPRO SOLN 1800-30000 MG-UT/15ML	5	NDS
DARZALEX SOLN 100 MG/5ML	5	NDS
DARZALEX SOLN 400 MG/20ML	5	NDS
<i>dasatinib tabs 100 mg</i>	5	NDS
<i>dasatinib tabs 140 mg</i>	5	NDS
<i>dasatinib tabs 20 mg</i>	5	NDS
<i>dasatinib tabs 50 mg</i>	5	NDS
<i>dasatinib tabs 70 mg</i>	5	NDS
<i>dasatinib tabs 80 mg</i>	5	NDS
<i>daunorubicin hcl soln 20 mg/4ml</i>	2	
DAURISMO TABS 100 MG	5	NDS
DAURISMO TABS 25 MG	5	NDS
<i>decitabine solr 50 mg</i>	2	
<i>docetaxel conc 20 mg/ml</i>	2	
<i>docetaxel conc 80 mg/4ml</i>	2	
<i>docetaxel soln 160 mg/16ml</i>	2	
<i>docetaxel soln 20 mg/2ml</i>	2	
<i>docetaxel soln 80 mg/8ml</i>	2	
DOCIVYX SOLN 160 MG/16ML	5	NDS
DOCIVYX SOLN 20 MG/2ML	5	NDS
DOCIVYX SOLN 80 MG/8ML	5	NDS
<i>doxorubicin hcl liposomal inj 2 mg/ml</i>	2	
DOXORUBICIN HCL SOLN 2 MG/ML	2	
DOXORUBICIN HCL SOLR 10 MG	2	
<i>doxorubicin hcl solr 50 mg</i>	2	
DROXIA CAPS 200 MG	4	
DROXIA CAPS 300 MG	4	
DROXIA CAPS 400 MG	4	
ELAHERE SOLN 100 MG/20ML	5	NDS
ELIGARD KIT 22.5 MG	4	
ELIGARD KIT 30 MG	4	
ELIGARD KIT 45 MG	4	
ELIGARD KIT 7.5 MG	4	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
ELLENCE SOLN 200 MG/100ML	2	
ELLENCE SOLN 50 MG/25ML	2	
ELREXFIO SOLN 44 MG/1.1ML	5	NDS
ELREXFIO SOLN 76 MG/1.9ML	5	NDS
ELZONRIS SOLN 1000 MCG/ML	5	NDS
EMCYT CAPS 140 MG	5	NDS
EMPLICITI SOLR 300 MG	5	NDS
EMPLICITI SOLR 400 MG	5	NDS
ENHERTU SOLR 100 MG	5	NDS
EPKINLY SOLN 4 MG/0.8ML	5	NDS
EPKINLY SOLN 48 MG/0.8ML	5	NDS
ERBITUX SOLN 100 MG/50ML	3	
ERBITUX SOLN 200 MG/100ML	3	
<i>eribulin mesylate soln 1 mg/2ml</i>	5	NDS
ERIVEDGE CAPS 150 MG	5	NDS
ERLEADA TABS 240 MG	5	NDS
ERLEADA TABS 60 MG	5	NDS
<i>erlotinib hcl tabs 100 mg</i>	5	NDS
<i>erlotinib hcl tabs 150 mg</i>	5	NDS
<i>erlotinib hcl tabs 25 mg</i>	5	NDS
ETOPOPHOS SOLR 100 MG	5	NDS
<i>etoposide soln 1 gm/50ml</i>	2	
<i>etoposide soln 100 mg/5ml</i>	2	
<i>etoposide soln 500 mg/25ml</i>	2	
EULEXIN CAPS 125 MG	5	NDS
<i>everolimus tabs 10 mg</i>	5	NDS
<i>everolimus tabs 2.5 mg</i>	5	NDS
<i>everolimus tabs 5 mg</i>	5	NDS
<i>everolimus tabs 7.5 mg</i>	5	NDS
<i>everolimus tbso 2 mg</i>	5	NDS
<i>everolimus tbso 3 mg</i>	5	NDS
<i>everolimus tbso 5 mg</i>	5	NDS
EVOMELA SOLR 50 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>exemestane tabs 25 mg</i>	2	
FENSOLVI (6 MONTH) KIT 45 MG	5	
FIRMAGON (240 MG DOSE) SOLR 120 MG/VIAL	5	NDS
FIRMAGON SOLR 80 MG	4	
FLOXURIDINE SOLR 0.5 GM	2	
<i>fludarabine phosphate soln 50 mg/2ml</i>	2	
FLUDARABINE PHOSPHATE SOLR 50 MG	2	
<i>fluorouracil soln 1 gm/20ml</i>	2	
<i>fluorouracil soln 2.5 gm/50ml</i>	2	
<i>fluorouracil soln 5 gm/100ml</i>	2	
<i>fluorouracil soln 500 mg/10ml</i>	2	
FLUTAMIDE CAPS 125 MG	2	
FOLOTYN SOLN 20 MG/ML	5	NDS
FOLOTYN SOLN 40 MG/2ML	5	NDS
FOTIVDA CAPS 0.89 MG	5	NDS
FOTIVDA CAPS 1.34 MG	5	NDS
FRUZAQLA CAPS 1 MG	5	NDS
FRUZAQLA CAPS 5 MG	5	NDS
<i>fulvestrant sosy 250 mg/5ml</i>	5	NDS
FYARRO SUSR 100 MG	5	NDS
GAVRETO CAPS 100 MG	5	NDS
GAZYVA SOLN 1000 MG/40ML	5	NDS
<i>gefitinib tabs 250 mg</i>	5	NDS
GEMCITABINE HCL SOLN 1 GM/26.3ML	2	
<i>gemcitabine hcl soln 1 gm/26.3ml</i>	2	
GEMCITABINE HCL SOLN 2 GM/52.6ML	2	
<i>gemcitabine hcl soln 2 gm/52.6ml</i>	2	
GEMCITABINE HCL SOLN 200 MG/5.26ML	2	
<i>gemcitabine hcl soln 200 mg/5.26ml</i>	2	
<i>gemcitabine hcl solr 1 gm</i>	2	
<i>gemcitabine hcl solr 2 gm</i>	2	
<i>gemcitabine hcl solr 200 mg</i>	2	
GILOTRIF TABS 20 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
GILOTRIF TABS 30 MG	5	NDS
GILOTRIF TABS 40 MG	5	NDS
GLEOSTINE CAPS 10 MG	3	
GLEOSTINE CAPS 100 MG	5	NDS
GLEOSTINE CAPS 40 MG	3	
HERCEPTIN HYLECTA SOLN 600-10000 MG-UNT/5ML	5	NDS
HERCEPTIN SOLR 150 MG	5	NDS
HERZUMA SOLR 150 MG	5	NDS
HERZUMA SOLR 420 MG	5	NDS
<i>hydroxyurea caps 500 mg</i>	2	
IBRANCE CAPS 100 MG	5	NDS
IBRANCE CAPS 125 MG	5	NDS
IBRANCE CAPS 75 MG	5	NDS
IBRANCE TABS 100 MG	5	NDS
IBRANCE TABS 125 MG	5	NDS
IBRANCE TABS 75 MG	5	NDS
ICLUSIG TABS 10 MG	5	NDS
ICLUSIG TABS 15 MG	5	NDS
ICLUSIG TABS 30 MG	5	NDS
ICLUSIG TABS 45 MG	5	NDS
IDAMYCIN PFS SOLN 10 MG/10ML	2	
IDAMYCIN PFS SOLN 20 MG/20ML	2	
IDAMYCIN PFS SOLN 5 MG/5ML	2	
<i>idarubicin hcl soln 10 mg/10ml</i>	2	
<i>idarubicin hcl soln 20 mg/20ml</i>	2	
<i>idarubicin hcl soln 5 mg/5ml</i>	2	
IDHIFA TABS 100 MG	5	NDS
IDHIFA TABS 50 MG	5	NDS
IFOSFAMIDE SOLN 1 GM/20ML	2	
IFOSFAMIDE SOLN 3 GM/60ML	2	
IFOSFAMIDE SOLR 1 GM	2	
<i>imatinib mesylate tabs 100 mg</i>	2	
<i>imatinib mesylate tabs 400 mg</i>	2	
IMBRUVICA CAPS 140 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.





약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
IMBRUVICA CAPS 70 MG	5	NDS
IMBRUVICA SUSP 70 MG/ML	5	NDS
IMBRUVICA TABS 140 MG	5	NDS
IMBRUVICA TABS 280 MG	5	NDS
IMBRUVICA TABS 420 MG	5	NDS
IMBRUVICA TABS 560 MG	5	NDS
IMDELLTRA SOLR 1 MG	5	NDS
IMDELLTRA SOLR 10 MG	5	NDS
IMFINZI SOLN 120 MG/2.4ML	5	NDS
IMFINZI SOLN 500 MG/10ML	5	NDS
IMJUDO SOLN 25 MG/1.25ML	5	NDS
IMJUDO SOLN 300 MG/15ML	5	NDS
INFUGEM SOLN 1200-0.9 MG/120ML-%	5	NDS
INFUGEM SOLN 1300-0.9 MG/130ML-%	5	NDS
INFUGEM SOLN 1400-0.9 MG/140ML-%	5	NDS
INFUGEM SOLN 1500-0.9 MG/150ML-%	5	NDS
INFUGEM SOLN 1600-0.9 MG/160ML-%	5	NDS
INFUGEM SOLN 1700-0.9 MG/170ML-%	5	NDS
INFUGEM SOLN 1800-0.9 MG/180ML-%	5	NDS
INFUGEM SOLN 1900-0.9 MG/190ML-%	5	NDS
INFUGEM SOLN 2000-0.9 MG/200ML-%	5	NDS
INFUGEM SOLN 2200-0.9 MG/220ML-%	5	NDS
INLYTA TABS 1 MG	5	NDS
INLYTA TABS 5 MG	5	NDS
INQOVI TABS 35-100 MG	5	NDS
INREBIC CAPS 100 MG	5	NDS
<i>irinotecan hcl soln 100 mg/5ml</i>	2	
<i>irinotecan hcl soln 300 mg/15ml</i>	2	
<i>irinotecan hcl soln 40 mg/2ml</i>	2	
IRINOTECAN HCL SOLN 500 MG/25ML	2	
IWILFIN TABS 192 MG	5	NDS
IXEMPRA KIT SOLR 45 MG	5	NDS
JAKAFI TABS 10 MG	5	NDS
JAKAFI TABS 15 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
JAKAFI TABS 20 MG	5	NDS
JAKAFI TABS 25 MG	5	NDS
JAKAFI TABS 5 MG	5	NDS
JAYPIRCA TABS 100 MG	5	NDS
JAYPIRCA TABS 50 MG	5	NDS
JEMPERLI SOLN 500 MG/10ML	5	
JYLAMVO SOLN 2 MG/ML	4	
KADCYLA SOLR 100 MG	5	NDS
KADCYLA SOLR 160 MG	5	NDS
KANJINTI SOLR 150 MG	5	NDS
KANJINTI SOLR 420 MG	5	NDS
KEYTRUDA SOLN 100 MG/4ML	5	NDS
KIMMTRAK SOLN 100 MCG/0.5ML	5	NDS
KISQALI (200 MG DOSE) TBPk 200 MG	5	NDS
KISQALI (400 MG DOSE) TBPk 200 MG	5	NDS
KISQALI (600 MG DOSE) TBPk 200 MG	5	NDS
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) TBPk 200 & 2.5 MG	5	NDS
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) TBPk 200 & 2.5 MG	5	NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) TBPk 200 & 2.5 MG	5	NDS
KOSELUGO CAPS 10 MG	5	NDS
KOSELUGO CAPS 25 MG	5	NDS
KRAZATI TABS 200 MG	5	NDS
KYPROLIS SOLR 10 MG	5	NDS
KYPROLIS SOLR 30 MG	5	NDS
KYPROLIS SOLR 60 MG	5	NDS
<i>lapatinib ditosylate tabs 250 mg</i>	5	NDS
LAZCLUZE TABS 240 MG	5	NDS
LAZCLUZE TABS 80 MG	5	NDS
<i>lenalidomide caps 10 mg</i>	5	NDS
<i>lenalidomide caps 15 mg</i>	5	NDS
<i>lenalidomide caps 2.5 mg</i>	5	NDS
<i>lenalidomide caps 20 mg</i>	5	NDS
<i>lenalidomide caps 25 mg</i>	5	NDS
<i>lenalidomide caps 5 mg</i>	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) CPPK 10 MG	5	LD, NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) CPPK 3 x 4 MG	5	LD, NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) CPPK 10 & 4 MG	5	LD, NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) CPPK 10 MG & 2 X 4 MG	5	LD, NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) CPPK 2 x 10 MG	5	LD, NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) CPPK 2 x 10 MG & 4 MG	5	LD, NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) CPPK 4 MG	5	LD, NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) CPPK 2 x 4 MG	5	LD, NDS
<i>letrozole tabs 2.5 mg</i>	2	
LEUKERAN TABS 2 MG	5	NDS
<i>leuprolide acetate kit 1 mg/0.2ml</i>	2	
LIBTAYO SOLN 350 MG/7ML	5	NDS
LONSURF TABS 15-6.14 MG	5	NDS
LONSURF TABS 20-8.19 MG	5	NDS
LOQTORZI SOLN 240 MG/6ML	5	NDS
LORBRENA TABS 100 MG	5	NDS
LORBRENA TABS 25 MG	5	NDS
LUMAKRAS TABS 120 MG	5	NDS
LUMAKRAS TABS 320 MG	5	NDS
LUMOXITI SOLR 1 MG	5	NDS
LUNSUMIO SOLN 1 MG/ML	5	NDS
LUNSUMIO SOLN 30 MG/30ML	5	NDS
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75 MG	5	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 7.5 MG	5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25 MG	5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 22.5 MG	5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) KIT 30 MG	5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) KIT 45 MG	5	
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) KIT 11.25 MG	5	
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) KIT 15 MG	5	
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) KIT 7.5 MG	5	
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) KIT 11.25 MG	5	
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) KIT 30 MG	5	
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) KIT 45 MG	5	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
LYNPARZA TABS 100 MG	5	NDS
LYNPARZA TABS 150 MG	5	NDS
LYSODREN TABS 500 MG	5	NDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPk 4 MG	5	NDS
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPk 4 MG	5	NDS
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPk 4 MG	5	NDS
MARGENZA SOLN 250 MG/10ML	5	NDS
MATULANE CAPS 50 MG	5	NDS
<i>megestrol acetate susp 40 mg/ml</i>	2	
<i>megestrol acetate tabs 20 mg</i>	2	
<i>megestrol acetate tabs 40 mg</i>	2	
MEKINIST SOLR 0.05 MG/ML	5	NDS
MEKINIST TABS 0.5 MG	5	NDS
MEKINIST TABS 2 MG	5	NDS
MEKTOVI TABS 15 MG	5	NDS
<i>melphalan hcl solr 50 mg</i>	2	
<i>mercaptapurine tabs 50 mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) soln 1 gm/40ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) soln 250 mg/10ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) soln 50 mg/2ml</i>	2	
METHOTREXATE SODIUM SOLN 250 MG/10ML	2	
METHOTREXATE SODIUM SOLN 50 MG/2ML	2	
<i>methotrexate sodium solr 1 gm</i>	2	
<i>methotrexate sodium tabs 2.5 mg</i>	2	
<i>mitomycin solr 20 mg</i>	2	
<i>mitomycin solr 40 mg</i>	2	
<i>mitomycin solr 5 mg</i>	2	
<i>mitoxantrone hcl conc 20 mg/10ml</i>	2	
<i>mitoxantrone hcl conc 25 mg/12.5ml</i>	2	
<i>mitoxantrone hcl conc 30 mg/15ml</i>	2	
MONJUVI SOLR 200 MG	5	NDS
<i>mutamycin solr 20 mg</i>	2	
<i>mutamycin solr 40 mg</i>	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>mutamycin solr 5 mg</i>	2	
MVASI SOLN 100 MG/4ML	5	NDS
MVASI SOLN 400 MG/16ML	5	NDS
MYLOTARG SOLR 4.5 MG	5	NDS
<i>nelarabine soln 5 mg/ml</i>	5	NDS
NERLYNX TABS 40 MG	5	NDS
<i>nilutamide tabs 150 mg</i>	5	
NINLARO CAPS 2.3 MG	5	NDS
NINLARO CAPS 3 MG	5	NDS
NINLARO CAPS 4 MG	5	NDS
NUBEQA TABS 300 MG	5	NDS
ODOMZO CAPS 200 MG	5	NDS
OGIVRI SOLR 150 MG	5	NDS
OGIVRI SOLR 420 MG	5	NDS
OGSIVEO TABS 100 MG	5	NDS
OGSIVEO TABS 150 MG	5	NDS
OGSIVEO TABS 50 MG	5	NDS
OJEMDA SUSR 25 MG/ML	5	NDS
OJEMDA TABS 100 MG	5	NDS
OJJAARA TABS 100 MG	5	NDS
OJJAARA TABS 150 MG	5	NDS
OJJAARA TABS 200 MG	5	NDS
ONIVYDE INJ 43 MG/10ML	5	NDS
ONTRUZANT SOLR 150 MG	5	NDS
ONTRUZANT SOLR 420 MG	5	NDS
ONUREG TABS 200 MG	5	NDS
ONUREG TABS 300 MG	5	NDS
OPDIVO SOLN 100 MG/10ML	5	NDS
OPDIVO SOLN 120 MG/12ML	5	NDS
OPDIVO SOLN 240 MG/24ML	5	NDS
OPDIVO SOLN 40 MG/4ML	5	NDS
OPDUALAG SOLN 240-80 MG/20ML	5	NDS
ORSERDU TABS 345 MG	5	NDS
ORSERDU TABS 86 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
OXALIPLATIN SOLN 100 MG/20ML	2	
<i>oxaliplatin soln 50 mg/10ml</i>	2	
<i>oxaliplatin solr 100 mg</i>	2	
<i>oxaliplatin solr 50 mg</i>	2	
<i>paclitaxel conc 100 mg/16.7ml</i>	2	
PACLITAXEL CONC 150 MG/25ML	2	
<i>paclitaxel conc 30 mg/5ml</i>	2	
<i>paclitaxel conc 300 mg/50ml</i>	2	
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART SUSR 100 MG	5	NDS
PADCEV SOLR 20 MG	5	NDS
PADCEV SOLR 30 MG	5	NDS
PARAPLATIN SOLN 1000 MG/100ML	2	
<i>pazopanib hcl tabs 200 mg</i>	5	NDS
PEMAZYRE TABS 13.5 MG	5	NDS
PEMAZYRE TABS 4.5 MG	5	NDS
PEMAZYRE TABS 9 MG	5	NDS
PEMETREXED DISODIUM SOLN 1 GM/40ML	4	
PEMETREXED DISODIUM SOLN 100 MG/4ML	4	
PEMETREXED DISODIUM SOLN 500 MG/20ML	4	
PEMETREXED DISODIUM SOLN 850 MG/34ML	4	
<i>pemetrexed disodium solr 100 mg</i>	5	NDS
<i>pemetrexed disodium solr 1000 mg</i>	5	NDS
<i>pemetrexed disodium solr 500 mg</i>	2	
<i>pemetrexed disodium solr 750 mg</i>	5	NDS
PEMETREXED DITROMETHAMINE SOLR 100 MG	5	NDS
PEMETREXED DITROMETHAMINE SOLR 500 MG	5	NDS
PEMETREXED SOLN 1 GM/40ML	5	NDS
PEMETREXED SOLN 100 MG/4ML	5	NDS
PEMETREXED SOLN 500 MG/20ML	5	NDS
PEMFEXY SOLN 500 MG/20ML	5	NDS
PEMRYDI RTU SOLN 100 MG/10ML	5	NDS
PEMRYDI RTU SOLN 500 MG/50ML	5	NDS
PERJETA SOLN 420 MG/14ML	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
PHESGO SOLN 60-60-2000 MG-MG-U/ML	5	NDS
PHESGO SOLN 80-40-2000 MG-MG-U/ML	5	NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) TBPK 200 MG	5	NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) TBPK 200 & 50 MG	5	NDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) TBPK 2 x 150 MG	5	NDS
POLIVY SOLR 140 MG	5	NDS
POLIVY SOLR 30 MG	5	NDS
POMALYST CAPS 1 MG	5	NDS
POMALYST CAPS 2 MG	5	NDS
POMALYST CAPS 3 MG	5	NDS
POMALYST CAPS 4 MG	5	NDS
PORTRAZZA SOLN 800 MG/50ML	5	NDS
POTELIGEO SOLN 20 MG/5ML	5	NDS
PRALATREXATE SOLN 20 MG/ML	5	NDS
PRALATREXATE SOLN 40 MG/2ML	5	NDS
PURIXAN SUSP 2000 MG/100ML	5	NDS
QINLOCK TABS 50 MG	5	NDS
RETEVMO CAPS 40 MG	5	NDS
RETEVMO CAPS 80 MG	5	NDS
RETEVMO TABS 120 MG	5	NDS
RETEVMO TABS 160 MG	5	NDS
RETEVMO TABS 40 MG	5	NDS
RETEVMO TABS 80 MG	5	NDS
REVLIMID CAPS 2.5 MG	5	NDS
REVLIMID CAPS 20 MG	5	NDS
REZLIDHIA CAPS 150 MG	5	NDS
RIABNI SOLN 100 MG/10ML	3	
RIABNI SOLN 500 MG/50ML	3	
RITUXAN HYCELA SOLN 1400-23400 MG -UT/11.7ML	5	
RITUXAN HYCELA SOLN 1600-26800 MG -UT/13.4ML	5	
RITUXAN SOLN 100 MG/10ML	5	
RITUXAN SOLN 500 MG/50ML	5	
ROZLYTREK CAPS 100 MG	5	NDS
ROZLYTREK CAPS 200 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
ROZLYTREK PACK 50 MG	5	NDS
RUBRACA TABS 200 MG	5	NDS
RUBRACA TABS 250 MG	5	NDS
RUBRACA TABS 300 MG	5	NDS
RUXIENCE SOLN 100 MG/10ML	5	NDS
RUXIENCE SOLN 500 MG/50ML	5	NDS
RYBREVANT SOLN 350 MG/7ML	5	NDS
RYDAPT CAPS 25 MG	5	NDS
RYLAZE SOLN 10 MG/0.5ML	5	NDS
RYTELO SOLR 188 MG	5	NDS
RYTELO SOLR 47 MG	5	NDS
SARCLISA SOLN 100 MG/5ML	5	NDS
SARCLISA SOLN 500 MG/25ML	5	NDS
SCSEMBLIX TABS 100 MG	5	NDS
SCSEMBLIX TABS 20 MG	5	NDS
SCSEMBLIX TABS 40 MG	5	NDS
SIKLOS TABS 1000 MG	5	NDS
SOLTAMOX SOLN 10 MG/5ML	5	
<i>sorafenib tosylate tabs 200 mg</i>	5	NDS
SPRYCEL TABS 100 MG	5	NDS
SPRYCEL TABS 140 MG	5	NDS
SPRYCEL TABS 20 MG	5	NDS
SPRYCEL TABS 50 MG	5	NDS
SPRYCEL TABS 70 MG	5	NDS
SPRYCEL TABS 80 MG	5	NDS
STIVARGA TABS 40 MG	5	NDS
<i>sunitinib malate caps 12.5 mg</i>	5	NDS
<i>sunitinib malate caps 25 mg</i>	5	NDS
<i>sunitinib malate caps 37.5 mg</i>	5	NDS
<i>sunitinib malate caps 50 mg</i>	5	NDS
SUTENT CAPS 12.5 MG	5	NDS
SUTENT CAPS 25 MG	5	NDS
SUTENT CAPS 37.5 MG	5	NDS
SUTENT CAPS 50 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.





약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
SYLVANT SOLR 100 MG	5	NDS
SYLVANT SOLR 400 MG	5	NDS
SYNRIBO SOLR 3.5 MG	5	NDS
TABLOID TABS 40 MG	5	NDS
TABRECTA TABS 150 MG	5	NDS
TABRECTA TABS 200 MG	5	NDS
TAFINLAR CAPS 50 MG	5	NDS
TAFINLAR CAPS 75 MG	5	NDS
TAFINLAR TBSO 10 MG	5	NDS
TAGRISSE TABS 40 MG	5	NDS
TAGRISSE TABS 80 MG	5	NDS
TALVEY SOLN 3 MG/1.5ML	5	NDS
TALVEY SOLN 40 MG/ML	5	NDS
TALZENNA CAPS 0.1 MG	5	NDS
TALZENNA CAPS 0.25 MG	5	NDS
TALZENNA CAPS 0.35 MG	5	NDS
TALZENNA CAPS 0.5 MG	5	NDS
TALZENNA CAPS 0.75 MG	5	NDS
TALZENNA CAPS 1 MG	5	NDS
<i>tamoxifen citrate tabs 10 mg</i>	2	
<i>tamoxifen citrate tabs 20 mg</i>	2	
TASIGNA CAPS 150 MG	5	NDS
TASIGNA CAPS 200 MG	5	NDS
TASIGNA CAPS 50 MG	5	NDS
TAZVERIK TABS 200 MG	5	NDS
TECENTRIQ SOLN 1200 MG/20ML	5	NDS
TECENTRIQ SOLN 840 MG/14ML	5	NDS
TECVAYLI SOLN 153 MG/1.7ML	5	NDS
TECVAYLI SOLN 30 MG/3ML	5	NDS
<i>temsirolimus soln 25 mg/ml</i>	2	
TEPADINA SOLR 100 MG	5	NDS
TEPMETKO TABS 225 MG	5	NDS
TEVIMBRA SOLN 100 MG/10ML	5	NDS
THALOMID CAPS 100 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
THALOMID CAPS 150 MG	5	NDS
THALOMID CAPS 200 MG	5	NDS
THALOMID CAPS 50 MG	5	NDS
<i>thiotepa solr 100 mg</i>	5	NDS
<i>thiotepa solr 15 mg</i>	5	NDS
TIBSOVO TABS 250 MG	5	NDS
TIVDAK SOLR 40 MG	5	NDS
<i>toposar soln 1 gm/50ml</i>	2	
<i>toposar soln 100 mg/5ml</i>	2	
<i>toposar soln 500 mg/25ml</i>	2	
<i>topotecan hcl soln 4 mg/4ml</i>	2	
<i>topotecan hcl solr 4 mg</i>	2	
<i>toremifene citrate tabs 60 mg</i>	5	NDS
<i>torpenz tabs 10 mg</i>	5	NDS
<i>torpenz tabs 2.5 mg</i>	5	NDS
<i>torpenz tabs 5 mg</i>	5	NDS
<i>torpenz tabs 7.5 mg</i>	5	NDS
TRAZIMERA SOLR 150 MG	5	NDS
TRAZIMERA SOLR 420 MG	5	NDS
TREANDA SOLR 100 MG	5	NDS
TREANDA SOLR 25 MG	5	NDS
TRELSTAR MIXJECT SUSR 11.25 MG	4	
TRELSTAR MIXJECT SUSR 22.5 MG	4	
TRELSTAR MIXJECT SUSR 3.75 MG	4	
<i>tretinoin caps 10 mg</i>	5	NDS
TREXALL TABS 10 MG	2	
TREXALL TABS 15 MG	2	
TREXALL TABS 5 MG	2	
TREXALL TABS 7.5 MG	2	
TRODELVY SOLR 180 MG	5	NDS
TRUQAP TABS 160 MG	5	NDS
TRUQAP TABS 200 MG	5	NDS
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) CPPK 100 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) CPPK 100 & 25 MG	5	NDS
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) CPPK 25 MG	5	NDS
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) CPPK 25 MG	5	NDS
TUKYSA TABS 150 MG	5	NDS
TUKYSA TABS 50 MG	5	NDS
TURALIO CAPS 125 MG	5	NDS
TURALIO CAPS 200 MG	5	NDS
UNITUXIN SOLN 17.5 MG/5ML	5	NDS
<i>valrubicin soln 40 mg/ml</i>	2	
VANFLYTA TABS 17.7 MG	5	NDS
VANFLYTA TABS 26.5 MG	5	NDS
VEGZELMA SOLN 100 MG/4ML	5	NDS
VEGZELMA SOLN 400 MG/16ML	5	NDS
VENCLEXTA STARTING PACK TBPK 10 & 50 & 100 MG	5	NDS
VENCLEXTA TABS 10 MG	4	NDS
VENCLEXTA TABS 100 MG	5	NDS
VENCLEXTA TABS 50 MG	5	NDS
VERZENIO TABS 100 MG	5	NDS
VERZENIO TABS 150 MG	5	NDS
VERZENIO TABS 200 MG	5	NDS
VERZENIO TABS 50 MG	5	NDS
VINBLASTINE SULFATE SOLN 1 MG/ML	2	
<i>vincasar pfs soln 1 mg/ml</i>	2	
VINCRISTINE SULFATE SOLN 1 MG/ML	2	
<i>vinorelbine tartrate soln 10 mg/ml</i>	2	
<i>vinorelbine tartrate soln 50 mg/5ml</i>	2	
VITRAKVI CAPS 100 MG	5	NDS
VITRAKVI CAPS 25 MG	5	NDS
VITRAKVI SOLN 20 MG/ML	5	NDS
VIVIMUSTA SOLN 100 MG/4ML	5	NDS
VIZIMPRO TABS 15 MG	5	NDS
VIZIMPRO TABS 30 MG	5	NDS
VIZIMPRO TABS 45 MG	5	NDS
VONJO CAPS 100 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
VORANIGO TABS 10 MG	5	NDS
VORANIGO TABS 40 MG	5	NDS
VYXEOS SUSR 44-100 MG	5	NDS
WELIREG TABS 40 MG	5	NDS
XALKORI CAPS 200 MG	5	NDS
XALKORI CAPS 250 MG	5	NDS
XALKORI CPSP 150 MG	5	NDS
XALKORI CPSP 20 MG	5	NDS
XALKORI CPSP 50 MG	5	NDS
XATMEP SOLN 2.5 MG/ML	4	
XOSPATA TABS 40 MG	5	NDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) TBP 50 MG	5	NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) TBP 40 MG	5	NDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) TBP 40 MG	5	NDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) TBP 60 MG	5	NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) TBP 20 MG	5	NDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) TBP 40 MG	5	NDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) TBP 20 MG	5	NDS
XTANDI CAPS 40 MG	5	NDS
XTANDI TABS 40 MG	5	NDS
XTANDI TABS 80 MG	5	NDS
YERVOY SOLN 200 MG/40ML	5	NDS
YERVOY SOLN 50 MG/10ML	5	NDS
YONDELIS SOLR 1 MG	5	NDS
YONSA TABS 125 MG	5	NDS
ZALTRAP SOLN 100 MG/4ML	5	NDS
ZALTRAP SOLN 200 MG/8ML	5	NDS
ZEJULA CAPS 100 MG	5	NDS
ZEJULA TABS 100 MG	5	NDS
ZEJULA TABS 200 MG	5	NDS
ZEJULA TABS 300 MG	5	NDS
ZELBORAF TABS 240 MG	5	NDS
ZEPZELCA SOLR 4 MG	5	NDS
ZIRABEV SOLN 100 MG/4ML	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
ZIRABEV SOLN 400 MG/16ML	5	NDS
ZOLINZA CAPS 100 MG	5	NDS
ZYDELIG TABS 100 MG	5	NDS
ZYDELIG TABS 150 MG	5	NDS
ZYKADIA TABS 150 MG	5	NDS
ZYNLONTA SOLR 10 MG	5	NDS
ZYNYZ SOLN 500 MG/20ML	5	NDS
ZYTIGA TABS 500 MG	5	NDS
<b>AUTONOMIC DRUGS</b>		
<b>ANTICHOLINERGIC AGENTS</b>		
<i>atropine sulfate soln 8 mg/20ml</i>	2	
ATROPINE SULFATE SOSY 1 MG/10ML	2	
<i>atropine sulfate sosy 1 mg/10ml</i>	2	
ATROVENT HFA AERS 17 MCG/ACT	4	MO
<i>chlordiazepoxide-clidinium caps 5-2.5 mg</i>	2	
<i>dicyclomine hcl caps 10 mg</i>	2	MO
<i>dicyclomine hcl soln 10 mg/5ml</i>	2	MO
<i>dicyclomine hcl soln 10 mg/ml</i>	2	
<i>dicyclomine hcl tabs 20 mg</i>	2	MO
<i>glycopyrrolate soln 0.2 mg/ml</i>	2	
<i>glycopyrrolate soln 0.4 mg/2ml</i>	2	
<i>glycopyrrolate inj soln 1 mg/5ml</i>	2	
<i>glycopyrrolate oral soln 1 mg/5ml</i>	2	MO
<i>glycopyrrolate soln 4 mg/20ml</i>	2	
<i>glycopyrrolate tabs 1 mg</i>	2	MO
GLYCOPYRROLATE TABS 1.5 MG	2	
<i>glycopyrrolate tabs 2 mg</i>	2	MO
<i>ipratropium bromide soln 0.02 %</i>	1	PA, MO
<i>ipratropium bromide soln 0.03 %</i>	2	MO
<i>ipratropium bromide soln 0.06 %</i>	2	MO
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT SOLN 25 MCG/ML	5	NDS
SPIRIVA RESPIMAT AERS 2.5 MCG/ACT	3	MO
STIOLTO RESPIMAT AERS 2.5-2.5 MCG/ACT	3	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
YUPELRI SOLN 175 MCG/3ML	5	PA, NDS
<b>AUTONOMIC DRUGS, MISCELLANEOUS</b>		
nicotine dis 14mg/24h	2	OTC
nicotine dis 21mg/24h	2	OTC
nicotine polacrilex gum 2 mg	2	OTC
nicotine polacrilex gum 4 mg	2	OTC
nicotine pt24 7 mg/24hr	2	OTC
NICOTROL INHA 10 MG	3	MO
varenicline tartrate (starter) tbpk 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42	2	MO
varenicline tartrate tabs 0.5 mg	2	MO
varenicline tartrate tabs 1 mg	2	MO
<b>PARASYMPATHOMIMETIC (CHOLINERGIC) AGENTS</b>		
bethanechol chloride tabs 10 mg	2	MO
bethanechol chloride tabs 25 mg	2	MO
bethanechol chloride tabs 5 mg	2	MO
bethanechol chloride tabs 50 mg	2	MO
donepezil hcl tabs 10 mg	1	MO
donepezil hcl tabs 5 mg	1	MO
donepezil hcl tbdp 10 mg	2	MO
donepezil hcl tbdp 5 mg	2	MO
galantamine hydrobromide er cp24 16 mg	2	MO
galantamine hydrobromide er cp24 24 mg	2	MO
galantamine hydrobromide er cp24 8 mg	2	MO
GALANTAMINE HYDROBROMIDE SOLN 4 MG/ML	2	MO
galantamine hydrobromide tabs 12 mg	2	MO
galantamine hydrobromide tabs 4 mg	2	MO
galantamine hydrobromide tabs 8 mg	2	MO
pilocarpine hcl tabs 5 mg	2	MO
pyridostigmine bromide er tbcr 180 mg	2	MO
pyridostigmine bromide soln 60 mg/5ml	4	MO
pyridostigmine bromide tabs 60 mg	2	MO
REGONOL SOLN 10 MG/2ML	3	
rivastigmine tartrate caps 1.5 mg	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



10/01/2024

약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>rivastigmine tartrate caps 3 mg</i>	2	MO
<i>rivastigmine tartrate caps 4.5 mg</i>	2	MO
<i>rivastigmine tartrate caps 6 mg</i>	2	MO
<b>SKELETAL MUSCLE RELAXANTS</b>		
BACLOFEN SOLN 10 MG/5ML	4	
<i>baclofen susp 25 mg/5ml</i>	5	NDS
<i>baclofen tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>baclofen tabs 20 mg</i>	2	MO
<i>baclofen tabs 5 mg</i>	2	MO
<i>cyclobenzaprine hcl tabs 10 mg</i>	2	PA
<i>cyclobenzaprine hcl tabs 5 mg</i>	2	PA
<i>dantrolene sodium caps 100 mg</i>	2	
<i>dantrolene sodium caps 25 mg</i>	2	
<i>dantrolene sodium caps 50 mg</i>	2	
<i>methocarbamol tabs 500 mg</i>	2	
<i>methocarbamol tabs 750 mg</i>	2	
OZOBAX DS SOLN 10 MG/5ML	5	NDS
<i>succinylcholine chloride soln 20 mg/ml</i>	2	
<i>tizanidine hcl tabs 2 mg</i>	2	
<i>tizanidine hcl tabs 4 mg</i>	2	
<b>SYMPATHOLYTIC (ADRENERGIC BLOCKING) AGENTS</b>		
<i>alfuzosin hcl er tb24 10 mg</i>	2	MO
<i>dihydroergotamine mesylate soln 1 mg/ml</i>	2	
<i>dihydroergotamine mesylate soln 4 mg/ml</i>	5	NDS
ERGOLOID MESYLATES TABS 1 MG	2	MO
ERGOMAR SUBL 2 MG	4	
<i>phenoxybenzamine hcl caps 10 mg</i>	5	NDS
<i>silodosin caps 4 mg</i>	2	MO
<i>silodosin caps 8 mg</i>	2	MO
<i>tamsulosin hcl caps 0.4 mg</i>	1	MO
<b>SYMPATHOMIMETIC (ADRENERGIC) AGENTS</b>		
<i>albuterol sulfate hfa aers 108 (90 base) mcg/act</i>	2	MO
ALBUTEROL SULFATE HFA AERS 108 (90 Base) MCG/ACT	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>albuterol sulfate nebu (2.5 mg/3ml) 0.083%</i>	2	PA, MO
<i>albuterol sulfate nebu 0.63 mg/3ml</i>	2	PA, MO
<i>albuterol sulfate nebu 1.25 mg/3ml</i>	2	PA, MO
<i>albuterol sulfate nebu 2.5 mg/0.5ml</i>	2	PA, MO
<i>albuterol sulfate syrps 2 mg/5ml</i>	2	MO
<i>albuterol sulfate tabs 2 mg</i>	2	MO
<i>albuterol sulfate tabs 4 mg</i>	2	MO
<i>arformoterol tartrate nebu 15 mcg/2ml</i>	4	PA, MO
COMBIVENT RESPIMAT AERS 20-100 MCG/ACT	4	MO
<i>dobutamine hcl soln 250 mg/20ml</i>	2	
DOBUTAMINE-DEXTROSE SOLN 1-5 MG/ML-%	2	
DOBUTAMINE-DEXTROSE SOLN 2-5 MG/ML-%	2	
<i>dopamine hcl soln 40 mg/ml</i>	2	
DOPAMINE-DEXTROSE SOLN 0.8-5 MG/ML-%	2	
DOPAMINE-DEXTROSE SOLN 1.6-5 MG/ML-%	2	
DOPAMINE-DEXTROSE SOLN 3.2-5 MG/ML-%	2	
<i>droxidopa caps 100 mg</i>	4	
<i>droxidopa caps 200 mg</i>	4	
<i>droxidopa caps 300 mg</i>	4	
EPINEPHRINE SOAJ 0.15 MG/0.15ML	2	
<i>epinephrine soaj 0.15 mg/0.3ml</i>	2	
<i>epinephrine soaj 0.3 mg/0.3ml</i>	2	
EPINEPHRINE SOAJ 0.3 MG/0.3ML	2	
EPINEPHRINE SOSY 1 MG/10ML	2	
<i>ipratropium-albuterol soln 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	2	PA, MO
<i>isoproterenol hcl soln 0.2 mg/ml</i>	2	
<i>midodrine hcl tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>midodrine hcl tabs 2.5 mg</i>	2	MO
<i>midodrine hcl tabs 5 mg</i>	2	MO
<i>norepinephrine bitartrate soln 1 mg/ml</i>	2	
<i>phenylephrine hcl (pressors) soln 10 mg/ml</i>	2	
SEREVENT DISKUS AEPB 50 MCG/ACT	4	MO
STRIVERDI RESPIMAT AERS 2.5 MCG/ACT	3	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면** [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.





약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>terbutaline sulfate soln 1 mg/ml</i>	2	
<i>terbutaline sulfate tabs 2.5 mg</i>	2	MO
<i>terbutaline sulfate tabs 5 mg</i>	2	MO
<b>BLOOD FORMATION, COAGULATION, AND THROMBOSIS</b>		
<b>BLOOD FORMATION MODIFIERS</b>		
ADAKVEO SOLN 100 MG/10ML	5	NDS
<i>icatibant acetate sosy 30 mg/3ml</i>	5	NDS
OXBRYTA TABS 500 MG	5	NDS
<i>sajazir sosy 30 mg/3ml</i>	5	NDS
<b>COAGULANTS AND ANTICOAGULANTS</b>		
<i>aminocaproic acid soln 0.25 gm/ml</i>	2	MO
<i>aminocaproic acid soln 250 mg/ml</i>	2	
<i>aminocaproic acid tabs 1000 mg</i>	2	MO
<i>aminocaproic acid tabs 500 mg</i>	2	MO
<i>anagrelide hcl caps 0.5 mg</i>	2	MO
<i>anagrelide hcl caps 1 mg</i>	2	MO
<i>argatroban soln 250 mg/2.5ml</i>	2	
<i>aspirin-dipyridamole er cp12 25-200 mg</i>	2	MO
BRILINTA TABS 60 MG	3	MO
BRILINTA TABS 90 MG	3	MO
<i>cilostazol tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>cilostazol tabs 50 mg</i>	2	MO
<i>clopidogrel bisulfate tabs 75 mg</i>	1	MO
<i>dabigatran etexilate mesylate caps 110 mg</i>	2	MO
<i>dabigatran etexilate mesylate caps 150 mg</i>	2	MO
<i>dabigatran etexilate mesylate caps 75 mg</i>	2	MO
ELIQUIS TABS 5 MG	4	MO
ENOXAPARIN SODIUM SOLN 300 MG/3ML	2	
<i>enoxaparin sodium sosy 100 mg/ml</i>	2	
<i>enoxaparin sodium sosy 120 mg/0.8ml</i>	2	
<i>enoxaparin sodium sosy 150 mg/ml</i>	2	
<i>enoxaparin sodium sosy 30 mg/0.3ml</i>	2	
<i>enoxaparin sodium sosy 40 mg/0.4ml</i>	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>enoxaparin sodium sosy 60 mg/0.6ml</i>	2	
<i>enoxaparin sodium sosy 80 mg/0.8ml</i>	2	
FONDAPARINUX SODIUM SOLN 10 MG/0.8ML	5	NDS
<i>fondaparinux sodium soln 2.5 mg/0.5ml</i>	2	NDS
FONDAPARINUX SODIUM SOLN 5 MG/0.4ML	5	NDS
FONDAPARINUX SODIUM SOLN 7.5 MG/0.6ML	5	NDS
HEPARIN (PORCINE) IN NAACL SOLN 1000-0.9 UT/500ML-%	2	
<i>heparin (porcine) in nacl soln 2000-0.9 unit/l-%</i>	2	
HEPARIN (PORCINE) IN NAACL SOLN 2000-0.9 UNIT/L-%	2	
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W SOLN 100 UNIT/ML	2	
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W SOLN 25000-5 UT/500ML-%	2	
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W SOLN 40-5 UNIT/ML-%	2	
<i>heparin sodium (porcine) pf soln 5000 unit/0.5ml</i>	2	
<i>heparin sodium (porcine) soln 1000 unit/ml</i>	2	
<i>heparin sodium (porcine) soln 10000 unit/ml</i>	2	
<i>heparin sodium (porcine) soln 20000 unit/ml</i>	2	
<i>heparin sodium (porcine) soln 5000 unit/ml</i>	2	
<i>jantoven tabs 1 mg</i>	1	MO
<i>jantoven tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>jantoven tabs 2 mg</i>	1	MO
<i>jantoven tabs 2.5 mg</i>	1	MO
<i>jantoven tabs 3 mg</i>	1	MO
<i>jantoven tabs 4 mg</i>	1	MO
<i>jantoven tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>jantoven tabs 6 mg</i>	1	MO
<i>jantoven tabs 7.5 mg</i>	1	MO
LOVENOX SOLN 300 MG/3ML	2	
LOVENOX SOSY 100 MG/ML	2	
LOVENOX SOSY 120 MG/0.8ML	2	
LOVENOX SOSY 150 MG/ML	2	
LOVENOX SOSY 30 MG/0.3ML	2	
LOVENOX SOSY 40 MG/0.4ML	2	
LOVENOX SOSY 60 MG/0.6ML	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
LOVENOX SOSY 80 MG/0.8ML	2	
<i>pentoxifylline er tbc</i> 400 mg	2	MO
PRADAXA CAPS 110 MG	3	MO
PRADAXA CAPS 150 MG	2	MO
PRADAXA CAPS 75 MG	2	MO
<i>prasugrel hcl tabs</i> 10 mg	2	MO
<i>prasugrel hcl tabs</i> 5 mg	2	MO
<i>tranexamic acid soln</i> 1000 mg/10ml	2	
<i>tranexamic acid tabs</i> 650 mg	2	MO
<i>warfarin sodium tabs</i> 1 mg	1	MO
<i>warfarin sodium tabs</i> 10 mg	1	MO
<i>warfarin sodium tabs</i> 2 mg	1	MO
<i>warfarin sodium tabs</i> 2.5 mg	1	MO
<i>warfarin sodium tabs</i> 3 mg	1	MO
<i>warfarin sodium tabs</i> 4 mg	1	MO
<i>warfarin sodium tabs</i> 5 mg	1	MO
<i>warfarin sodium tabs</i> 6 mg	1	MO
<i>warfarin sodium tabs</i> 7.5 mg	1	
XARELTO STARTER PACK TBPK 15 & 20 MG	4	MO
XARELTO SUSR 1 MG/ML	5	NDS
XARELTO TABS 10 MG	4	MO
XARELTO TABS 15 MG	4	MO
XARELTO TABS 2.5 MG	4	MO
XARELTO TABS 20 MG	4	MO
<b>HEMATOPOIETIC AGENTS</b>		
ALVAIZ TABS 18 MG	5	NDS
ALVAIZ TABS 36 MG	5	NDS
ALVAIZ TABS 54 MG	5	NDS
ALVAIZ TABS 9 MG	5	NDS
APHEXDA SOLR 62 MG	5	NDS
ARANESP (ALBUMIN FREE) SOLN 100 MCG/ML	5	NDS
ARANESP (ALBUMIN FREE) SOLN 200 MCG/ML	5	NDS
ARANESP (ALBUMIN FREE) SOLN 60 MCG/ML	4	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY 100 MCG/0.5ML	5	NDS
ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY 150 MCG/0.3ML	5	NDS
ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY 200 MCG/0.4ML	5	NDS
ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY 300 MCG/0.6ML	5	NDS
ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY 500 MCG/ML	5	NDS
ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY 60 MCG/0.3ML	5	NDS
CABLIVI KIT 11 MG	5	NDS
DOPTELET TABS 20 MG	5	NDS
FULPHILA SOSY 6 MG/0.6ML	5	NDS
GRANIX SOLN 300 MCG/ML	4	
GRANIX SOLN 480 MCG/1.6ML	4	
GRANIX SOSY 300 MCG/0.5ML	4	
GRANIX SOSY 480 MCG/0.8ML	4	
LEUKINE SOLR 250 MCG	5	NDS
MOZOBIL SOLN 24 MG/1.2ML	5	NDS
NEULASTA ONPRO PSKT 6 MG/0.6ML	5	NDS
NIVESTYM SOLN 300 MCG/ML	5	NDS
NIVESTYM SOLN 480 MCG/1.6ML	5	NDS
NIVESTYM SOSY 300 MCG/0.5ML	5	NDS
NIVESTYM SOSY 480 MCG/0.8ML	5	NDS
NPLATE SOLR 125 MCG	5	NDS
PLERIXAFOR SOLN 24 MG/1.2ML	5	NDS
PROCRIT SOLN 10000 UNIT/ML	3	
PROCRIT SOLN 2000 UNIT/ML	3	NDS
PROCRIT SOLN 20000 UNIT/ML	5	NDS
PROCRIT SOLN 3000 UNIT/ML	3	NDS
PROCRIT SOLN 4000 UNIT/ML	3	NDS
PROCRIT SOLN 40000 UNIT/ML	5	NDS
PROMACTA PACK 12.5 MG	5	NDS
PROMACTA PACK 25 MG	5	NDS
PROMACTA TABS 12.5 MG	5	NDS
PROMACTA TABS 25 MG	5	NDS
PROMACTA TABS 50 MG	5	NDS
PROMACTA TABS 75 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
REBLOZYL SOLR 25 MG	5	NDS
REBLOZYL SOLR 75 MG	5	NDS
RETACRIT SOLN 20000 UNIT/ML	4	NDS
ROLVEDON SOSY 13.2 MG/0.6ML	5	NDS
STIMUFEND SOSY 6 MG/0.6ML	5	NDS
TAVALISSE TABS 100 MG	5	NDS
TAVALISSE TABS 150 MG	5	NDS
UDENYCA ONBODY SOSY 6 MG/0.6ML	5	NDS
UDENYCA SOAJ 6 MG/0.6ML	5	NDS
VAFSEO TABS 300 MG	5	NDS
XOLREMDI CAPS 100 MG	5	NDS
ZARXIO SOSY 300 MCG/0.5ML	5	NDS
ZARXIO SOSY 480 MCG/0.8ML	5	NDS
<b>CARDIOVASCULAR DRUGS</b>		
<b>A-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</b>		
<i>doxazosin mesylate tabs 1 mg</i>	2	MO
<i>doxazosin mesylate tabs 2 mg</i>	2	MO
<i>doxazosin mesylate tabs 4 mg</i>	2	MO
<i>doxazosin mesylate tabs 8 mg</i>	2	MO
METYROSINE CAPS 250 MG	5	NDS
<i>prazosin hcl caps 1 mg</i>	2	MO
<i>prazosin hcl caps 2 mg</i>	2	MO
<i>prazosin hcl caps 5 mg</i>	2	MO
<i>terazosin hcl caps 1 mg</i>	1	MO
<i>terazosin hcl caps 10 mg</i>	1	MO
<i>terazosin hcl caps 2 mg</i>	1	MO
<i>terazosin hcl caps 5 mg</i>	1	MO
<b>ANTILIPEMIC AGENTS</b>		
<i>atorvastatin calcium tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>atorvastatin calcium tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>atorvastatin calcium tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>atorvastatin calcium tabs 80 mg</i>	1	MO
<i>cholestyramine light pack 4 gm</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>cholestyramine light powd 4 gm/dose</i>	2	MO
<i>cholestyramine pack 4 gm</i>	2	MO
<i>cholestyramine powd 4 gm/dose</i>	2	MO
<i>colesevelam hcl tabs 625 mg</i>	2	MO
COLESTIPOL HCL GRAN 5 GM	2	MO
COLESTIPOL HCL PACK 5 GM	2	MO
<i>colestipol hcl tabs 1 gm</i>	2	MO
EVKEEZA SOLN 1200 MG/8ML	5	NDS
EVKEEZA SOLN 345 MG/2.3ML	5	NDS
<i>ezetimibe tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>fenofibrate tabs 160 mg</i>	2	MO
<i>fenofibrate tabs 54 mg</i>	2	MO
<i>gemfibrozil tabs 600 mg</i>	2	MO
<i>icosapent ethyl caps 0.5 gm</i>	2	MO
<i>icosapent ethyl caps 1 gm</i>	2	MO
<i>lovastatin tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>lovastatin tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>lovastatin tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>niacin er (antihyperlipidemic) tbcr 500 mg</i>	2	MO
NIACOR TABS 500 MG	2	MO
<i>omega-3-acid ethyl esters caps 1 gm</i>	2	MO
<i>pravastatin sodium tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>pravastatin sodium tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>pravastatin sodium tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>pravastatin sodium tabs 80 mg</i>	1	MO
<i>prevalite pack 4 gm</i>	2	MO
<i>prevalite powd 4 gm/dose</i>	2	MO
REPATHA SURECLICK SOAJ 140 MG/ML	4	PA
<i>rosuvastatin calcium tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>rosuvastatin calcium tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>rosuvastatin calcium tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>rosuvastatin calcium tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>simvastatin tabs 10 mg</i>	1	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>simvastatin tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>simvastatin tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>simvastatin tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>simvastatin tabs 80 mg</i>	1	MO
<b>BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</b>		
<i>acebutolol hcl caps 200 mg</i>	2	MO
<i>acebutolol hcl caps 400 mg</i>	2	MO
<i>atenolol tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>atenolol tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>atenolol tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone tabs 100-25 mg</i>	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone tabs 50-25 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol fumarate tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol fumarate tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide tabs 10-6.25 mg</i>	2	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide tabs 2.5-6.25 mg</i>	2	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide tabs 5-6.25 mg</i>	2	MO
<i>carvedilol tabs 12.5 mg</i>	1	MO
<i>carvedilol tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>carvedilol tabs 3.125 mg</i>	1	MO
<i>carvedilol tabs 6.25 mg</i>	1	MO
ESMOLOL HCL SOLN 100 MG/10ML	2	
<i>esmolol hcl-sodium chloride soln 2000 mg/100ml</i>	2	
<i>esmolol hcl-sodium chloride soln 2500 mg/250ml</i>	2	
<i>labetalol hcl soln 5 mg/ml</i>	2	
LABETALOL HCL SOSY 10 MG/2ML	2	
LABETALOL HCL SOSY 20 MG/4ML	2	
<i>labetalol hcl tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>labetalol hcl tabs 200 mg</i>	2	MO
<i>labetalol hcl tabs 300 mg</i>	2	MO
<i>metoprolol succinate er tb24 100 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol succinate er tb24 200 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol succinate er tb24 25 mg</i>	1	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>metoprolol succinate er tb24 50 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate soln 5 mg/5ml</i>	2	
<i>metoprolol tartrate tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide tabs 100-50 mg</i>	2	MO
<i>nadolol tabs 20 mg</i>	2	MO
<i>nadolol tabs 40 mg</i>	2	MO
<i>nadolol tabs 80 mg</i>	2	MO
<i>nebivolol hcl tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>nebivolol hcl tabs 2.5 mg</i>	2	MO
<i>nebivolol hcl tabs 20 mg</i>	2	MO
<i>nebivolol hcl tabs 5 mg</i>	2	MO
<i>propranolol hcl er cp24 120 mg</i>	2	MO
<i>propranolol hcl er cp24 160 mg</i>	2	MO
<i>propranolol hcl er cp24 60 mg</i>	2	MO
<i>propranolol hcl er cp24 80 mg</i>	2	MO
<i>propranolol hcl soln 1 mg/ml</i>	2	
<i>propranolol hcl soln 20 mg/5ml</i>	2	MO
PROPRANOLOL HCL SOLN 40 MG/5ML	2	MO
<i>propranolol hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl tabs 60 mg</i>	2	MO
<i>propranolol hcl tabs 80 mg</i>	1	MO
<i>sotalol hcl (af) tabs 120 mg</i>	2	MO
<i>sotalol hcl (af) tabs 160 mg</i>	2	MO
<i>sotalol hcl (af) tabs 80 mg</i>	2	MO
<i>sotalol hcl tabs 120 mg</i>	2	MO
<i>sotalol hcl tabs 160 mg</i>	2	MO
<i>sotalol hcl tabs 240 mg</i>	2	MO
<i>sotalol hcl tabs 80 mg</i>	2	MO
<i>timolol maleate tabs 10 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.





약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<b>CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS</b>		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl caps 10-20 mg</i>	2	MO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl caps 10-40 mg</i>	2	MO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl caps 2.5-10 mg</i>	2	MO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl caps 5-10 mg</i>	2	MO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl caps 5-20 mg</i>	2	MO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl caps 5-40 mg</i>	2	MO
<i>amlodipine besylate tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine besylate tabs 2.5 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine besylate tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>cartia xt cp24 120 mg</i>	2	MO
<i>cartia xt cp24 180 mg</i>	2	MO
<i>cartia xt cp24 240 mg</i>	2	MO
<i>cartia xt cp24 300 mg</i>	2	MO
<i>dilt-xr cp24 120 mg</i>	2	MO
<i>dilt-xr cp24 180 mg</i>	2	MO
<i>dilt-xr cp24 240 mg</i>	2	MO
DILTIAZEM HCL ER BEADS CP24 300 MG	2	MO
<i>diltiazem hcl er coated beads cp24 120 mg</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl er coated beads cp24 180 mg</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl er coated beads cp24 240 mg</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl er coated beads cp24 300 mg</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl er coated beads cp24 360 mg</i>	2	MO
DILTIAZEM HCL ER COATED BEADS CP24 360 MG	2	MO
<i>diltiazem hcl er cp12 120 mg</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl er cp12 60 mg</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl er cp12 90 mg</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl er cp24 120 mg</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl er cp24 180 mg</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl er cp24 240 mg</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl soln 125 mg/25ml</i>	2	
<i>diltiazem hcl soln 25 mg/5ml</i>	2	
<i>diltiazem hcl soln 50 mg/10ml</i>	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
DILTIAZEM HCL SOLR 100 MG	2	
<i>diltiazem hcl tabs 120 mg</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl tabs 30 mg</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl tabs 60 mg</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl tabs 90 mg</i>	2	MO
<i>felodipine er tb24 10 mg</i>	2	MO
<i>felodipine er tb24 2.5 mg</i>	2	MO
<i>felodipine er tb24 5 mg</i>	2	MO
NICARDIPINE HCL SOLN 2.5 MG/ML	2	
<i>nifedipine caps 10 mg</i>	2	MO
<i>nifedipine caps 20 mg</i>	2	MO
<i>nifedipine er osmotic release tb24 30 mg</i>	2	MO
<i>nifedipine er osmotic release tb24 60 mg</i>	2	MO
<i>nifedipine er osmotic release tb24 90 mg</i>	2	MO
<i>nifedipine er tb24 30 mg</i>	2	MO
<i>nifedipine er tb24 60 mg</i>	2	MO
<i>nifedipine er tb24 90 mg</i>	2	MO
<i>nimodipine caps 30 mg</i>	2	MO
NYMALIZE SOLN 6 MG/ML	5	NDS
<i>verapamil hcl er tbc 120 mg</i>	2	MO
<i>verapamil hcl er tbc 180 mg</i>	2	MO
<i>verapamil hcl er tbc 240 mg</i>	2	MO
<i>verapamil hcl soln 2.5 mg/ml</i>	2	
<i>verapamil hcl tabs 120 mg</i>	1	MO
<i>verapamil hcl tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>verapamil hcl tabs 80 mg</i>	1	MO
<b>CARDIAC DRUGS</b>		
<i>adenosine soln 12 mg/4ml</i>	2	
<i>adenosine soln 6 mg/2ml</i>	2	
<i>amiodarone hcl soln 150 mg/3ml</i>	2	
<i>amiodarone hcl soln 450 mg/9ml</i>	2	
AMIODARONE HCL SOLN 900 MG/18ML	2	
<i>amiodarone hcl tabs 100 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>amiodarone hcl tabs 200 mg</i>	1	MO
<i>amiodarone hcl tabs 400 mg</i>	2	MO
CAMZYOS CAPS 10 MG	5	NDS
CAMZYOS CAPS 5 MG	5	NDS
CORLANOR SOLN 5 MG/5ML	4	MO
DIGOXIN SOLN 0.05 MG/ML	2	
<i>digoxin soln 0.25 mg/ml</i>	2	
<i>digoxin tabs 125 mcg</i>	2	MO
<i>digoxin tabs 250 mcg</i>	2	MO
<i>disopyramide phosphate caps 100 mg</i>	2	MO
<i>disopyramide phosphate caps 150 mg</i>	2	MO
<i>dofetilide caps 125 mcg</i>	2	MO
<i>dofetilide caps 250 mcg</i>	2	MO
<i>dofetilide caps 500 mcg</i>	2	MO
<i>flecainide acetate tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>flecainide acetate tabs 150 mg</i>	2	MO
<i>flecainide acetate tabs 50 mg</i>	2	MO
<i>ibutilide fumarate soln 1 mg/10ml</i>	2	
<i>ivabradine hcl tabs 5 mg</i>	4	MO
<i>ivabradine hcl tabs 7.5 mg</i>	4	MO
LANOXIN PEDIATRIC SOLN 0.1 MG/ML	3	
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF SOSY 100 MG/5ML	2	
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF SOSY 50 MG/5ML	2	
<i>lidocaine hcl (cardiac) sosy 100 mg/5ml</i>	2	
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) SOSY 50 MG/5ML	2	
LIDOCAINE IN D5W SOLN 4-5 MG/ML-%	2	
LIDOCAINE IN D5W SOLN 8-5 MG/ML-%	2	
<i>mexiletine hcl caps 150 mg</i>	2	MO
<i>mexiletine hcl caps 200 mg</i>	2	MO
<i>mexiletine hcl caps 250 mg</i>	2	MO
<i>milrinone lactate in dextrose soln 20-5 mg/100ml-%</i>	2	
<i>milrinone lactate in dextrose soln 40-5 mg/200ml-%</i>	2	
<i>milrinone lactate soln 10 mg/10ml</i>	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
MULTAQ TABS 400 MG	4	
NORPACE CR CP12 100 MG	3	MO
NORPACE CR CP12 150 MG	3	MO
<i>procainamide hcl soln 100 mg/ml</i>	2	
PROCAINAMIDE HCL SOLN 500 MG/ML	2	
<i>propafenone hcl tabs 150 mg</i>	2	MO
<i>propafenone hcl tabs 225 mg</i>	2	MO
<i>propafenone hcl tabs 300 mg</i>	2	MO
<i>quinidine gluconate er tbc 324 mg</i>	2	MO
QUINIDINE SULFATE TABS 200 MG	2	MO
QUINIDINE SULFATE TABS 300 MG	2	MO
<i>ranolazine er tb12 1000 mg</i>	4	MO
VYNDAMAX CAPS 61 MG	5	NDS
VYNDALIN CAPS 20 MG	5	NDS
<b>HYPOTENSIVE AGENTS</b>		
<i>clonidine hcl (analgesia) soln 100 mcg/ml</i>	2	
<i>clonidine hcl tabs 0.1 mg</i>	1	MO
<i>clonidine hcl tabs 0.2 mg</i>	1	MO
<i>clonidine hcl tabs 0.3 mg</i>	1	MO
<i>clonidine ptwk 0.1 mg/24hr</i>	2	MO
<i>clonidine ptwk 0.2 mg/24hr</i>	2	MO
<i>clonidine ptwk 0.3 mg/24hr</i>	2	MO
<i>guanfacine hcl tabs 1 mg</i>	2	MO
<i>guanfacine hcl tabs 2 mg</i>	2	MO
<i>hydralazine hcl soln 20 mg/ml</i>	2	
<i>hydralazine hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>hydralazine hcl tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>hydralazine hcl tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>hydralazine hcl tabs 50 mg</i>	1	MO
METHYLDOPA TABS 500 MG	2	MO
<i>minoxidil tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>minoxidil tabs 2.5 mg</i>	2	MO
<i>nitroprusside sodium soln 25 mg/ml</i>	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 kp.org**를 방문하십시오.



10/01/2024

약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<b>RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYSTEM INHIBITORS</b>		
ALISKIREN FUMARATE TABS 150 MG	2	MO
ALISKIREN FUMARATE TABS 300 MG	2	MO
<i>benazepril hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>benazepril hcl tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>benazepril hcl tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>benazepril hcl tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>candesartan cilexetil tabs 16 mg</i>	2	MO
<i>candesartan cilexetil tabs 32 mg</i>	2	MO
<i>candesartan cilexetil tabs 4 mg</i>	2	MO
<i>candesartan cilexetil tabs 8 mg</i>	2	MO
<i>captopril tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>captopril tabs 12.5 mg</i>	2	MO
<i>captopril tabs 25 mg</i>	2	MO
<i>captopril tabs 50 mg</i>	2	MO
<i>enalapril maleate tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>enalapril maleate tabs 2.5 mg</i>	1	MO
<i>enalapril maleate tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>enalapril maleate tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>enalaprilat inj 1.25 mg/ml</i>	2	
ENTRESTO TABS 24-26 MG	3	MO
ENTRESTO TABS 49-51 MG	3	MO
ENTRESTO TABS 97-103 MG	3	MO
<i>irbesartan tabs 150 mg</i>	2	MO
<i>irbesartan tabs 300 mg</i>	2	MO
<i>irbesartan tabs 75 mg</i>	2	MO
KERENDIA TABS 10 MG	4	MO
KERENDIA TABS 20 MG	4	MO
<i>lisinopril tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril tabs 2.5 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril tabs 30 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril tabs 40 mg</i>	1	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



10/01/2024

약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>lisinopril tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide tabs 10-12.5 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide tabs 20-12.5 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide tabs 20-25 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium-hctz tabs 100-12.5 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium-hctz tabs 100-25 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium-hctz tabs 50-12.5 mg</i>	1	MO
<i>ramipril caps 1.25 mg</i>	2	MO
<i>ramipril caps 10 mg</i>	2	MO
<i>ramipril caps 2.5 mg</i>	2	MO
<i>ramipril caps 5 mg</i>	2	MO
<i>spironolactone tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>spironolactone tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>spironolactone tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>spironolactone-hctz tabs 25-25 mg</i>	2	MO
<i>valsartan tabs 160 mg</i>	1	MO
<i>valsartan tabs 320 mg</i>	1	MO
<i>valsartan tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>valsartan tabs 80 mg</i>	1	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tabs 160-12.5 mg</i>	1	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tabs 160-25 mg</i>	1	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tabs 320-12.5 mg</i>	1	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tabs 320-25 mg</i>	1	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tabs 80-12.5 mg</i>	1	MO
<b>VASODILATING AGENTS</b>		
<i>dipyridamole tabs 25 mg</i>	2	MO
<i>dipyridamole tabs 50 mg</i>	2	MO
<i>dipyridamole tabs 75 mg</i>	2	MO
<i>isosorbide dinitrate tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>isosorbide dinitrate tabs 20 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>isosorbide dinitrate tabs 30 mg</i>	2	MO
<i>isosorbide dinitrate tabs 5 mg</i>	2	MO
<i>isosorbide mononitrate er tb24 120 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate er tb24 30 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate er tb24 60 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>isosorbide mononitrate tabs 20 mg</i>	2	MO
NITRO-BID OINT 2 %	2	MO
NITRO-DUR PT24 0.3 MG/HR	5	MO
NITRO-DUR PT24 0.8 MG/HR	5	MO
<i>nitroglycerin pt24 0.1 mg/hr</i>	2	MO
<i>nitroglycerin pt24 0.2 mg/hr</i>	2	MO
<i>nitroglycerin pt24 0.4 mg/hr</i>	2	MO
<i>nitroglycerin pt24 0.6 mg/hr</i>	2	MO
<i>nitroglycerin soln 0.4 mg/spray</i>	2	MO
NITROGLYCERIN SOLN 5 MG/ML	2	
<i>nitroglycerin subl 0.3 mg</i>	2	MO
<i>nitroglycerin subl 0.4 mg</i>	2	MO
<i>nitroglycerin subl 0.6 mg</i>	2	MO
<i>sildenafil citrate susr 10 mg/ml</i>	2	PA
<i>sildenafil citrate tabs 20 mg</i>	2	PA, MO
<i>tadalafil (pah) tabs 20 mg</i>	2	PA
<i>tadalafil tabs 2.5 mg</i>	2	PA
<i>tadalafil tabs 5 mg</i>	2	PA
VERQUVO TABS 10 MG	4	MO
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS</b>		
<b>ALCOHOL DETERRENTS</b>		
<i>acamprosate calcium tbec 333 mg</i>	2	MO
<i>disulfiram tabs 250 mg</i>	2	MO
<i>disulfiram tabs 500 mg</i>	2	MO
<b>ANALGESICS AND ANTIPIRETTICS</b>		
ACETAMINOPHEN-CODEINE SOLN 120-12 MG/5ML	2	NDS
<i>acetaminophen-codeine tabs 300-15 mg</i>	2	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>acetaminophen-codeine tabs 300-30 mg</i>	2	NDS
<i>acetaminophen-codeine tabs 300-60 mg</i>	2	NDS
<i>butalbital-apap-caffeine tabs 50-325-40 mg</i>	2	
<i>butalbital-aspirin-caffeine caps 50-325-40 mg</i>	2	
<i>celecoxib caps 100 mg</i>	2	
<i>celecoxib caps 200 mg</i>	2	
<i>celecoxib caps 400 mg</i>	2	
<i>celecoxib caps 50 mg</i>	2	
CODEINE SULFATE TABS 15 MG	2	NDS
CODEINE SULFATE TABS 30 MG	2	NDS
CODEINE SULFATE TABS 60 MG	2	NDS
COXANTO CAPS 300 MG	5	NDS
<i>diclofenac sodium tbec 25 mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium tbec 50 mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium tbec 75 mg</i>	2	
<i>diflunisal tabs 500 mg</i>	2	
<i>endocet tabs 5-325 mg</i>	2	NDS
<i>endocet tabs 7.5-325 mg</i>	2	NDS
<i>etodolac caps 200 mg</i>	2	
<i>etodolac caps 300 mg</i>	2	
<i>etodolac tabs 400 mg</i>	2	
<i>etodolac tabs 500 mg</i>	2	
FENTANYL CITRATE (PF) SOLN 1000 MCG/20ML	2	NDS
FENTANYL CITRATE (PF) SOLN 2500 MCG/50ML	2	NDS
FENTANYL CITRATE TABS 100 MCG	4	PA, NDS
FENTANYL CITRATE TABS 200 MCG	4	PA, NDS
FENTANYL CITRATE TABS 400 MCG	4	PA, NDS
FENTANYL CITRATE TABS 600 MCG	4	PA, NDS
FENTANYL CITRATE TABS 800 MCG	4	PA, NDS
<i>fentanyl pt72 100 mcg/hr</i>	2	NDS
<i>fentanyl pt72 12 mcg/hr</i>	2	NDS
<i>fentanyl pt72 25 mcg/hr</i>	2	NDS
<i>fentanyl pt72 50 mcg/hr</i>	2	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.





약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>fentanyl pt72 75 mcg/hr</i>	2	NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	2	NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen tabs 10-325 mg</i>	2	NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen tabs 5-325 mg</i>	2	NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen tabs 7.5-325 mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl liqd 1 mg/ml</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl tabs 2 mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl tabs 4 mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl tabs 8 mg</i>	2	NDS
<i>ibu tabs 400 mg</i>	2	
<i>ibu tabs 600 mg</i>	2	
<i>ibu tabs 800 mg</i>	2	
<i>ibuprofen lysine soln 10 mg/ml</i>	2	
<i>ibuprofen susp 100 mg/5ml</i>	2	
<i>ibuprofen tabs 400 mg</i>	2	
<i>ibuprofen tabs 600 mg</i>	2	
<i>ibuprofen tabs 800 mg</i>	2	
ILARIS SOLN 150 MG/ML	5	NDS
<i>indocin supp 50 mg</i>	5	NDS
<i>indomethacin caps 25 mg</i>	2	
<i>indomethacin caps 50 mg</i>	2	
<i>indomethacin er cpcr 75 mg</i>	2	
INDOMETHACIN SODIUM SOLR 1 MG	2	
KETOPROFEN CAPS 50 MG	2	
<i>ketorolac tromethamine soln 15 mg/ml</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine soln 30 mg/ml</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine soln 60 mg/2ml</i>	2	
<i>levorphanol tartrate tabs 2 mg</i>	5	NDS
<i>levorphanol tartrate tabs 3 mg</i>	5	NDS
LORTAB ELIX 10-300 MG/15ML	2	NDS
MECLOFENAMATE SODIUM CAPS 100 MG	2	
MECLOFENAMATE SODIUM CAPS 50 MG	2	
<i>mefenamic acid caps 250 mg</i>	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>meloxicam tabs 15 mg</i>	1	
<i>meloxicam tabs 7.5 mg</i>	1	
<i>methadone hcl conc 10 mg/ml</i>	2	NDS
<i>methadone hcl intensol conc 10 mg/ml</i>	2	NDS
METHADONE HCL SOLN 5 MG/5ML	2	NDS
<i>methadone hcl tabs 10 mg</i>	2	NDS
<i>methadone hcl tabs 5 mg</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate (concentrate) soln 100 mg/5ml</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate er tbc 100 mg</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate er tbc 15 mg</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate er tbc 200 mg</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate er tbc 30 mg</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate er tbc 60 mg</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate soln 10 mg/5ml</i>	2	NDS
MORPHINE SULFATE SOLN 20 MG/5ML	2	NDS
<i>morphine sulfate tabs 15 mg</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate tabs 30 mg</i>	2	NDS
<i>nabumetone tabs 500 mg</i>	2	
<i>nabumetone tabs 750 mg</i>	2	
<i>nalbuphine hcl soln 10 mg/ml</i>	2	NDS
<i>nalbuphine hcl soln 20 mg/ml</i>	2	NDS
<i>naproxen susp 125 mg/5ml</i>	2	
<i>naproxen tabs 250 mg</i>	2	
<i>naproxen tabs 375 mg</i>	2	
<i>naproxen tabs 500 mg</i>	2	
<i>naproxen tbc 375 mg</i>	2	
NUCYNTA ER TB12 200 MG	5	NDS
NUCYNTA TABS 100 MG	5	NDS
OXAPROZIN CAPS 300 MG	5	NDS
OXAYDO TABS 5 MG	5	NDS
<i>oxycodone hcl conc 100 mg/5ml</i>	2	NDS
<i>oxycodone hcl soln 5 mg/5ml</i>	2	NDS
<i>oxycodone hcl tabs 10 mg</i>	2	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>oxycodone hcl tabs 15 mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone hcl tabs 20 mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone hcl tabs 30 mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone hcl tabs 5 mg</i>	2	NDS
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN SOLN 10-300 MG/5ML	5	NDS
<i>oxycodone-acetaminophen tabs 10-325 mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone-acetaminophen tabs 5-325 mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone-acetaminophen tabs 7.5-325 mg</i>	2	NDS
PERCOCET TABS 10-325 MG	5	NDS
PERCOCET TABS 7.5-325 MG	5	NDS
<i>piroxicam caps 10 mg</i>	2	
<i>piroxicam caps 20 mg</i>	2	
QDOLO SOLN 5 MG/ML	5	NDS
<i>salsalate tabs 500 mg</i>	2	
<i>salsalate tabs 750 mg</i>	2	
<i>sulindac tabs 150 mg</i>	2	
<i>sulindac tabs 200 mg</i>	2	
TOLECTIN 600 TABS 600 MG	5	NDS
TOLMETIN SODIUM TABS 600 MG	2	
TRAMADOL HCL SOLN 5 MG/ML	4	NDS
<i>tramadol hcl tabs 50 mg</i>	2	NDS
<i>tramadol-acetaminophen tabs 37.5-325 mg</i>	2	NDS
<b>ANOREXIGENIC AGENTS AND RESPIRATORY AND CEREBRAL STIMULANTS</b>		
ADDERALL TABS 20 MG	2	NDS
ADDERALL TABS 5 MG	2	NDS
ADDERALL TABS 7.5 MG	2	NDS
<i>amphetamine-dextroamphet er cp24 10 mg</i>	2	NDS
<i>amphetamine-dextroamphet er cp24 15 mg</i>	2	NDS
AMPHETAMINE-DEXTROAMPHET ER CP24 20 MG	2	NDS
<i>amphetamine-dextroamphet er cp24 25 mg</i>	2	NDS
<i>amphetamine-dextroamphet er cp24 30 mg</i>	2	NDS
<i>amphetamine-dextroamphet er cp24 5 mg</i>	2	NDS
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 10 mg</i>	2	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 12.5 mg</i>	2	NDS
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 15 mg</i>	2	NDS
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 20 mg</i>	2	NDS
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 30 mg</i>	2	NDS
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 5 mg</i>	2	NDS
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 7.5 mg</i>	2	NDS
<i>armodafinil tabs 150 mg</i>	2	PA
<i>armodafinil tabs 200 mg</i>	2	PA
<i>armodafinil tabs 250 mg</i>	2	PA
<i>armodafinil tabs 50 mg</i>	2	PA
<i>caffeine citrate soln 20 mg/ml</i>	2	
<i>caffeine citrate inj soln 60 mg/3ml</i>	2	
<i>caffeine citrate oral soln 60 mg/3ml</i>	2	
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 10 mg</i>	2	NDS
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 15 mg</i>	2	NDS
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 20 mg</i>	2	NDS
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 25 mg</i>	2	NDS
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 30 mg</i>	2	NDS
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 35 mg</i>	2	NDS
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 40 mg</i>	2	NDS
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 5 mg</i>	2	NDS
<i>dexmethylphenidate hcl tabs 10 mg</i>	2	NDS
<i>dexmethylphenidate hcl tabs 2.5 mg</i>	2	NDS
<i>dexmethylphenidate hcl tabs 5 mg</i>	2	NDS
<i>dextroamphetamine sulfate er cp24 10 mg</i>	2	NDS
<i>dextroamphetamine sulfate er cp24 15 mg</i>	2	NDS
<i>dextroamphetamine sulfate er cp24 5 mg</i>	2	NDS
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 10 mg</i>	2	NDS
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 5 mg</i>	2	NDS
<i>lisdexamfetamine dimesylate caps 10 mg</i>	4	NDS
<i>lisdexamfetamine dimesylate caps 20 mg</i>	4	NDS
<i>lisdexamfetamine dimesylate caps 30 mg</i>	4	NDS
<i>lisdexamfetamine dimesylate caps 40 mg</i>	4	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>lisdexamfetamine dimesylate caps 50 mg</i>	4	NDS
<i>lisdexamfetamine dimesylate caps 60 mg</i>	4	NDS
<i>lisdexamfetamine dimesylate caps 70 mg</i>	4	NDS
<i>methylphenidate hcl chew 2.5 mg</i>	2	NDS
METHYLPHENIDATE HCL ER (CD) CPCR 10 MG	2	NDS
METHYLPHENIDATE HCL ER (CD) CPCR 20 MG	2	NDS
METHYLPHENIDATE HCL ER (CD) CPCR 30 MG	2	NDS
METHYLPHENIDATE HCL ER (CD) CPCR 40 MG	2	NDS
METHYLPHENIDATE HCL ER (CD) CPCR 50 MG	2	NDS
METHYLPHENIDATE HCL ER (CD) CPCR 60 MG	2	NDS
<i>methylphenidate hcl er (osm) tbc 18 mg</i>	2	NDS
<i>methylphenidate hcl er (osm) tbc 27 mg</i>	2	NDS
<i>methylphenidate hcl er (osm) tbc 36 mg</i>	2	NDS
<i>methylphenidate hcl er (osm) tbc 54 mg</i>	2	NDS
METHYLPHENIDATE HCL ER (XR) CP24 10 MG	2	NDS
METHYLPHENIDATE HCL ER (XR) CP24 15 MG	2	NDS
METHYLPHENIDATE HCL ER (XR) CP24 20 MG	2	NDS
METHYLPHENIDATE HCL ER (XR) CP24 30 MG	2	NDS
METHYLPHENIDATE HCL ER (XR) CP24 40 MG	2	NDS
METHYLPHENIDATE HCL ER (XR) CP24 50 MG	2	NDS
METHYLPHENIDATE HCL ER (XR) CP24 60 MG	2	NDS
<i>methylphenidate hcl er tbc 10 mg</i>	2	NDS
<i>methylphenidate hcl er tbc 20 mg</i>	2	NDS
<i>methylphenidate hcl soln 5 mg/5ml</i>	2	NDS
<i>methylphenidate hcl tabs 10 mg</i>	2	NDS
<i>methylphenidate hcl tabs 20 mg</i>	2	NDS
<i>methylphenidate hcl tabs 5 mg</i>	2	NDS
<i>modafinil tabs 100 mg</i>	2	PA, NDS
<i>modafinil tabs 200 mg</i>	2	PA, NDS
WAKIX TABS 17.8 MG	5	NDS
WAKIX TABS 4.45 MG	5	NDS
<b>ANTICONVULSANTS</b>		
APTIOM TABS 200 MG	5	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
APTIOM TABS 400 MG	5	MO
APTIOM TABS 600 MG	5	MO
APTIOM TABS 800 MG	5	MO
BRIVIACT SOLN 10 MG/ML	5	NDS
BRIVIACT TABS 10 MG	5	NDS
BRIVIACT TABS 100 MG	5	NDS
BRIVIACT TABS 25 MG	5	NDS
BRIVIACT TABS 50 MG	5	NDS
BRIVIACT TABS 75 MG	5	NDS
<i>carbamazepine chew 100 mg</i>	2	MO
CARBAMAZEPINE ER CP12 100 MG	2	MO
CARBAMAZEPINE ER CP12 200 MG	2	MO
CARBAMAZEPINE ER CP12 300 MG	2	MO
<i>carbamazepine er tb12 100 mg</i>	2	MO
<i>carbamazepine er tb12 200 mg</i>	2	MO
<i>carbamazepine er tb12 400 mg</i>	2	MO
<i>carbamazepine susp 100 mg/5ml</i>	2	MO
<i>carbamazepine tabs 200 mg</i>	2	MO
CELONTIN CAPS 300 MG	3	MO
<i>clobazam susp 2.5 mg/ml</i>	2	MO
<i>clobazam tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>clobazam tabs 20 mg</i>	2	MO
<i>clonazepam tabs 0.5 mg</i>	2	NDS
<i>clonazepam tabs 1 mg</i>	2	NDS
<i>clonazepam tabs 2 mg</i>	2	NDS
<i>clonazepam tbdp 0.125 mg</i>	2	NDS
<i>clonazepam tbdp 0.25 mg</i>	2	NDS
<i>clonazepam tbdp 0.5 mg</i>	2	NDS
<i>clonazepam tbdp 1 mg</i>	2	NDS
<i>clonazepam tbdp 2 mg</i>	2	NDS
DIACOMIT CAPS 250 MG	5	NDS
DIACOMIT CAPS 500 MG	5	NDS
DIACOMIT PACK 250 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
DIACOMIT PACK 500 MG	5	NDS
DIASTAT ACUDIAL GEL 10 MG	2	NDS
DIASTAT ACUDIAL GEL 20 MG	2	NDS
<i>diazepam gel 10 mg</i>	4	NDS
DIAZEPAM GEL 2.5 MG	2	NDS
<i>diazepam gel 20 mg</i>	2	NDS
DILANTIN CAPS 100 MG	2	MO
DILANTIN CAPS 30 MG	2	MO
DILANTIN INFATABS CHEW 50 MG	2	MO
<i>divalproex sodium csdr 125 mg</i>	2	MO
<i>divalproex sodium er tb24 250 mg</i>	2	MO
<i>divalproex sodium er tb24 500 mg</i>	2	MO
<i>divalproex sodium tbec 125 mg</i>	2	MO
<i>divalproex sodium tbec 250 mg</i>	2	MO
<i>divalproex sodium tbec 500 mg</i>	2	MO
ELEPSIA XR TB24 1000 MG	5	NDS
ELEPSIA XR TB24 1500 MG	5	NDS
EPIDIOLEX SOLN 100 MG/ML	5	PA
EPRONTIA SOLN 25 MG/ML	4	MO
<i>ethosuximide caps 250 mg</i>	2	MO
<i>ethosuximide soln 250 mg/5ml</i>	2	MO
<i>felbamate susp 600 mg/5ml</i>	4	MO
<i>felbamate tabs 400 mg</i>	2	MO
<i>felbamate tabs 600 mg</i>	2	MO
FINTEPLA SOLN 2.2 MG/ML	5	NDS
<i>fosphenytoin sodium soln 100 mg pe/2ml</i>	2	
<i>fosphenytoin sodium soln 500 mg pe/10ml</i>	2	
FYCOMPA SUSP 0.5 MG/ML	5	NDS
FYCOMPA TABS 10 MG	5	
FYCOMPA TABS 12 MG	5	
FYCOMPA TABS 2 MG	4	
FYCOMPA TABS 4 MG	5	
FYCOMPA TABS 6 MG	5	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
FYCOMPA TABS 8 MG	5	
<i>gabapentin caps 100 mg</i>	2	MO
<i>gabapentin caps 300 mg</i>	2	MO
<i>gabapentin caps 400 mg</i>	2	MO
<i>gabapentin soln 250 mg/5ml</i>	2	MO
<i>gabapentin tabs 600 mg</i>	2	MO
<i>gabapentin tabs 800 mg</i>	2	MO
<i>lacosamide soln 10 mg/ml</i>	4	
<i>lacosamide soln 200 mg/20ml</i>	4	
<i>lacosamide tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>lacosamide tabs 150 mg</i>	2	MO
<i>lacosamide tabs 200 mg</i>	2	MO
<i>lacosamide tabs 50 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine chew 25 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine chew 5 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine er tb24 100 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine er tb24 200 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine er tb24 25 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine er tb24 250 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine er tb24 300 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine er tb24 50 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine kit 25 &amp; 50 &amp; 100 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine starter kit-blue kit 35 x 25 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine starter kit-green kit 84 x 25 mg &amp; 14x100 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine starter kit-orange kit 42 x 25 mg &amp; 7 x 100 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine tabs 150 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine tabs 200 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine tabs 25 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine tbdp 100 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine tbdp 200 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine tbdp 25 mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine tbdp 50 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.





약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>levetiracetam er tb24 500 mg</i>	2	MO
<i>levetiracetam er tb24 750 mg</i>	2	MO
<i>levetiracetam in nacl soln 1000 mg/100ml</i>	2	
<i>levetiracetam in nacl soln 1500 mg/100ml</i>	2	
LEVETIRACETAM IN NAACL SOLN 250 MG/50ML	4	
<i>levetiracetam in nacl soln 500 mg/100ml</i>	2	
<i>levetiracetam soln 100 mg/ml</i>	2	MO
<i>levetiracetam soln 500 mg/5ml</i>	2	
<i>levetiracetam tabs 1000 mg</i>	2	MO
<i>levetiracetam tabs 250 mg</i>	2	MO
<i>levetiracetam tabs 500 mg</i>	2	MO
<i>levetiracetam tabs 750 mg</i>	2	MO
LIBERVANT FILM 10 MG	4	NDS
LIBERVANT FILM 12.5 MG	4	NDS
LIBERVANT FILM 15 MG	4	NDS
LIBERVANT FILM 5 MG	4	NDS
LIBERVANT FILM 7.5 MG	4	NDS
<i>magnesium sulfate soln 4 gm/50ml</i>	2	
<i>magnesium sulfate soln 50 %</i>	2	HI
MAGNESIUM SULFATE SOLN 50 %	2	HI
MOTPOLY XR CP24 100 MG	4	MO
MOTPOLY XR CP24 150 MG	5	
MOTPOLY XR CP24 200 MG	5	
NAYZILAM SOLN 5 MG/0.1ML	4	NDS
<i>oxcarbazepine susp 300 mg/5ml</i>	2	MO
<i>oxcarbazepine tabs 150 mg</i>	2	MO
<i>oxcarbazepine tabs 300 mg</i>	2	MO
<i>oxcarbazepine tabs 600 mg</i>	2	MO
<i>phenytek caps 200 mg</i>	2	MO
<i>phenytek caps 300 mg</i>	2	MO
<i>phenytoin chew 50 mg</i>	2	MO
<i>phenytoin sodium extended caps 100 mg</i>	2	MO
<i>phenytoin sodium extended caps 200 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>phenytoin sodium extended caps 300 mg</i>	2	MO
<i>phenytoin sodium soln 50 mg/ml</i>	2	
<i>phenytoin susp 125 mg/5ml</i>	2	MO
<i>pregabalin caps 100 mg</i>	2	MO
<i>pregabalin caps 150 mg</i>	2	MO
<i>pregabalin caps 200 mg</i>	2	MO
<i>pregabalin caps 225 mg</i>	2	MO
<i>pregabalin caps 25 mg</i>	2	MO
<i>pregabalin caps 300 mg</i>	2	MO
<i>pregabalin caps 50 mg</i>	2	MO
<i>pregabalin caps 75 mg</i>	2	MO
<i>pregabalin soln 20 mg/ml</i>	2	MO
PRIMIDONE TABS 125 MG	4	MO
<i>primidone tabs 250 mg</i>	2	MO
<i>primidone tabs 50 mg</i>	2	MO
<i>roweepra tabs 500 mg</i>	2	MO
<i>rufinamide susp 40 mg/ml</i>	5	
<i>rufinamide tabs 200 mg</i>	4	
<i>rufinamide tabs 400 mg</i>	5	
SPRITAM TB3D 1000 MG	4	NDS
SPRITAM TB3D 250 MG	4	MO
SPRITAM TB3D 500 MG	4	MO
SPRITAM TB3D 750 MG	4	NDS
<i>subvenite starter kit-blue kit 35 x 25 mg</i>	2	MO
<i>subvenite starter kit-green kit 84 x 25 mg &amp; 14x100 mg</i>	2	MO
<i>subvenite starter kit-orange kit 42 x 25 mg &amp; 7 x 100 mg</i>	2	MO
<i>subvenite tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>subvenite tabs 150 mg</i>	2	MO
<i>subvenite tabs 200 mg</i>	2	MO
<i>subvenite tabs 25 mg</i>	2	MO
SYMPAZAN FILM 10 MG	5	
SYMPAZAN FILM 20 MG	5	
SYMPAZAN FILM 5 MG	5	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
TIAGABINE HCL TABS 12 MG	2	MO
TIAGABINE HCL TABS 16 MG	2	MO
<i>tiagabine hcl tabs 2 mg</i>	2	MO
<i>tiagabine hcl tabs 4 mg</i>	2	MO
<i>topiramate csp 15 mg</i>	2	MO
<i>topiramate csp 25 mg</i>	2	MO
<i>topiramate er cs24 100 mg</i>	2	MO
<i>topiramate er cs24 150 mg</i>	2	MO
<i>topiramate er cs24 200 mg</i>	2	MO
<i>topiramate er cs24 25 mg</i>	2	MO
<i>topiramate er cs24 50 mg</i>	2	MO
<i>topiramate tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>topiramate tabs 200 mg</i>	2	MO
<i>topiramate tabs 25 mg</i>	2	MO
<i>topiramate tabs 50 mg</i>	2	MO
<i>valproate sodium soln 100 mg/ml</i>	2	
<i>valproic acid caps 250 mg</i>	2	MO
<i>valproic acid soln 250 mg/5ml</i>	2	MO
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10 MG/0.1ML	3	
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5 MG/0.1ML	3	
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10 MG/0.1ML	3	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5 MG/0.1ML	3	
<i>vigabatrin pack 500 mg</i>	5	LD, NDS
<i>vigabatrin tabs 500 mg</i>	5	NDS
<i>vigadrone tabs 500 mg</i>	5	NDS
VIGAFYDE SOLN 100 MG/ML	5	NDS
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) TBPK 100 & 150 MG	5	
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) TBPK 150 & 200 MG	5	
XCOPRI TABS 100 MG	5	
XCOPRI TABS 150 MG	5	
XCOPRI TABS 200 MG	5	
XCOPRI TABS 25 MG	5	
XCOPRI TABS 50 MG	5	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
XCOPRI TBPK 14 x 12.5 MG & 14 X 25 MG	4	
XCOPRI TBPK 14 x 150 MG & 14 X200 MG	5	
XCOPRI TBPK 14 x 50 MG & 14 X100 MG	5	
ZONISADE SUSP 100 MG/5ML	4	MO
<i>zonisamide caps 100 mg</i>	2	MO
<i>zonisamide caps 25 mg</i>	2	MO
<i>zonisamide caps 50 mg</i>	2	MO
ZTALMY SUSP 50 MG/ML	5	NDS
<b>ANTIMIGRAINE AGENTS</b>		
AJOVY SOAJ 225 MG/1.5ML	4	PA
AJOVY SOSY 225 MG/1.5ML	4	PA
CAFERGOT TABS 1-100 MG	2	
<i>eletriptan hydrobromide tabs 20 mg</i>	2	
<i>eletriptan hydrobromide tabs 40 mg</i>	2	
ERGOTAMINE-CAFFEINE TABS 1-100 MG	2	
<i>naratriptan hcl tabs 1 mg</i>	2	
<i>naratriptan hcl tabs 2.5 mg</i>	2	
NURTEC TBDP 75 MG	5	NDS
QULIPTA TABS 10 MG	5	NDS
QULIPTA TABS 30 MG	5	NDS
QULIPTA TABS 60 MG	5	NDS
<i>rizatriptan benzoate tabs 10 mg</i>	2	
<i>rizatriptan benzoate tabs 5 mg</i>	2	
<i>rizatriptan benzoate tbdp 10 mg</i>	2	
<i>rizatriptan benzoate tbdp 5 mg</i>	2	
SUMATRIPTAN SOLN 20 MG/ACT	2	
SUMATRIPTAN SOLN 5 MG/ACT	2	
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL SOCT 6 MG/0.5ML	2	
<i>sumatriptan succinate soaj 6 mg/0.5ml</i>	2	
SUMATRIPTAN SUCCINATE SOAJ 6 MG/0.5ML	2	
<i>sumatriptan succinate soln 6 mg/0.5ml</i>	2	
<i>sumatriptan succinate tabs 100 mg</i>	2	
<i>sumatriptan succinate tabs 25 mg</i>	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>sumatriptan succinate tabs 50 mg</i>	2	
UBRELVY TABS 100 MG	3	
UBRELVY TABS 50 MG	5	NDS
ZAVZPRET SOLN 10 MG/ACT	5	NDS
<i>zolmitriptan tabs 2.5 mg</i>	2	
<i>zolmitriptan tabs 5 mg</i>	2	
<i>zolmitriptan tbdp 2.5 mg</i>	2	
<i>zolmitriptan tbdp 5 mg</i>	2	
<b>ANTIPARKINSONIAN AGENTS</b>		
<i>amantadine hcl caps 100 mg</i>	2	MO
<i>amantadine hcl soln 50 mg/5ml</i>	2	MO
<i>amantadine hcl tabs 100 mg</i>	2	MO
APOKYN SOCT 30 MG/3ML	5	NDS
<i>apomorphine hcl soct 30 mg/3ml</i>	5	NDS
<i>benztropine mesylate soln 1 mg/ml</i>	2	
<i>benztropine mesylate tabs 0.5 mg</i>	2	MO
<i>benztropine mesylate tabs 1 mg</i>	2	MO
<i>benztropine mesylate tabs 2 mg</i>	2	MO
<i>bromocriptine mesylate caps 5 mg</i>	2	MO
<i>bromocriptine mesylate tabs 2.5 mg</i>	2	MO
<i>cabergoline tabs 0.5 mg</i>	2	MO
<i>carbidopa tabs 25 mg</i>	2	MO
<i>carbidopa-levodopa er tbc 25-100 mg</i>	2	MO
<i>carbidopa-levodopa er tbc 50-200 mg</i>	2	MO
<i>carbidopa-levodopa tabs 10-100 mg</i>	2	MO
<i>carbidopa-levodopa tabs 25-100 mg</i>	2	MO
<i>carbidopa-levodopa tabs 25-250 mg</i>	2	MO
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 12.5-50-200 MG	2	MO
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 18.75-75-200 MG	2	MO
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 25-100-200 MG	2	MO
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 31.25-125-200 MG	2	MO
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 37.5-150-200 MG	2	MO
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 50-200-200 MG	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
EMSAM PT24 12 MG/24HR	5	NDS
EMSAM PT24 6 MG/24HR	5	NDS
EMSAM PT24 9 MG/24HR	5	NDS
<i>entacapone tabs 200 mg</i>	2	MO
INBRIJA CAPS 42 MG	5	NDS
KYNMOBI FILM 10 MG	5	NDS
KYNMOBI FILM 15 MG	5	NDS
KYNMOBI FILM 20 MG	5	NDS
KYNMOBI FILM 25 MG	5	NDS
KYNMOBI FILM 30 MG	5	NDS
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 0.125 mg</i>	2	MO
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 0.25 mg</i>	2	MO
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 0.5 mg</i>	2	MO
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 0.75 mg</i>	2	MO
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 1 mg</i>	2	MO
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 1.5 mg</i>	2	MO
<i>rasagiline mesylate tabs 0.5 mg</i>	2	MO
<i>rasagiline mesylate tabs 1 mg</i>	2	MO
<i>ropinirole hcl er tb24 12 mg</i>	2	MO
<i>ropinirole hcl er tb24 2 mg</i>	2	MO
<i>ropinirole hcl er tb24 4 mg</i>	2	MO
<i>ropinirole hcl er tb24 6 mg</i>	2	MO
<i>ropinirole hcl er tb24 8 mg</i>	2	MO
<i>ropinirole hcl tabs 0.25 mg</i>	2	MO
<i>ropinirole hcl tabs 0.5 mg</i>	2	MO
<i>ropinirole hcl tabs 1 mg</i>	2	MO
<i>ropinirole hcl tabs 2 mg</i>	2	MO
<i>ropinirole hcl tabs 3 mg</i>	2	MO
<i>ropinirole hcl tabs 4 mg</i>	2	MO
<i>ropinirole hcl tabs 5 mg</i>	2	MO
<i>selegiline hcl caps 5 mg</i>	2	MO
<i>selegiline hcl tabs 5 mg</i>	2	MO
<i>tolcapone tabs 100 mg</i>	5	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
TRIHXYPHENIDYL HCL SOLN 0.4 MG/ML	2	MO
<i>trihexyphenidyl hcl tabs 2 mg</i>	2	MO
<i>trihexyphenidyl hcl tabs 5 mg</i>	2	MO
ZELAPAR TBDP 1.25 MG	5	MO
<b>ANXIOLYTICS, SEDATIVES, AND HYPNOTICS</b>		
<i>alprazolam tabs 0.25 mg</i>	2	NDS
<i>alprazolam tabs 0.5 mg</i>	2	NDS
<i>alprazolam tabs 1 mg</i>	2	NDS
<i>alprazolam tabs 2 mg</i>	2	NDS
<i>bupirone hcl tabs 10 mg</i>	1	
<i>bupirone hcl tabs 15 mg</i>	1	
<i>bupirone hcl tabs 30 mg</i>	1	
<i>bupirone hcl tabs 5 mg</i>	1	
<i>bupirone hcl tabs 7.5 mg</i>	1	
<i>chlordiazepoxide hcl caps 10 mg</i>	2	NDS
<i>chlordiazepoxide hcl caps 25 mg</i>	2	NDS
<i>chlordiazepoxide hcl caps 5 mg</i>	2	NDS
<i>clorazepate dipotassium tabs 15 mg</i>	2	NDS
<i>clorazepate dipotassium tabs 3.75 mg</i>	2	NDS
<i>clorazepate dipotassium tabs 7.5 mg</i>	2	NDS
<i>diazepam intensol conc 5 mg/ml</i>	2	NDS
<i>diazepam soln 5 mg/5ml</i>	2	NDS
<i>diazepam soln 5 mg/ml</i>	2	NDS
<i>diazepam tabs 10 mg</i>	2	NDS
<i>diazepam tabs 2 mg</i>	2	NDS
<i>diazepam tabs 5 mg</i>	2	NDS
DROPERIDOL SOLN 2.5 MG/ML	2	
<i>eszopiclone tabs 1 mg</i>	2	NDS
<i>eszopiclone tabs 2 mg</i>	2	NDS
<i>eszopiclone tabs 3 mg</i>	2	NDS
HYDROXYZINE HCL SOLN 25 MG/ML	2	
HYDROXYZINE HCL SOLN 50 MG/ML	2	
<i>hydroxyzine hcl syrp 10 mg/5ml</i>	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>hydroxyzine hcl tabs 10 mg</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl tabs 25 mg</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl tabs 50 mg</i>	2	
HYDROXYZINE PAMOATE CAPS 100 MG	2	
<i>hydroxyzine pamoate caps 25 mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate caps 50 mg</i>	2	
IGALMI FILM 120 MCG	4	NDS
IGALMI FILM 180 MCG	4	NDS
<i>lorazepam intensol conc 2 mg/ml</i>	2	NDS
LORAZEPAM SOLN 2 MG/ML	2	NDS
LORAZEPAM SOLN 4 MG/ML	2	NDS
<i>lorazepam tabs 0.5 mg</i>	2	NDS
<i>lorazepam tabs 1 mg</i>	2	NDS
<i>lorazepam tabs 2 mg</i>	2	NDS
<i>midazolam hcl (pf) soln 10 mg/2ml</i>	2	
<i>midazolam hcl (pf) soln 2 mg/2ml</i>	2	
<i>midazolam hcl (pf) soln 5 mg/ml</i>	2	
<i>midazolam hcl soln 10 mg/2ml</i>	2	
<i>midazolam hcl soln 2 mg/2ml</i>	2	
<i>midazolam hcl soln 25 mg/5ml</i>	2	
<i>midazolam hcl soln 5 mg/5ml</i>	2	
<i>midazolam hcl soln 5 mg/ml</i>	2	
<i>midazolam hcl soln 50 mg/10ml</i>	2	
NEMBUTAL SOLN 50 MG/ML	2	
<i>oxazepam caps 10 mg</i>	2	NDS
<i>oxazepam caps 15 mg</i>	2	NDS
<i>oxazepam caps 30 mg</i>	2	NDS
<i>phenobarbital elix 20 mg/5ml</i>	2	
<i>phenobarbital sodium soln 130 mg/ml</i>	2	
<i>phenobarbital sodium soln 65 mg/ml</i>	2	
<i>phenobarbital tabs 100 mg</i>	2	
<i>phenobarbital tabs 15 mg</i>	2	
<i>phenobarbital tabs 16.2 mg</i>	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.





약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>phenobarbital tabs 30 mg</i>	2	
<i>phenobarbital tabs 32.4 mg</i>	2	
<i>phenobarbital tabs 60 mg</i>	2	
<i>phenobarbital tabs 64.8 mg</i>	2	
<i>phenobarbital tabs 97.2 mg</i>	2	
SEZABY SOLR 100 MG	4	
<i>tasimelteon caps 20 mg</i>	5	PA, NDS
<i>temazepam caps 15 mg</i>	2	NDS
<i>temazepam caps 30 mg</i>	2	NDS
<i>temazepam caps 7.5 mg</i>	2	NDS
<i>triazolam tabs 0.125 mg</i>	2	NDS
<i>triazolam tabs 0.25 mg</i>	2	NDS
<i>zaleplon caps 10 mg</i>	2	NDS
<i>zaleplon caps 5 mg</i>	2	NDS
<i>zolpidem tartrate tabs 10 mg</i>	2	NDS
<i>zolpidem tartrate tabs 5 mg</i>	2	NDS
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS</b>		
<i>atomoxetine hcl caps 10 mg</i>	2	MO
<i>atomoxetine hcl caps 100 mg</i>	2	MO
<i>atomoxetine hcl caps 18 mg</i>	2	MO
<i>atomoxetine hcl caps 25 mg</i>	2	MO
<i>atomoxetine hcl caps 40 mg</i>	2	MO
<i>atomoxetine hcl caps 60 mg</i>	2	MO
<i>atomoxetine hcl caps 80 mg</i>	2	MO
AUSTEDO TABS 12 MG	5	NDS
AUSTEDO TABS 6 MG	5	NDS
AUSTEDO TABS 9 MG	5	NDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION TEPK 12 & 18 & 24 & 30 MG	5	NDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION TEPK 6 & 12 & 24 MG	5	NDS
AUSTEDO XR TB24 12 MG	5	NDS
AUSTEDO XR TB24 18 MG	5	NDS
AUSTEDO XR TB24 24 MG	5	NDS
AUSTEDO XR TB24 30 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
AUSTEDO XR TB24 36 MG	5	NDS
AUSTEDO XR TB24 42 MG	5	NDS
AUSTEDO XR TB24 48 MG	5	NDS
AUSTEDO XR TB24 6 MG	5	NDS
DAYBUE SOLN 200 MG/ML	5	NDS
<i>edaravone soln 30 mg/100ml</i>	5	NDS
<i>flumazenil soln 0.5 mg/5ml</i>	2	
<i>flumazenil soln 1 mg/10ml</i>	2	
<i>guanfacine hcl er tb24 1 mg</i>	2	MO
<i>guanfacine hcl er tb24 2 mg</i>	2	MO
<i>guanfacine hcl er tb24 3 mg</i>	2	MO
<i>guanfacine hcl er tb24 4 mg</i>	2	MO
INGREZZA CAPS 40 MG	5	NDS
INGREZZA CAPS 60 MG	5	NDS
INGREZZA CAPS 80 MG	5	NDS
INGREZZA CPPK 40 & 80 MG	5	NDS
INGREZZA CPSP 40 MG	5	NDS
INGREZZA CPSP 60 MG	5	NDS
INGREZZA CPSP 80 MG	5	NDS
<i>memantine hcl soln 2 mg/ml</i>	2	MO
<i>memantine hcl tabs 10 mg</i>	2	MO
MEMANTINE HCL TABS 28 x 5 MG & 21 X 10 MG	2	MO
<i>memantine hcl tabs 5 mg</i>	2	MO
NOURIANZ TABS 20 MG	5	NDS
NOURIANZ TABS 40 MG	5	NDS
NUEDEXTA CAPS 20-10 MG	5	PA, NDS
QALSODY SOLN 100 MG/15ML	5	NDS
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 105 MG/5ML	5	NDS
RADICAVA ORS SUSP 105 MG/5ML	5	NDS
RADICAVA SOLN 30 MG/100ML	5	NDS
RELYVRIO PACK 3-1 GM	5	NDS
<i>riluzole tabs 50 mg</i>	2	MO, NDS
SODIUM OXYBATE SOLN 500 MG/ML	5	PA, LD, NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
TEGLUTIK SUSP 50 MG/10ML	5	NDS
<i>tetrabenazine tabs 12.5 mg</i>	4	MO
<i>tetrabenazine tabs 25 mg</i>	4	MO
TIGLUTIK SUSP 50 MG/10ML	5	NDS
<b>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS</b>		
AVONEX PEN AJKT 30 MCG/0.5ML	5	NDS
AVONEX PREFILLED PSKT 30 MCG/0.5ML	5	NDS
BETASERON KIT 0.3 MG	5	NDS
BRIUMVI SOLN 150 MG/6ML	5	
<i>dalfampridine er tb12 10 mg</i>	2	MO
<i>dimethyl fumarate cpdr 120 mg</i>	2	
<i>dimethyl fumarate cpdr 240 mg</i>	2	
<i>dimethyl fumarate starter pack cdpk 120 &amp; 240 mg</i>	2	
<i>fingolimod hcl caps 0.5 mg</i>	2	MO
GILENYA CAPS 0.25 MG	5	NDS
<i>glatopa sosy 20 mg/ml</i>	4	MO
<i>glatopa sosy 40 mg/ml</i>	4	MO
LEMTRADA SOLN 12 MG/1.2ML	5	NDS
MAYZENT TABS 2 MG	5	NDS
OCREVUS SOLN 300 MG/10ML	5	
PLEGRIDY SOPN 125 MCG/0.5ML	5	NDS
PLEGRIDY SOSY 125 MCG/0.5ML	5	NDS
PLEGRIDY STARTER PACK SOPN 63 & 94 MCG/0.5ML	5	NDS
PLEGRIDY STARTER PACK SOSY 63 & 94 MCG/0.5ML	5	NDS
REBIF REBIDOSE SOAJ 22 MCG/0.5ML	5	NDS
REBIF REBIDOSE SOAJ 44 MCG/0.5ML	5	NDS
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SOAJ 6X8.8 & 6X22 MCG	5	NDS
REBIF TITRATION PACK SOSY 6X8.8 & 6X22 MCG	5	NDS
<i>teriflunomide tabs 14 mg</i>	4	PA, MO
<i>teriflunomide tabs 7 mg</i>	4	PA, MO
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK CPPK 4 x 0.23MG & 3 X 0.46MG	5	NDS
ZEPOSIA CAPS 0.92 MG	5	NDS
ZEPOSIA STARTER KIT CPPK 0.23MG & 0.46MG & 0.92MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
ZEPOSIA STARTER KIT CPPK 0.23MG & 0.46MG 0.92MG(21)	5	NDS
<b>OPIATE ANTAGONISTS</b>		
BELBUCA FILM 150 MCG	4	NDS
BELBUCA FILM 300 MCG	4	NDS
BELBUCA FILM 450 MCG	4	NDS
BELBUCA FILM 600 MCG	4	NDS
BELBUCA FILM 75 MCG	4	NDS
BELBUCA FILM 750 MCG	5	NDS
BELBUCA FILM 900 MCG	5	NDS
BRIXADI (WEEKLY) SOSY 16 MG/0.32ML	5	NDS
BRIXADI (WEEKLY) SOSY 24 MG/0.48ML	5	NDS
BRIXADI (WEEKLY) SOSY 32 MG/0.64ML	5	NDS
BRIXADI (WEEKLY) SOSY 8 MG/0.16ML	5	NDS
BRIXADI SOSY 128 MG/0.36ML	5	NDS
BRIXADI SOSY 64 MG/0.18ML	5	NDS
BRIXADI SOSY 96 MG/0.27ML	5	NDS
<i>buprenorphine hcl subl 2 mg</i>	2	NDS
<i>buprenorphine hcl subl 8 mg</i>	2	NDS
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl subl 2-0.5 mg</i>	2	NDS
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl subl 8-2 mg</i>	2	NDS
<i>buprenorphine ptwk 10 mcg/hr</i>	2	NDS
<i>buprenorphine ptwk 15 mcg/hr</i>	2	NDS
<i>buprenorphine ptwk 20 mcg/hr</i>	2	NDS
<i>buprenorphine ptwk 5 mcg/hr</i>	2	NDS
<i>buprenorphine ptwk 7.5 mcg/hr</i>	2	NDS
<i>lofexidine hcl tabs 0.18 mg</i>	5	NDS
LUCEMYRA TABS 0.18 MG	5	NDS
<i>naloxone hcl liqd 4 mg/0.1ml</i>	2	
NALOXONE HCL SOCT 0.4 MG/ML	2	
<i>naloxone hcl soln 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hcl soln 4 mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hcl sosy 2 mg/2ml</i>	2	
<i>naltrexone hcl tabs 50 mg</i>	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
NARCAN LIQD 4 MG/0.1ML	3	
SUBLOCADE SOSY 100 MG/0.5ML	5	NDS
SUBLOCADE SOSY 300 MG/1.5ML	5	NDS
VIVITROL SUSR 380 MG	5	NDS
<b>PSYCHOTHERAPEUTIC AGENTS</b>		
ABILIFY ASIMTUFII PRSY 720 MG/2.4ML	5	
ABILIFY ASIMTUFII PRSY 960 MG/3.2ML	5	
ABILIFY MAINTENA PRSY 300 MG	5	NDS
ABILIFY MAINTENA PRSY 400 MG	5	NDS
ABILIFY MAINTENA SRER 300 MG	5	NDS
ABILIFY MAINTENA SRER 400 MG	5	NDS
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT TBPk 10 MG	5	NDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPk 15 MG	5	NDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPk 2 MG	5	NDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPk 20 MG	5	NDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPk 30 MG	5	NDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPk 5 MG	5	NDS
<i>amitriptyline hcl tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>amitriptyline hcl tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>amitriptyline hcl tabs 150 mg</i>	2	MO
<i>amitriptyline hcl tabs 25 mg</i>	2	MO
<i>amitriptyline hcl tabs 50 mg</i>	2	MO
<i>amitriptyline hcl tabs 75 mg</i>	2	MO
<i>amoxapine tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>amoxapine tabs 150 mg</i>	2	MO
<i>amoxapine tabs 25 mg</i>	2	MO
<i>amoxapine tabs 50 mg</i>	2	MO
ALENZIN TB24 348 MG	5	MO
ALENZIN TB24 522 MG	5	MO
<i>aripiprazole soln 1 mg/ml</i>	2	MO
<i>aripiprazole tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>aripiprazole tabs 15 mg</i>	2	MO
<i>aripiprazole tabs 2 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>aripiprazole tabs 20 mg</i>	2	MO
<i>aripiprazole tabs 30 mg</i>	2	MO
<i>aripiprazole tabs 5 mg</i>	2	MO
<i>aripiprazole tbdp 10 mg</i>	5	MO
<i>aripiprazole tbdp 15 mg</i>	4	MO
ARISTADA INITIO PRSY 675 MG/2.4ML	5	NDS
ARISTADA PRSY 1064 MG/3.9ML	5	NDS
ARISTADA PRSY 441 MG/1.6ML	5	NDS
ARISTADA PRSY 662 MG/2.4ML	5	NDS
ARISTADA PRSY 882 MG/3.2ML	5	NDS
ASENAPINE MALEATE SUBL 10 MG	2	MO
<i>asenapine maleate subl 2.5 mg</i>	2	MO
ASENAPINE MALEATE SUBL 5 MG	2	MO
AUVELITY TBCR 45-105 MG	4	MO
<i>bupropion hcl er (smoking det) tb12 150 mg</i>	2	MO
<i>bupropion hcl er (sr) tb12 100 mg</i>	2	MO
<i>bupropion hcl er (sr) tb12 150 mg</i>	2	MO
<i>bupropion hcl er (sr) tb12 200 mg</i>	2	MO
<i>bupropion hcl er (xl) tb24 150 mg</i>	2	MO
<i>bupropion hcl er (xl) tb24 300 mg</i>	2	MO
BUPROPION HCL ER (XL) TB24 450 MG	2	MO
<i>bupropion hcl tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>bupropion hcl tabs 75 mg</i>	2	MO
CAPLYTA CAPS 10.5 MG	5	NDS
CAPLYTA CAPS 21 MG	5	NDS
CAPLYTA CAPS 42 MG	5	NDS
CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE TABS 10-25 MG	2	
CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE TABS 5-12.5 MG	2	
CHLORPROMAZINE HCL CONC 100 MG/ML	4	MO
CHLORPROMAZINE HCL CONC 30 MG/ML	4	MO
<i>chlorpromazine hcl soln 25 mg/ml</i>	2	
<i>chlorpromazine hcl soln 50 mg/2ml</i>	2	
<i>chlorpromazine hcl tabs 10 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>chlorpromazine hcl tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>chlorpromazine hcl tabs 200 mg</i>	2	MO
<i>chlorpromazine hcl tabs 25 mg</i>	2	MO
<i>chlorpromazine hcl tabs 50 mg</i>	2	MO
CITALOPRAM HYDROBROMIDE CAPS 30 MG	4	MO
<i>citalopram hydrobromide soln 10 mg/5ml</i>	2	MO
<i>citalopram hydrobromide tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>citalopram hydrobromide tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>citalopram hydrobromide tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>clomipramine hcl caps 25 mg</i>	2	MO
<i>clomipramine hcl caps 50 mg</i>	2	MO
<i>clomipramine hcl caps 75 mg</i>	2	MO
<i>clozapine tabs 100 mg</i>	2	NDS
<i>clozapine tabs 200 mg</i>	2	NDS
<i>clozapine tabs 25 mg</i>	2	NDS
<i>clozapine tabs 50 mg</i>	2	NDS
<i>clozapine tbdp 100 mg</i>	2	NDS
CLOZAPINE TBDP 12.5 MG	2	NDS
<i>clozapine tbdp 150 mg</i>	2	NDS
<i>clozapine tbdp 200 mg</i>	2	NDS
<i>clozapine tbdp 25 mg</i>	2	NDS
<i>compro supp 25 mg</i>	2	MO
<i>desipramine hcl tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>desipramine hcl tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>desipramine hcl tabs 150 mg</i>	2	MO
<i>desipramine hcl tabs 25 mg</i>	2	MO
<i>desipramine hcl tabs 50 mg</i>	2	MO
<i>desipramine hcl tabs 75 mg</i>	2	MO
<i>desvenlafaxine succinate er tb24 100 mg</i>	2	MO
<i>desvenlafaxine succinate er tb24 25 mg</i>	2	MO
<i>desvenlafaxine succinate er tb24 50 mg</i>	2	MO
<i>doxepin hcl caps 10 mg</i>	2	MO
<i>doxepin hcl caps 100 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>doxepin hcl caps 150 mg</i>	2	MO
<i>doxepin hcl caps 25 mg</i>	2	MO
<i>doxepin hcl caps 50 mg</i>	2	MO
<i>doxepin hcl caps 75 mg</i>	2	MO
<i>doxepin hcl conc 10 mg/ml</i>	2	MO
<i>doxepin hcl tabs 3 mg</i>	2	MO
<i>doxepin hcl tabs 6 mg</i>	2	MO
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20 MG	4	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30 MG	4	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 40 MG	4	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 60 MG	4	
<i>duloxetine hcl cpep 20 mg</i>	2	MO
<i>duloxetine hcl cpep 30 mg</i>	2	MO
<i>duloxetine hcl cpep 40 mg</i>	2	MO
<i>duloxetine hcl cpep 60 mg</i>	2	MO
<i>escitalopram oxalate soln 5 mg/5ml</i>	2	MO
<i>escitalopram oxalate tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>escitalopram oxalate tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>escitalopram oxalate tabs 5 mg</i>	1	MO
FANAPT TABS 1 MG	5	NDS
FANAPT TABS 10 MG	5	NDS
FANAPT TABS 12 MG	5	NDS
FANAPT TABS 2 MG	5	NDS
FANAPT TABS 4 MG	5	NDS
FANAPT TABS 6 MG	5	NDS
FANAPT TABS 8 MG	5	NDS
FANAPT TITRATION PACK TABS 1 & 2 & 4 & 6 MG	4	MO
FETZIMA CP24 120 MG	4	MO
FETZIMA CP24 20 MG	4	MO
FETZIMA CP24 40 MG	4	MO
FETZIMA CP24 80 MG	4	MO
FETZIMA TITRATION C4PK 20 & 40 MG	4	MO
FLUOXETINE HCL (PMDD) TABS 10 MG	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.





약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
FLUOXETINE HCL (PMDD) TABS 20 MG	2	MO
<i>fluoxetine hcl caps 10 mg</i>	1	MO
<i>fluoxetine hcl caps 20 mg</i>	1	MO
<i>fluoxetine hcl caps 40 mg</i>	1	MO
FLUOXETINE HCL CPDR 90 MG	2	MO
<i>fluoxetine hcl soln 20 mg/5ml</i>	2	MO
<i>fluoxetine hcl tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>fluoxetine hcl tabs 20 mg</i>	2	MO
<i>fluoxetine hcl tabs 60 mg</i>	2	MO
<i>fluphenazine decanoate soln 25 mg/ml</i>	2	
FLUPHENAZINE HCL CONC 5 MG/ML	2	MO
FLUPHENAZINE HCL ELIX 2.5 MG/5ML	2	MO
FLUPHENAZINE HCL SOLN 2.5 MG/ML	2	
<i>fluphenazine hcl tabs 1 mg</i>	2	MO
<i>fluphenazine hcl tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>fluphenazine hcl tabs 2.5 mg</i>	2	MO
<i>fluphenazine hcl tabs 5 mg</i>	2	MO
<i>fluvoxamine maleate er cp24 100 mg</i>	2	MO
<i>fluvoxamine maleate er cp24 150 mg</i>	2	MO
<i>fluvoxamine maleate tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>fluvoxamine maleate tabs 25 mg</i>	2	MO
<i>fluvoxamine maleate tabs 50 mg</i>	2	MO
<i>haloperidol decanoate soln 100 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol decanoate soln 50 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol lactate conc 2 mg/ml</i>	2	MO
<i>haloperidol lactate soln 5 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol tabs 0.5 mg</i>	2	MO
<i>haloperidol tabs 1 mg</i>	2	MO
<i>haloperidol tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>haloperidol tabs 2 mg</i>	2	MO
<i>haloperidol tabs 20 mg</i>	2	MO
<i>haloperidol tabs 5 mg</i>	2	MO
<i>imipramine hcl tabs 10 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>imipramine hcl tabs 25 mg</i>	2	MO
<i>imipramine hcl tabs 50 mg</i>	2	MO
<i>imipramine pamoate caps 100 mg</i>	2	MO
<i>imipramine pamoate caps 125 mg</i>	2	MO
<i>imipramine pamoate caps 150 mg</i>	2	MO
<i>imipramine pamoate caps 75 mg</i>	2	MO
INVEGA HAFYERA SUSY 1092 MG/3.5ML	5	
INVEGA HAFYERA SUSY 1560 MG/5ML	5	
INVEGA SUSTENNA SUSY 117 MG/0.75ML	5	NDS
INVEGA SUSTENNA SUSY 156 MG/ML	5	NDS
INVEGA SUSTENNA SUSY 234 MG/1.5ML	5	NDS
INVEGA SUSTENNA SUSY 39 MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA SUSY 78 MG/0.5ML	5	NDS
INVEGA TRINZA SUSY 273 MG/0.88ML	5	NDS
INVEGA TRINZA SUSY 410 MG/1.32ML	5	NDS
INVEGA TRINZA SUSY 546 MG/1.75ML	5	NDS
INVEGA TRINZA SUSY 819 MG/2.63ML	5	NDS
<i>lithium carbonate caps 150 mg</i>	2	MO
<i>lithium carbonate caps 300 mg</i>	2	MO
LITHIUM CARBONATE CAPS 600 MG	2	MO
<i>lithium carbonate er tbc 300 mg</i>	2	MO
<i>lithium carbonate er tbc 450 mg</i>	2	MO
LITHIUM CARBONATE TABS 300 MG	2	MO
<i>lithium soln 8 meq/5ml</i>	4	MO
<i>loxapine succinate caps 10 mg</i>	2	MO
<i>loxapine succinate caps 25 mg</i>	2	MO
<i>loxapine succinate caps 5 mg</i>	2	MO
<i>loxapine succinate caps 50 mg</i>	2	MO
<i>lurasidone hcl tabs 120 mg</i>	2	MO
<i>lurasidone hcl tabs 20 mg</i>	2	MO
<i>lurasidone hcl tabs 40 mg</i>	2	MO
<i>lurasidone hcl tabs 60 mg</i>	2	MO
<i>lurasidone hcl tabs 80 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
LYBALVI TABS 10-10 MG	5	NDS
LYBALVI TABS 15-10 MG	5	NDS
LYBALVI TABS 20-10 MG	5	NDS
LYBALVI TABS 5-10 MG	5	NDS
MARPLAN TABS 10 MG	4	MO
<i>mirtazapine tabs 15 mg</i>	2	MO
<i>mirtazapine tabs 30 mg</i>	2	MO
<i>mirtazapine tabs 45 mg</i>	2	MO
<i>mirtazapine tabs 7.5 mg</i>	2	MO
<i>mirtazapine tbdp 15 mg</i>	2	MO
<i>mirtazapine tbdp 30 mg</i>	2	MO
<i>mirtazapine tbdp 45 mg</i>	2	MO
MOLINDONE HCL TABS 10 MG	2	MO
MOLINDONE HCL TABS 25 MG	2	MO
MOLINDONE HCL TABS 5 MG	2	MO
NEFAZODONE HCL TABS 100 MG	2	MO
NEFAZODONE HCL TABS 150 MG	2	MO
NEFAZODONE HCL TABS 200 MG	2	MO
NEFAZODONE HCL TABS 250 MG	2	MO
NEFAZODONE HCL TABS 50 MG	2	MO
<i>nortriptyline hcl caps 10 mg</i>	2	MO
<i>nortriptyline hcl caps 25 mg</i>	2	MO
<i>nortriptyline hcl caps 50 mg</i>	2	MO
<i>nortriptyline hcl caps 75 mg</i>	2	MO
<i>nortriptyline hcl soln 10 mg/5ml</i>	2	MO
NUPLAZID CAPS 34 MG	5	NDS
NUPLAZID TABS 10 MG	5	NDS
<i>olanzapine solr 10 mg</i>	2	
<i>olanzapine tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>olanzapine tabs 15 mg</i>	2	MO
<i>olanzapine tabs 2.5 mg</i>	2	MO
<i>olanzapine tabs 20 mg</i>	2	MO
<i>olanzapine tabs 5 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>olanzapine tabs 7.5 mg</i>	2	MO
<i>olanzapine tbdp 10 mg</i>	2	MO
<i>olanzapine tbdp 15 mg</i>	2	MO
<i>olanzapine tbdp 20 mg</i>	2	MO
<i>olanzapine tbdp 5 mg</i>	2	MO
<i>olanzapine-fluoxetine hcl caps 12-25 mg</i>	2	MO
<i>olanzapine-fluoxetine hcl caps 12-50 mg</i>	2	MO
<i>olanzapine-fluoxetine hcl caps 3-25 mg</i>	2	MO
<i>olanzapine-fluoxetine hcl caps 6-25 mg</i>	2	MO
<i>olanzapine-fluoxetine hcl caps 6-50 mg</i>	2	MO
<i>paliperidone er tb24 1.5 mg</i>	2	MO
<i>paliperidone er tb24 3 mg</i>	2	MO
<i>paliperidone er tb24 6 mg</i>	2	MO
<i>paliperidone er tb24 9 mg</i>	2	MO
<i>paroxetine hcl er tb24 12.5 mg</i>	2	MO
<i>paroxetine hcl er tb24 25 mg</i>	2	MO
<i>paroxetine hcl er tb24 37.5 mg</i>	2	MO
<i>paroxetine hcl susp 10 mg/5ml</i>	4	MO
<i>paroxetine hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl tabs 30 mg</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>paroxetine mesylate caps 7.5 mg</i>	2	MO
<i>perphenazine tabs 16 mg</i>	2	MO
<i>perphenazine tabs 2 mg</i>	2	MO
<i>perphenazine tabs 4 mg</i>	2	MO
<i>perphenazine tabs 8 mg</i>	2	MO
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TABS 2-10 MG	2	MO
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TABS 2-25 MG	2	MO
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TABS 4-10 MG	2	MO
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TABS 4-25 MG	2	MO
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TABS 4-50 MG	2	MO
PERSERIS PRSY 120 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
PERSERIS PRSY 90 MG	5	NDS
PHENELZINE SULFATE TABS 15 MG	2	MO
PIMOZIDE TABS 1 MG	2	MO
PIMOZIDE TABS 2 MG	2	MO
<i>prochlorperazine edisylate soln 10 mg/2ml</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate tabs 10 mg</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate tabs 5 mg</i>	2	
<i>prochlorperazine supp 25 mg</i>	2	MO
<i>protriptyline hcl tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>protriptyline hcl tabs 5 mg</i>	2	MO
<i>quetiapine fumarate er tb24 150 mg</i>	2	MO
<i>quetiapine fumarate er tb24 200 mg</i>	2	MO
<i>quetiapine fumarate er tb24 300 mg</i>	2	MO
<i>quetiapine fumarate er tb24 400 mg</i>	2	MO
<i>quetiapine fumarate er tb24 50 mg</i>	2	MO
<i>quetiapine fumarate tabs 100 mg</i>	2	MO
QUETIAPINE FUMARATE TABS 150 MG	2	MO
<i>quetiapine fumarate tabs 200 mg</i>	2	MO
<i>quetiapine fumarate tabs 25 mg</i>	2	MO
<i>quetiapine fumarate tabs 300 mg</i>	2	MO
<i>quetiapine fumarate tabs 400 mg</i>	2	MO
<i>quetiapine fumarate tabs 50 mg</i>	2	MO
REXULTI TABS 0.25 MG	5	NDS
REXULTI TABS 0.5 MG	5	NDS
REXULTI TABS 1 MG	5	NDS
REXULTI TABS 2 MG	5	NDS
REXULTI TABS 3 MG	5	NDS
REXULTI TABS 4 MG	5	NDS
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5 MG	4	NDS
RISPERDAL CONSTA SRER 25 MG	4	
RISPERDAL CONSTA SRER 37.5 MG	5	NDS
RISPERDAL CONSTA SRER 50 MG	5	NDS
<i>risperidone microspheres er srer 12.5 mg</i>	4	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>risperidone microspheres er srer 25 mg</i>	4	
<i>risperidone microspheres er srer 37.5 mg</i>	5	NDS
<i>risperidone microspheres er srer 50 mg</i>	5	NDS
<i>risperidone soln 1 mg/ml</i>	2	MO
<i>risperidone tabs 0.25 mg</i>	2	MO
<i>risperidone tabs 0.5 mg</i>	2	MO
<i>risperidone tabs 1 mg</i>	2	MO
<i>risperidone tabs 2 mg</i>	2	MO
<i>risperidone tabs 3 mg</i>	2	MO
<i>risperidone tabs 4 mg</i>	2	MO
RISPERIDONE TBDP 0.25 MG	2	MO
<i>risperidone tbdp 0.5 mg</i>	2	MO
<i>risperidone tbdp 1 mg</i>	2	MO
<i>risperidone tbdp 2 mg</i>	2	MO
<i>risperidone tbdp 3 mg</i>	2	MO
<i>risperidone tbdp 4 mg</i>	2	MO
RYKINDO SRER 25 MG	5	NDS
RYKINDO SRER 37.5 MG	5	NDS
RYKINDO SRER 50 MG	5	NDS
SECUADO PT24 3.8 MG/24HR	5	NDS
SECUADO PT24 5.7 MG/24HR	5	NDS
SECUADO PT24 7.6 MG/24HR	5	NDS
SERTRALINE HCL CAPS 150 MG	4	MO
SERTRALINE HCL CAPS 200 MG	4	MO
<i>sertraline hcl conc 20 mg/ml</i>	2	MO
<i>sertraline hcl tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>sertraline hcl tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>sertraline hcl tabs 50 mg</i>	1	MO
SPRAVATO (56 MG DOSE) SOPK 28 MG/DEVICE	5	NDS
SPRAVATO (84 MG DOSE) SOPK 28 MG/DEVICE	5	NDS
<i>thioridazine hcl tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>thioridazine hcl tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>thioridazine hcl tabs 25 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>thioridazine hcl tabs 50 mg</i>	2	MO
<i>thiothixene caps 1 mg</i>	2	MO
<i>thiothixene caps 10 mg</i>	2	MO
<i>thiothixene caps 2 mg</i>	2	MO
<i>thiothixene caps 5 mg</i>	2	MO
<i>tranylcypromine sulfate tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>trazodone hcl tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>trazodone hcl tabs 150 mg</i>	1	MO
<i>trazodone hcl tabs 300 mg</i>	2	MO
<i>trazodone hcl tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>trifluoperazine hcl tabs 1 mg</i>	2	MO
<i>trifluoperazine hcl tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>trifluoperazine hcl tabs 2 mg</i>	2	MO
<i>trifluoperazine hcl tabs 5 mg</i>	2	MO
<i>trimipramine maleate caps 100 mg</i>	2	MO
<i>trimipramine maleate caps 25 mg</i>	2	MO
<i>trimipramine maleate caps 50 mg</i>	2	MO
TRINTELLIX TABS 10 MG	4	MO
TRINTELLIX TABS 20 MG	4	MO
TRINTELLIX TABS 5 MG	4	MO
UZEDY SUSY 100 MG/0.28ML	5	
UZEDY SUSY 125 MG/0.35ML	5	
UZEDY SUSY 150 MG/0.42ML	5	
UZEDY SUSY 200 MG/0.56ML	5	
UZEDY SUSY 250 MG/0.7ML	5	
UZEDY SUSY 50 MG/0.14ML	5	
UZEDY SUSY 75 MG/0.21ML	5	
VENLAFAXINE BESYLATE ER TB24 112.5 MG	4	MO
<i>venlafaxine hcl er cp24 150 mg</i>	2	MO
<i>venlafaxine hcl er cp24 37.5 mg</i>	2	MO
<i>venlafaxine hcl er cp24 75 mg</i>	2	MO
<i>venlafaxine hcl er tb24 150 mg</i>	2	MO
<i>venlafaxine hcl er tb24 225 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
VENLAFAXINE HCL ER TB24 37.5 MG	2	MO
<i>venlafaxine hcl er tb24 37.5 mg</i>	2	MO
<i>venlafaxine hcl er tb24 75 mg</i>	2	MO
<i>venlafaxine hcl tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>venlafaxine hcl tabs 25 mg</i>	2	MO
<i>venlafaxine hcl tabs 37.5 mg</i>	2	MO
<i>venlafaxine hcl tabs 50 mg</i>	2	MO
<i>venlafaxine hcl tabs 75 mg</i>	2	MO
VERSACLOZ SUSP 50 MG/ML	5	
VIIBRYD STARTER PACK KIT 10 & 20 MG	4	MO
<i>vilazodone hcl tabs 10 mg</i>	4	MO
<i>vilazodone hcl tabs 20 mg</i>	4	MO
<i>vilazodone hcl tabs 40 mg</i>	4	MO
VRAYLAR CAPS 1.5 MG	5	NDS
VRAYLAR CAPS 3 MG	5	NDS
VRAYLAR CAPS 4.5 MG	5	NDS
VRAYLAR CAPS 6 MG	5	NDS
VRAYLAR CPPK 1.5 & 3 MG	4	NDS
<i>ziprasidone hcl caps 20 mg</i>	2	MO
<i>ziprasidone hcl caps 40 mg</i>	2	MO
<i>ziprasidone hcl caps 60 mg</i>	2	MO
<i>ziprasidone hcl caps 80 mg</i>	2	MO
<i>ziprasidone mesylate solr 20 mg</i>	2	
ZURZUVAE CAPS 20 MG	5	NDS
ZURZUVAE CAPS 25 MG	5	NDS
ZURZUVAE CAPS 30 MG	5	NDS
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210 MG	4	
<b>DIABETIC SUPPLIES</b>		
<b>DIABETIC SUPPLIES</b>		
ALCOHOL PREP PADS 70 %	2	MO
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II MISC 31G X 5/16" 0.3 ML	2	MO
BD INSULIN SYRINGE MISC 29G X 1/2" 1 ML	2	MO
BD INSULIN SYRINGE U/F MISC 30G X 1/2" 0.5 ML	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.





약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
BD INSULIN SYRINGE U/F MISC 31G X 5/16" 1 ML	2	MO
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F MISC 29G X 12.7MM	2	MO
CURITY GAUZE PADS 2"X2"	2	MO
<b>ELECTROLYTIC, CALORIC, AND WATER BALANCE</b>		
<b>ACIDIFYING AND ALKALINIZING AGENTS</b>		
<i>pot &amp; sod cit-cit ac soln 550-500-334 mg/5ml</i>	2	
<i>potassium citrate er tbc 10 meq (1080 mg)</i>	2	MO
<i>potassium citrate er tbc 15 meq (1620 mg)</i>	2	MO
<i>potassium citrate er tbc 5 meq (540 mg)</i>	2	MO
<i>sodium bicarbonate soln 4.2 %</i>	2	
<i>sodium bicarbonate soln 8.4 %</i>	2	
<i>tricitrates soln 550-500-334 mg/5ml</i>	2	
<b>AMMONIA DETOXICANTS</b>		
<i>carglumic acid tbs 200 mg</i>	5	NDS
<i>enulose soln 10 gm/15ml</i>	2	MO
<i>generlac soln 10 gm/15ml</i>	2	MO
<i>lactulose encephalopathy soln 10 gm/15ml</i>	2	MO
<i>lactulose soln 10 gm/15ml</i>	2	MO
LITHOSTAT TABS 250 MG	4	MO
OLPRUVA (2 GM DOSE) THPK 2 GM	5	NDS
OLPRUVA (3 GM DOSE) THPK 3 GM	5	NDS
OLPRUVA (4 GM DOSE) THPK 2 & 2 GM	5	NDS
OLPRUVA (5 GM DOSE) THPK 2 & 3 GM	5	NDS
OLPRUVA (6 GM DOSE) THPK 3 & 3 GM	5	NDS
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) THPK 3 & 3.67 GM	5	NDS
RAVICTI LIQD 1.1 GM/ML	5	NDS
<i>sodium phenylbutyrate powd 3 gm/tsp</i>	5	NDS
<i>sodium phenylbutyrate tabs 500 mg</i>	5	NDS
<b>CALORIC AGENTS</b>		
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) SOLN 2.75 %	3	HI
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) SOLN 4.25 %	3	HI
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) SOLN 4.25 %	3	HI
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) SOLN 5 %	3	HI

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) SOLN 5 %	3	HI
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) SOLN 4.25 %	3	HI
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) SOLN 4.25 %	3	HI
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) SOLN 5 %	3	HI
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) SOLN 5 %	3	HI
<i>clinisol sf soln 15 %</i>	2	HI
DEXTROSE SOLN 10 %	2	HI
DEXTROSE SOLN 5 %	2	HI
DEXTROSE SOLN 50 %	2	
DEXTROSE SOLN 70 %	2	
INTRALIPID EMUL 20 %	2	HI
KABIVEN EMUL 3.3-10.8-3.9 %	5	NDS
<i>plenamine soln 15 %</i>	2	HI
PREMASOL SOLN 10 %	2	HI
TRAVASOL SOLN 10 %	2	HI
TROPHAMINE SOLN 10 %	3	HI
<b>DIURETICS</b>		
AMILORIDE HCL TABS 5 MG	2	MO
AMILORIDE-HYDROCHLOROTHIAZIDE TABS 5-50 MG	1	MO
<i>bumetanide soln 0.25 mg/ml</i>	2	
<i>bumetanide tabs 0.5 mg</i>	2	MO
<i>bumetanide tabs 1 mg</i>	2	MO
<i>bumetanide tabs 2 mg</i>	2	MO
<i>chlorthalidone tabs 25 mg</i>	2	MO
<i>chlorthalidone tabs 50 mg</i>	2	MO
<i>ethacrynic acid tabs 25 mg</i>	4	MO
<i>furosemide oral soln 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>furosemide inj soln 10 mg/ml</i>	2	HI
FUROSEMIDE SOLN 8 MG/ML	2	MO
<i>furosemide tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>furosemide tabs 40 mg</i>	1	MO
<i>furosemide tabs 80 mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide caps 12.5 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>hydrochlorothiazide tabs 12.5 mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide tabs 25 mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>indapamide tabs 1.25 mg</i>	1	MO
<i>indapamide tabs 2.5 mg</i>	1	MO
MANNITOL SOLN 20 %	2	
MANNITOL SOLN 25 %	2	
<i>metolazone tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>metolazone tabs 2.5 mg</i>	2	MO
<i>metolazone tabs 5 mg</i>	2	MO
OSMITROL SOLN 20 %	2	
<i>tolvaptan tabs 15 mg</i>	5	NDS
<i>tolvaptan tabs 30 mg</i>	5	NDS
<i>toremide tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>toremide tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>toremide tabs 20 mg</i>	2	MO
<i>toremide tabs 5 mg</i>	2	MO
TRIAMTERENE CAPS 100 MG	2	MO
TRIAMTERENE CAPS 50 MG	2	MO
<i>triamterene-hctz caps 37.5-25 mg</i>	1	MO
<i>triamterene-hctz tabs 37.5-25 mg</i>	1	MO
<i>triamterene-hctz tabs 75-50 mg</i>	1	MO
<b>ION-REMOVING AGENTS</b>		
AURYXIA TABS 1 GM 210 MG(FE)	5	PA, MO, NDS
<i>lanthanum carbonate chew 1000 mg</i>	4	MO
<i>lanthanum carbonate chew 500 mg</i>	4	MO
<i>lanthanum carbonate chew 750 mg</i>	4	MO
LOKELMA PACK 10 GM	4	MO
LOKELMA PACK 5 GM	4	MO
<i>sevelamer carbonate pack 0.8 gm</i>	2	MO
<i>sevelamer carbonate pack 2.4 gm</i>	2	MO
<i>sevelamer carbonate tabs 800 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>sodium polystyrene sulfonate powd</i>	2	MO
VELPHORO CHEW 500 MG	5	NDS
XPHOZAH TABS 20 MG	5	NDS
XPHOZAH TABS 30 MG	5	NDS
<b>REPLACEMENT PREPARATIONS</b>		
<i>calcium acetate (phos binder) caps 667 mg</i>	2	MO
<i>calcium acetate tabs 667 mg</i>	2	MO
DEXTROSE IN LACTATED RINGERS SOLN 5 %	2	
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE SOLN 10-0.45 %	3	HI
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE SOLN 2.5-0.45 %	2	HI
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE SOLN 5-0.2 %	2	HI
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE SOLN 5-0.45 %	2	HI
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE SOLN 5-0.9 %	2	HI
KCL (0.149%) IN NAACL SOLN 20-0.9 MEQ/L-%	2	HI
KCL (0.298%) IN NAACL SOLN 40-0.9 MEQ/L-%	2	HI
<i>kcl in dextrose-nacl soln 10-5-0.45 meq/l-%-%</i>	2	HI
KCL IN DEXTROSE-NAACL SOLN 20-5-0.2 MEQ/L-%-%	2	HI
<i>kcl in dextrose-nacl soln 20-5-0.45 meq/l-%-%</i>	2	HI
<i>kcl in dextrose-nacl soln 20-5-0.9 meq/l-%-%</i>	2	HI
<i>kcl in dextrose-nacl soln 30-5-0.45 meq/l-%-%</i>	2	HI
<i>kcl in dextrose-nacl soln 40-5-0.45 meq/l-%-%</i>	2	HI
<i>kcl in dextrose-nacl soln 40-5-0.9 meq/l-%-%</i>	2	HI
KCL IN DEXTROSE-NAACL SOLN 40-5-0.9 MEQ/L-%-%	2	HI
KCL-LACTATED RINGERS-D5W SOLN 20 MEQ/L	3	HI
KLOR-CON 10 TBCR 10 MEQ	2	MO
KLOR-CON TBCR 8 MEQ	2	MO
LACTATED RINGERS SOLN	2	
<i>magnesium sulfate in d5w soln 1-5 gm/100ml-%</i>	2	
PHOSLYRA SOLN 667 MG/5ML	3	MO
PLASMA-LYTE 148 SOLN	3	HI
PLASMA-LYTE A SOLN	3	HI
POKONZA PACK 10 MEQ	5	NDS
POTASSIUM ACETATE SOLN 2 MEQ/ML	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>potassium chloride crys er tbcr 10 meq</i>	2	MO
<i>potassium chloride crys er tbcr 20 meq</i>	2	MO
<i>potassium chloride er cpcr 10 meq</i>	2	MO
<i>potassium chloride er cpcr 8 meq</i>	2	MO
<i>potassium chloride er tbcr 10 meq</i>	2	MO
<i>potassium chloride er tbcr 20 meq</i>	2	MO
POTASSIUM CHLORIDE ER TBCR 8 MEQ	2	MO
<i>potassium chloride in nacl soln 20-0.9 meq/l-%</i>	2	HI
<i>potassium chloride in nacl soln 40-0.9 meq/l-%</i>	2	HI
<i>potassium chloride pack 20 meq</i>	2	MO
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10 MEQ/100ML	2	HI
<i>potassium chloride soln 2 meq/ml</i>	2	HI
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 20 MEQ/100ML	2	HI
<i>potassium chloride soln 20 meq/15ml (10%)</i>	2	MO
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 40 MEQ/100ML	2	HI
<i>potassium chloride soln 40 meq/15ml (20%)</i>	2	MO
<i>potassium cl in dextrose 5% soln 20 meq/l</i>	2	HI
<i>potassium phosphates(66 meq k) soln 45 mmole/15ml</i>	2	
RINGERS SOLN	2	
SODIUM CHLORIDE (PF) SOLN 0.9 %	2	
SODIUM CHLORIDE SOLN 0.45 %	2	HI
<i>sodium chloride soln 0.9 %</i>	2	HI
SODIUM CHLORIDE SOLN 3 %	2	HI
SODIUM CHLORIDE SOLN 4 MEQ/ML	2	
SODIUM CHLORIDE SOLN 5 %	2	HI
SODIUM PHOSPHATES SOLN 45 MMOLE/15ML	2	
<i>sodium phosphates soln 45 mmole/15ml</i>	2	
<b>URICOSURIC AGENTS</b>		
<i>colchicine-probenecid tabs 0.5-500 mg</i>	2	MO
<i>probenecid tabs 500 mg</i>	2	MO
<b>ENZYMES</b>		
<b>ENZYMES</b>		
ADZYNMA KIT 1500 UNIT	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
ADZYNMA KIT 500 UNIT	5	NDS
ALDURAZYME SOLN 2.9 MG/5ML	5	NDS
CERDELGA CAPS 84 MG	5	NDS
CEREZYME SOLR 400 UNIT	5	NDS
CREON CPEP 12000-38000 UNIT	3	MO
CREON CPEP 24000-76000 UNIT	3	MO
CREON CPEP 3000-9500 UNIT	3	MO
CREON CPEP 36000-114000 UNIT	3	MO
CREON CPEP 6000-19000 UNIT	3	MO
ELAPRASE SOLN 6 MG/3ML	5	NDS
ELELYSO SOLR 200 UNIT	5	NDS
ELFABRIO SOLN 20 MG/10ML	5	NDS
ELFABRIO SOLN 5 MG/2.5ML	5	NDS
ELITEK SOLR 1.5 MG	5	NDS
FABRAZYME SOLR 35 MG	5	NDS
FABRAZYME SOLR 5 MG	5	NDS
KANUMA SOLN 20 MG/10ML	5	NDS
LAMZEDE SOLR 10 MG	5	NDS
LUMIZYME SOLR 50 MG	5	NDS
<i>miglustat caps 100 mg</i>	5	NDS
NAGLAZYME SOLN 1 MG/ML	5	NDS
NEXVIAZYME SOLR 100 MG	5	NDS
PALYNZIQ SOSY 10 MG/0.5ML	5	NDS
PALYNZIQ SOSY 2.5 MG/0.5ML	5	NDS
PALYNZIQ SOSY 20 MG/ML	5	NDS
POMBILITI SOLR 105 MG	5	NDS
PULMOZYME SOLN 2.5 MG/2.5ML	5	PA, NDS
STRENSIQ SOLN 18 MG/0.45ML	5	LD, NDS
STRENSIQ SOLN 28 MG/0.7ML	5	LD, NDS
STRENSIQ SOLN 40 MG/ML	5	LD, NDS
STRENSIQ SOLN 80 MG/0.8ML	5	LD, NDS
SUCRAID SOLN 8500 UNIT/ML	5	LD
VIMIZIM SOLN 5 MG/5ML	5	NDS
VPRIV SOLR 400 UNIT	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
XENPOZYME SOLR 20 MG	5	NDS
XENPOZYME SOLR 4 MG	5	NDS
<i>yargesa caps 100 mg</i>	5	NDS
ZENPEP CPEP 10000-32000 UNIT	3	MO
ZENPEP CPEP 15000-47000 UNIT	3	MO
ZENPEP CPEP 20000-63000 UNIT	3	MO
ZENPEP CPEP 25000-79000 UNIT	3	MO
ZENPEP CPEP 3000-10000 UNIT	3	MO
ZENPEP CPEP 40000-126000 UNIT	3	MO
ZENPEP CPEP 5000-24000 UNIT	3	MO
ZENPEP CPEP 60000-189600 UNIT	5	NDS
<b>EYE, EAR, NOSE, AND THROAT (EENT) PREPARATIONS</b>		
<b>ANTI-INFECTIVES</b>		
BACITRACIN OINT 500 UNIT/GM	2	
<i>bacitracin-polymyxin b oint 500-10000 unit/gm</i>	2	
<i>chlorhexidine gluconate soln 0.12 %</i>	1	
CILOXAN OINT 0.3 %	3	
CIPROFLOXACIN HCL SOLN 0.3 %	2	
<i>erythromycin oint 5 mg/gm</i>	2	
GATIFLOXACIN SOLN 0.5 %	2	
GENTAK OINT 0.3 %	2	
<i>gentamicin sulfate soln 0.3 %</i>	2	
<i>moxifloxacin hcl soln 0.5 %</i>	2	
NATACYN SUSP 5 %	3	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx oint 5-400-10000</i>	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN SOLN 1.75-10000-.025	2	
<i>ofloxacin otic soln 0.3 %</i>	2	
<i>ofloxacin ophthalmic soln 0.3 %</i>	2	
<i>polymyxin b-trimethoprim soln 10000-0.1 unit/ml-%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium soln 10 %</i>	2	
<i>tobramycin soln 0.3 %</i>	2	
TOBREX OINT 0.3 %	3	
TRIFLURIDINE SOLN 1 %	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
XDEMVI SOLN 0.25 %	5	NDS
<b>ANTI-INFLAMMATORY AGENTS</b>		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc oint 1 %</i>	2	MO
BLEPHAMIDE S.O.P. OINT 10-0.2 %	2	MO
CEQUA SOLN 0.09 %	4	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone susp 0.3-0.1 %</i>	2	MO
<i>cyclosporine emul 0.05 %</i>	2	MO
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE SOLN 0.1 %	2	MO
<i>diclofenac sodium soln 0.1 %</i>	2	MO
<i>difluprednate emul 0.05 %</i>	4	MO
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01 %</i>	2	MO
<i>fluorometholone susp 0.1 %</i>	2	MO
FLURBIPROFEN SODIUM SOLN 0.03 %	2	MO
<i>fluticasone propionate susp 50 mcg/act</i>	2	MO
FML FORTE SUSP 0.25 %	3	MO
FML OINT 0.1 %	3	MO
<i>hydrocortisone-acetic acid soln 1-2 %</i>	2	MO
ILUVIEN IMPL 0.19 MG	5	
KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN 0.4 %	2	MO
<i>ketorolac tromethamine soln 0.5 %</i>	2	MO
<i>mometasone furoate susp 50 mcg/act</i>	2	MO
NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETH OINT 3.5-10000-0.1	2	MO
<i>neomycin-polymyxin-dexameth susp 3.5-10000-0.1</i>	2	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc soln 1 %</i>	2	MO
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC SUSP 3.5-10000-1	2	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc susp 3.5-10000-1</i>	2	MO
PRED MILD SUSP 0.12 %	3	MO
PRED-G S.O.P. OINT 0.3-0.6 %	3	MO
PREDNISOLONE ACETATE SUSP 1 %	2	MO
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE SOLN 1 %	2	MO
RETISERT IMPL 0.59 MG	5	
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE SOLN 10-0.23 %	2	MO
TOBRADEX OINT 0.3-0.1 %	3	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.





약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>tobramycin-dexamethasone susp 0.3-0.1 %</i>	4	MO
VERKAZIA EMUL 0.1 %	5	NDS
VEVYE SOLN 0.1 %	5	NDS
YUTIQ IMPL 0.18 MG	5	
<b>ANTIALLERGIC AGENTS</b>		
<i>azelastine hcl soln 0.05 %</i>	4	
<i>azelastine hcl soln 0.1 %</i>	2	MO
CROMOLYN SODIUM SOLN 4 %	2	MO
<b>ANTIGLAUCOMA AGENTS</b>		
<i>acetazolamide er cp12 500 mg</i>	2	MO
<i>acetazolamide sodium solr 500 mg</i>	2	
<i>acetazolamide tabs 125 mg</i>	2	MO
<i>acetazolamide tabs 250 mg</i>	2	MO
BETAXOLOL HCL SOLN 0.5 %	2	MO
<i>bimatoprost soln 0.03 %</i>	2	MO
<i>brimonidine tartrate soln 0.2 %</i>	1	MO
<i>dorzolamide hcl soln 2 %</i>	2	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal soln 2-0.5 %</i>	1	MO
DURYSTA IMPL 10 MCG	5	NDS
<i>latanoprost soln 0.005 %</i>	1	MO
LEVOBUNOLOL HCL SOLN 0.5 %	2	MO
<i>methazolamide tabs 25 mg</i>	2	MO
<i>methazolamide tabs 50 mg</i>	2	MO
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR 0.125 %	3	MO
PILOCARPINE HCL SOLN 1 %	2	MO
PILOCARPINE HCL SOLN 2 %	2	MO
PILOCARPINE HCL SOLN 4 %	2	MO
<i>timolol maleate soln 0.25 %</i>	1	MO
<i>timolol maleate soln 0.5 %</i>	1	MO
TRAVOPROST (BAK FREE) SOLN 0.004 %	2	MO
<b>EENT DRUGS, MISCELLANEOUS</b>		
<i>acetic acid soln 2 %</i>	2	MO
APRACLONIDINE HCL SOLN 0.5 %	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>atropine sulfate soln 1 %</i>	2	MO
BEOVU SOLN 6 MG/0.05ML	5	
BEOVU SOSY 6 MG/0.05ML	5	
BYOOVIZ SOLN 0.5 MG/0.05ML	5	NDS
CIMERLI SOLN 0.5 MG/0.05ML	5	NDS
CYSTARAN SOLN 0.44 %	5	
EYLEA SOLN 2 MG/0.05ML	5	
EYLEA SOSY 2 MG/0.05ML	5	
IZERVAY SOLN 2 MG/0.1ML	5	NDS
LACRISERT INST 5 MG	3	MO
LUCENTIS SOLN 0.3 MG/0.05ML	5	NDS
LUCENTIS SOSY 0.3 MG/0.05ML	5	NDS
LUCENTIS SOSY 0.5 MG/0.05ML	5	NDS
MIEBO SOLN 1.338 GM/ML	4	
OXERVATE SOLN 0.002 %	5	NDS
PHENYLEPHRINE HCL SOLN 10 %	2	
PHENYLEPHRINE HCL SOLN 2.5 %	2	
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) SOLN 10 MG/0.1ML	5	
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) SOLN 10 MG/0.1ML	5	
SYFOVRE SOLN 15 MG/0.1ML	5	
TEPEZZA SOLR 500 MG	5	NDS
VABYSMO SOLN 6 MG/0.05ML	5	NDS
VABYSMO SOSY 6 MG/0.05ML	5	
<b>LOCAL ANESTHETICS</b>		
LIDOCAINE HCL SOLN 4 %	2	
<i>lidocaine viscous hcl soln 2 %</i>	2	MO
<i>proparacaine hcl soln 0.5 %</i>	2	MO
<i>tetracaine hcl soln 0.5 %</i>	2	
TETRACAINE HCL SOLN 0.5 %	2	
<b>GASTROINTESTINAL DRUGS</b>		
<b>ANTI-INFLAMMATORY AGENTS</b>		
<i>alosetron hcl tabs 0.5 mg</i>	4	MO
<i>alosetron hcl tabs 1 mg</i>	5	NDS
<i>balsalazide disodium caps 750 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
DIPENTUM CAPS 250 MG	5	NDS
<i>mesalamine enem 4 gm</i>	2	MO
<i>mesalamine er cpcr 500 mg</i>	2	MO
<i>mesalamine supp 1000 mg</i>	2	MO
<i>mesalamine tbec 1.2 gm</i>	2	MO
PENTASA CPCR 250 MG	3	MO
PENTASA CPCR 500 MG	3	MO
<b>ANTIDIARRHEA AGENTS</b>		
DIPHENOXYLATE-ATROPINE LIQD 2.5-0.025 MG/5ML	2	
<i>diphenoxylate-atropine tabs 2.5-0.025 mg</i>	2	
XERMELO TABS 250 MG	5	LD, NDS
<b>ANTIEMETICS</b>		
<i>aprepitant caps 125 mg</i>	2	PA, NDS
<i>aprepitant caps 40 mg</i>	2	PA, NDS
<i>aprepitant caps 80 &amp; 125 mg</i>	2	PA, NDS
<i>aprepitant caps 80 mg</i>	2	PA, NDS
DIMENHYDRINATE SOLN 50 MG/ML	2	
<i>dronabinol caps 10 mg</i>	2	PA
<i>dronabinol caps 2.5 mg</i>	2	PA
<i>dronabinol caps 5 mg</i>	2	PA
<i>fosaprepitant dimeglumine solr 150 mg</i>	2	
<i>granisetron hcl tabs 1 mg</i>	2	PA
<i>meclizine hcl tabs 25 mg</i>	2	
<i>ondansetron hcl soln 4 mg/2ml</i>	2	
<i>ondansetron hcl soln 4 mg/5ml</i>	2	PA
<i>ondansetron hcl soln 40 mg/20ml</i>	2	
ONDANSETRON HCL SOSY 4 MG/2ML	2	
<i>ondansetron hcl tabs 4 mg</i>	2	PA
<i>ondansetron hcl tabs 8 mg</i>	2	PA
<i>ondansetron tbdp 4 mg</i>	2	PA
<i>ondansetron tbdp 8 mg</i>	2	PA
<i>scopolamine pt72 1 mg/3days</i>	2	MO
<b>ANTIULCER AGENTS AND ACID SUPPRESSANTS</b>		

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin caps 140-125-125 mg</i>	4	
<i>cimetidine hcl soln 300 mg/5ml</i>	2	MO
CIMETIDINE HCL SOLN 300 MG/5ML	2	MO
<i>famotidine (pf) soln 20 mg/2ml</i>	2	
FAMOTIDINE PREMIXED SOLN 20-0.9 MG/50ML-%	2	
<i>famotidine soln 40 mg/4ml</i>	2	
<i>famotidine susr 40 mg/5ml</i>	2	MO
<i>famotidine tabs 20 mg</i>	2	MO
<i>famotidine tabs 40 mg</i>	2	MO
<i>misoprostol tabs 100 mcg</i>	2	MO
<i>misoprostol tabs 200 mcg</i>	2	MO
<i>omeprazole cpdr 10 mg</i>	1	MO
<i>omeprazole cpdr 20 mg</i>	2	MO
<i>omeprazole cpdr 40 mg</i>	1	MO
PANTOPRAZOLE SODIUM SOLR 40 MG	2	
<i>pantoprazole sodium tbec 20 mg</i>	1	MO
<i>pantoprazole sodium tbec 40 mg</i>	1	MO
<i>sucalfate susp 1 gm/10ml</i>	2	MO
<i>sucalfate tabs 1 gm</i>	2	MO
<b>CATHARTICS AND LAXATIVES</b>		
GAVILYTE-C SOLR 240 GM	2	MO
<i>gavilyte-g solr 236 gm</i>	2	MO
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl solr 420 gm</i>	2	MO
PEG-3350/ELECTROLYTES SOLR 236 GM	2	MO
polyethylene glycol 3350 pack 17 gm	2	OTC
saline laxative soln 0.9-2.4 gm/5ml	2	OTC
SUPREP BOWEL PREP KIT SOLN 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	4	
<b>GI DRUGS, MISCELLANEOUS</b>		
CHOLBAM CAPS 250 MG	5	NDS
CHOLBAM CAPS 50 MG	5	NDS
ENTYVIO SOLR 300 MG	5	NDS
ENTYVIO SOPN 108 MG/0.68ML	5	NDS
GATTEX KIT 5 MG	5	PA, NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
IQIRVO TABS 80 MG	5	NDS
LINZESS CAPS 145 MCG	4	MO
LINZESS CAPS 290 MCG	4	MO
LINZESS CAPS 72 MCG	4	MO
LIVDELZI CAPS 10 MG	5	NDS
<i>lubiprostone caps 24 mcg</i>	2	MO
<i>lubiprostone caps 8 mcg</i>	2	MO
<i>metoclopramide hcl soln 5 mg/5ml</i>	2	MO
<i>metoclopramide hcl soln 5 mg/ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl tabs 5 mg</i>	1	MO
MOVANTIK TABS 25 MG	4	MO
OCALIVA TABS 10 MG	5	LD, NDS
OCALIVA TABS 5 MG	5	LD, NDS
OMVOH SOAJ 100 MG/ML	5	NDS
OMVOH SOLN 300 MG/15ML	5	NDS
OMVOH SOSY 100 MG/ML	5	NDS
RELISTOR SOLN 12 MG/0.6ML	5	NDS
SKYRIZI SOCT 180 MG/1.2ML	5	
SKYRIZI SOCT 360 MG/2.4ML	5	
SKYRIZI SOLN 600 MG/10ML	5	
TRULANCE TABS 3 MG	4	
<i>ursodiol caps 300 mg</i>	2	MO
<i>ursodiol tabs 250 mg</i>	2	MO
<i>ursodiol tabs 500 mg</i>	2	MO
VELSIPITY TABS 2 MG	5	NDS
VIBERZI TABS 100 MG	5	NDS
VIBERZI TABS 75 MG	5	NDS
<b>HEAVY METAL ANTAGONISTS</b>		
<b>HEAVY METAL ANTAGONISTS</b>		
CHEMET CAPS 100 MG	5	
<i>deferasirox granules pack 180 mg</i>	5	NDS
<i>deferasirox granules pack 360 mg</i>	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>deferasirox granules pack 90 mg</i>	4	
<i>deferasirox tabs 180 mg</i>	2	
<i>deferasirox tabs 360 mg</i>	2	
<i>deferasirox tabs 90 mg</i>	2	
<i>deferasirox tbso 125 mg</i>	2	
<i>deferasirox tbso 250 mg</i>	2	
<i>deferasirox tbso 500 mg</i>	2	
<i>deferiprone tabs 1000 mg</i>	5	NDS
<i>deferiprone tabs 500 mg</i>	5	NDS
<i>deferoxamine mesylate solr 2 gm</i>	2	
<i>deferoxamine mesylate solr 500 mg</i>	2	
FERRIPROX TABS 1000 MG	5	NDS
FERRIPROX TWICE-A-DAY TABS 1000 MG	5	NDS
<i>penicillamine caps 250 mg</i>	5	NDS
<i>penicillamine tabs 250 mg</i>	5	NDS
<i>trientine hcl caps 250 mg</i>	5	NDS
TRIENTINE HCL CAPS 500 MG	5	NDS
<b>HORMONES AND SYNTHETIC SUBSTITUTES</b>		
<b>ADRENALS</b>		
AGAMREE SUSP 40 MG/ML	5	NDS
<i>betamethasone sod phos &amp; acet susp 6 (3-3) mg/ml</i>	2	
<i>budesonide cpep 3 mg</i>	2	MO
BUDESONIDE ER TB24 9 MG	4	
CORTISONE ACETATE TABS 25 MG	2	MO
<i>deflazacort susp 22.75 mg/ml</i>	5	NDS
<i>deflazacort tabs 18 mg</i>	5	NDS
<i>deflazacort tabs 30 mg</i>	5	NDS
<i>deflazacort tabs 36 mg</i>	5	NDS
<i>deflazacort tabs 6 mg</i>	5	NDS
DEPO-MEDROL SUSP 20 MG/ML	3	
<i>dexamethasone elix 0.5 mg/5ml</i>	2	MO
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1 MG/ML	2	MO
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID SOSY 4 MG/ML	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>dexamethasone sodium phosphate soln 10 mg/ml</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate soln 20 mg/5ml</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate soln 4 mg/ml</i>	2	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE SOSY 4 MG/ML	2	
DEXAMETHASONE SOLN 0.5 MG/5ML	2	
<i>dexamethasone tabs 0.5 mg</i>	2	MO
<i>dexamethasone tabs 0.75 mg</i>	2	MO
<i>dexamethasone tabs 1 mg</i>	2	MO
<i>dexamethasone tabs 1.5 mg</i>	2	MO
<i>dexamethasone tabs 2 mg</i>	2	MO
<i>dexamethasone tabs 4 mg</i>	2	MO
<i>dexamethasone tabs 6 mg</i>	2	MO
EMFLAZA TABS 36 MG	5	LD, NDS
EMFLAZA TABS 6 MG	5	LD, NDS
EOHILIA SUSP 2 MG/10ML	5	NDS
<i>fludrocortisone acetate tabs 0.1 mg</i>	2	MO
<i>hydrocortisone tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>hydrocortisone tabs 20 mg</i>	2	MO
<i>hydrocortisone tabs 5 mg</i>	2	MO
KENALOG-10 SUSP 10 MG/ML	3	
MEDROL TABS 2 MG	3	MO
<i>methylprednisolone acetate susp 40 mg/ml</i>	2	
<i>methylprednisolone acetate susp 80 mg/ml</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ solr 1000 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ solr 125 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ solr 40 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone tabs 16 mg</i>	2	MO
<i>methylprednisolone tabs 32 mg</i>	2	MO
<i>methylprednisolone tabs 4 mg</i>	2	MO
<i>methylprednisolone tabs 8 mg</i>	2	MO
<i>methylprednisolone tbpk 4 mg</i>	2	MO
<i>millipred tabs 5 mg</i>	4	MO
ORTIKOS CP24 6 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
ORTIKOS CP24 9 MG	5	NDS
<i>prednisolone sodium phosphate soln 15 mg/5ml</i>	2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE SOLN 6.7 (5 Base) MG/5ML	2	MO
<i>prednisolone soln 15 mg/5ml</i>	2	MO
<i>prednisolone tabs 5 mg</i>	4	MO
PREDNISON INTENSOL CONC 5 MG/ML	2	MO
PREDNISON SOLN 5 MG/5ML	2	MO
<i>prednisone tabs 1 mg</i>	1	MO
<i>prednisone tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>prednisone tabs 2.5 mg</i>	1	MO
<i>prednisone tabs 20 mg</i>	1	MO
<i>prednisone tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>prednisone tabs 50 mg</i>	1	MO
<i>prednisone tbpk 10 mg (21)</i>	2	
<i>prednisone tbpk 10 mg (48)</i>	2	
<i>prednisone tbpk 5 mg (21)</i>	2	
<i>prednisone tbpk 5 mg (48)</i>	2	
SOLU-CORTEF SOLR 100 MG	3	
SOLU-CORTEF SOLR 1000 MG	3	
SOLU-CORTEF SOLR 250 MG	3	
SOLU-CORTEF SOLR 500 MG	3	
SOLU-MEDROL SOLR 2 GM	3	
<i>triamcinolone acetonide susp 40 mg/ml</i>	2	
<b>ANDROGENS</b>		
<i>danazol caps 100 mg</i>	2	MO
<i>danazol caps 200 mg</i>	2	MO
<i>danazol caps 50 mg</i>	2	MO
<i>depo-testosterone soln 100 mg/ml</i>	2	MO
<i>depo-testosterone soln 200 mg/ml</i>	2	MO
METHITEST TABS 10 MG	5	NDS
<i>methyltestosterone caps 10 mg</i>	5	NDS
<i>testosterone cypionate soln 100 mg/ml</i>	2	MO
<i>testosterone cypionate soln 200 mg/ml</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.





약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
TESTOSTERONE ENANTHATE SOLN 200 MG/ML	2	MO
<i>testosterone gel 12.5 mg/act (1%)</i>	2	MO
<i>testosterone gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	2	MO
<i>testosterone gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>	2	MO
<i>testosterone gel 50 mg/5gm (1%)</i>	2	MO
<b>CONTRACEPTIVES</b>		
<i>apri tabs 0.15-30 mg-mcg</i>	2	MO
<i>aranelle tabs 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	2	MO
<i>aviane tabs 0.1-20 mg-mcg</i>	2	MO
<i>balziva tabs 0.4-35 mg-mcg</i>	2	MO
<i>cryselle-28 tabs 0.3-30 mg-mcg</i>	2	MO
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tabs 3-0.02 mg</i>	2	MO
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tabs 3-0.03 mg</i>	2	MO
ELLA TABS 30 MG	3	MO
<i>eluryng ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	2	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol tabs 1-50 mg-mcg</i>	2	MO
ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL RING 0.12-0.015 MG/24HR	2	MO
<i>junel 1.5/30 tabs 1.5-30 mg-mcg</i>	2	MO
<i>junel 1/20 tabs 1-20 mg-mcg</i>	2	MO
<i>junel fe 1.5/30 tabs 1.5-30 mg-mcg</i>	2	MO
<i>junel fe 1/20 tabs 1-20 mg-mcg</i>	2	MO
<i>junel fe 24 tabs 1-20 mg-mcg(24)</i>	2	MO
<i>kelnor 1/35 tabs 1-35 mg-mcg</i>	2	MO
<i>kelnor 1/50 tabs 1-50 mg-mcg</i>	2	MO
LEENA TABS 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	2	MO
<i>levonorgestrel tabs 1.5 mg</i>	2	OTC
<i>levora 0.15/30 (28) tabs 0.15-30 mg-mcg</i>	2	MO
<i>loestrin 1/20 (21) tabs 1-20 mg-mcg</i>	2	MO
<i>lutra tabs 0.1-20 mg-mcg</i>	2	MO
<i>merzee caps 1-20 mg-mcg(24)</i>	2	MO
<i>microgestin 1/20 tabs 1-20 mg-mcg</i>	2	MO
<i>microgestin 24 fe tabs 1-20 mg-mcg</i>	2	MO
<i>microgestin fe 1.5/30 tabs 1.5-30 mg-mcg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>microgestin fe 1/20 tabs 1-20 mg-mcg</i>	2	MO
MIRENA (52 MG) IUD 20 MCG/DAY	3	MO
<i>necon 0.5/35 (28) tabs 0.5-35 mg-mcg</i>	2	MO
NEXPLANON IMPL 68 MG	3	MO
<i>nikki tabs 3-0.02 mg</i>	2	MO
NORA-BE TABS 0.35 MG	2	MO
<i>norethin ace-eth estrad-fe chew 1-20 mg-mcg(24)</i>	2	MO
<i>norethindrone tabs 0.35 mg</i>	2	MO
<i>nortrel 0.5/35 (28) tabs 0.5-35 mg-mcg</i>	2	MO
<i>nortrel 1/35 (21) tabs 1-35 mg-mcg</i>	2	MO
<i>nortrel 1/35 (28) tabs 1-35 mg-mcg</i>	2	MO
<i>nortrel 7/7/7 tabs 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	2	MO
<i>nylia 1/35 tabs 1-35 mg-mcg</i>	2	MO
OCELLA TABS 3-0.03 MG	2	MO
<i>portia-28 tabs 0.15-30 mg-mcg</i>	2	MO
<i>reclipsen tabs 0.15-30 mg-mcg</i>	2	MO
<i>sprintec 28 tabs 0.25-35 mg-mcg</i>	2	MO
<i>taysofy caps 1-20 mg-mcg(24)</i>	2	MO
<i>tri-lo-sprintec tabs 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	2	MO
<i>tri-sprintec tabs 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	2	MO
<i>trivora (28) tabs 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	2	MO
<i>xulane ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	2	MO
<b>DIABETIC AGENTS</b>		
<i>acarbose tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>acarbose tabs 25 mg</i>	2	MO
<i>acarbose tabs 50 mg</i>	2	MO
BAQSIMI ONE PACK POWD 3 MG/DOSE	3	
BAQSIMI TWO PACK POWD 3 MG/DOSE	3	
<i>diazoxide susp 50 mg/ml</i>	4	
<i>glimepiride tabs 1 mg</i>	1	MO
<i>glimepiride tabs 2 mg</i>	1	MO
<i>glimepiride tabs 4 mg</i>	1	MO
<i>glipizide er tb24 10 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>glipizide er tb24 2.5 mg</i>	1	MO
<i>glipizide er tb24 5 mg</i>	1	MO
<i>glipizide tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>glipizide tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>glipizide-metformin hcl tabs 2.5-250 mg</i>	1	MO
<i>glipizide-metformin hcl tabs 2.5-500 mg</i>	1	MO
<i>glipizide-metformin hcl tabs 5-500 mg</i>	1	MO
GLUCAGON EMERGENCY KIT 1 MG	2	
<i>glyburide tabs 1.25 mg</i>	2	MO
<i>glyburide tabs 2.5 mg</i>	2	MO
<i>glyburide tabs 5 mg</i>	2	MO
HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML	4	MO
HUMALOG SOCT 100 UNIT/ML	4	MO
HUMALOG SOLN 100 UNIT/ML	3	MO
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUPN (70-30) 100 UNIT/ML	3	MO
HUMULIN 70/30 SUSP (70-30) 100 UNIT/ML	3	MO
HUMULIN N KWIKPEN SUPN 100 UNIT/ML	3	MO
HUMULIN N SUSP 100 UNIT/ML	3	MO
HUMULIN R SOLN 100 UNIT/ML	3	MO
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SOLN 500 UNIT/ML	3	MO
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500 UNIT/ML	3	MO
INSULIN GLARGINE-YFGN SOLN 100 UNIT/ML	2	MO
INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN 100 UNIT/ML	2	MO
JARDIANCE TABS 10 MG	3	MO
JARDIANCE TABS 25 MG	3	MO
KORLYM TABS 300 MG	5	PA, LD, NDS
LIRAGLUTIDE SOPN 18 MG/3ML	3	PA, MO
<i>metformin hcl er tb24 500 mg</i>	1	MO
<i>metformin hcl er tb24 750 mg</i>	1	MO
<i>metformin hcl tabs 1000 mg</i>	1	MO
<i>metformin hcl tabs 500 mg</i>	1	MO
<i>metformin hcl tabs 850 mg</i>	1	MO
<i>mifepristone tabs 300 mg</i>	5	PA, NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>nateglinide tabs 120 mg</i>	2	MO
<i>nateglinide tabs 60 mg</i>	2	MO
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2 MG/1.5ML	3	PA, MO
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2 MG/3ML	3	PA, MO
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SOPN 4 MG/3ML	3	PA, MO
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SOPN 8 MG/3ML	3	PA, MO
<i>pioglitazone hcl tabs 15 mg</i>	1	MO
<i>pioglitazone hcl tabs 30 mg</i>	1	MO
<i>pioglitazone hcl tabs 45 mg</i>	1	MO
<i>repaglinide tabs 0.5 mg</i>	2	MO
<i>repaglinide tabs 1 mg</i>	2	MO
<i>repaglinide tabs 2 mg</i>	2	MO
<i>saxagliptin hcl tabs 5 mg</i>	2	MO
SITAGLIPTIN TABS 100 MG	3	MO
SITAGLIPTIN TABS 25 MG	3	MO
SITAGLIPTIN TABS 50 MG	3	MO
SYMLINPEN 120 SOPN 2700 MCG/2.7ML	5	MO
SYMLINPEN 60 SOPN 1500 MCG/1.5ML	5	MO
TRADJENTA TABS 5 MG	3	MO
TZIELD SOLN 2 MG/2ML	5	NDS
<b>ESTROGENS AND ANTIESTROGENS</b>		
CLIMARA PTWK 0.025 MG/24HR	2	MO
CLIMARA PTWK 0.0375 MG/24HR	2	MO
CLIMARA PTWK 0.05 MG/24HR	2	MO
CLIMARA PTWK 0.06 MG/24HR	2	MO
CLIMARA PTWK 0.075 MG/24HR	2	MO
CLIMARA PTWK 0.1 MG/24HR	2	MO
DEPO-ESTRADIOL OIL 5 MG/ML	2	
<i>dotti pttw 0.025 mg/24hr</i>	2	MO
<i>dotti pttw 0.0375 mg/24hr</i>	2	MO
<i>dotti pttw 0.05 mg/24hr</i>	2	MO
<i>dotti pttw 0.075 mg/24hr</i>	2	MO
<i>dotti pttw 0.1 mg/24hr</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
ESTRACE CREA 0.1 MG/GM	2	MO
<i>estradiol crea 0.1 mg/gm</i>	2	MO
<i>estradiol pttw 0.025 mg/24hr</i>	2	MO
<i>estradiol pttw 0.0375 mg/24hr</i>	2	MO
ESTRADIOL PTTW 0.05 MG/24HR	2	MO
<i>estradiol pttw 0.075 mg/24hr</i>	2	MO
<i>estradiol pttw 0.1 mg/24hr</i>	2	MO
<i>estradiol tabs 0.5 mg</i>	1	MO
<i>estradiol tabs 1 mg</i>	1	MO
<i>estradiol tabs 10 mcg</i>	2	MO
<i>estradiol tabs 2 mg</i>	1	MO
<i>estradiol valerate oil 20 mg/ml</i>	2	
<i>estradiol valerate oil 40 mg/ml</i>	2	
ESTRING RING 7.5 MCG/24HR	4	MO
<i>jinteli tabs 1-5 mg-mcg</i>	2	MO
PREMARIN SOLR 25 MG	3	
<i>raloxifene hcl tabs 60 mg</i>	2	MO
<i>yuvaferm tabs 10 mcg</i>	2	MO
<b>GONADOTROPINS</b>		
CHORIONIC GONADOTROPIN SOLR 10000 UNIT	4	PA
ORGOVYX TABS 120 MG	5	NDS
ORLISSA TABS 150 MG	5	NDS
ORLISSA TABS 200 MG	5	NDS
TRIPTODUR SRER 22.5 MG	5	NDS
<b>OXYTOCICS</b>		
CARBOPROST TROMETHAMINE SOSY 250 MCG/ML	5	NDS
<i>methergine tabs 0.2 mg</i>	2	
<i>methylergonovine maleate soln 0.2 mg/ml</i>	2	
<i>methylergonovine maleate tabs 0.2 mg</i>	2	
MIFEPREX TABS 200 MG	2	
<i>mifepristone tabs 200 mg</i>	2	
OXYTOCIN SOLN 10 UNIT/ML	2	
<b>PARATHYROID</b>		

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>calcitonin (salmon) soln 200 unit/act</i>	2	MO
<i>calcitonin (salmon) soln 200 unit/ml</i>	5	NDS
<i>cinacalcet hcl tabs 30 mg</i>	2	
<i>cinacalcet hcl tabs 60 mg</i>	2	
<i>cinacalcet hcl tabs 90 mg</i>	2	
FORTEO SOPN 600 MCG/2.4ML	5	NDS
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) SOPN 620 MCG/2.48ML	5	NDS
<i>teriparatide sopn 600 mcg/2.4ml</i>	5	NDS
YORVIPATH SOPN 168 MCG/0.56ML	5	NDS
YORVIPATH SOPN 294 MCG/0.98ML	5	NDS
YORVIPATH SOPN 420 MCG/1.4ML	5	NDS
<b>PITUITARY</b>		
ACTHAR GEL 80 UNIT/ML	5	PA, NDS
ACTHAR GEL AUIJ 40 UNIT/0.5ML	5	PA, NDS
ACTHAR GEL AUIJ 80 UNIT/ML	5	PA, NDS
CORTROPHIN GEL 80 UNIT/ML	5	PA, NDS
<i>desmopressin ace spray refrig soln 0.01 %</i>	2	MO
DESMOPRESSIN ACETATE SOLN 4 MCG/ML	2	
<i>desmopressin acetate spray soln 0.01 %</i>	2	
<i>desmopressin acetate tabs 0.1 mg</i>	2	MO
<i>desmopressin acetate tabs 0.2 mg</i>	2	MO
NGENLA SOPN 24 MG/1.2ML	5	NDS
NGENLA SOPN 60 MG/1.2ML	5	NDS
SYNAREL SOLN 2 MG/ML	5	MO
<b>PROGESTINS</b>		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104 MG/0.65ML	3	MO
ENDOMETRIN INST 100 MG	4	PA
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE SOLN 1.25 GM/5ML	2	
<i>medroxyprogesterone acetate susp 150 mg/ml</i>	2	
MEDROXYPROGESTERONE ACETATE SUSY 150 MG/ML	2	
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 2.5 mg</i>	2	MO
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 5 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>norethindrone acetate tabs 5 mg</i>	2	MO
<i>progesterone caps 100 mg</i>	2	MO
<i>progesterone caps 200 mg</i>	2	MO
<i>progesterone oil 50 mg/ml</i>	2	
<b>SOMATOTROPIN AGONISTS AND ANTAGONISTS</b>		
EGRIFTA SV SOLR 2 MG	5	NDS
HUMATROPE CART 6 MG	5	PA, NDS
INCRELEX SOLN 40 MG/4ML	5	NDS
LANREOTIDE ACETATE SOLN 120 MG/0.5ML	5	NDS
NORDITROPIN FLEXPLO SOPN 10 MG/1.5ML	5	PA, NDS
NORDITROPIN FLEXPLO SOPN 15 MG/1.5ML	5	PA, NDS
NORDITROPIN FLEXPLO SOPN 5 MG/1.5ML	5	PA, NDS
<i>octreotide acetate soln 100 mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate soln 1000 mcg/ml</i>	5	
<i>octreotide acetate soln 200 mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate soln 50 mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate soln 500 mcg/ml</i>	5	
OMNITROPE SOCT 10 MG/1.5ML	2	PA
OMNITROPE SOCT 5 MG/1.5ML	2	PA
OMNITROPE SOLR 5.8 MG	2	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 10 MG	5	NDS
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 20 MG	5	NDS
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 30 MG	5	NDS
SIGNIFOR LAR SRER 10 MG	5	NDS
SIGNIFOR LAR SRER 20 MG	5	NDS
SIGNIFOR LAR SRER 30 MG	5	NDS
SIGNIFOR LAR SRER 40 MG	5	NDS
SIGNIFOR LAR SRER 60 MG	5	NDS
SIGNIFOR SOLN 0.3 MG/ML	5	NDS
SIGNIFOR SOLN 0.6 MG/ML	5	NDS
SIGNIFOR SOLN 0.9 MG/ML	5	NDS
SOMATULINE DEPOT SOLN 120 MG/0.5ML	5	NDS
SOMATULINE DEPOT SOLN 60 MG/0.2ML	5	NDS
SOMATULINE DEPOT SOLN 90 MG/0.3ML	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
SOMAVERT SOLR 10 MG	5	LD, NDS
SOMAVERT SOLR 15 MG	5	LD, NDS
SOMAVERT SOLR 20 MG	5	LD, NDS
SOMAVERT SOLR 25 MG	5	LD, NDS
SOMAVERT SOLR 30 MG	5	LD, NDS
<b>THYROID AND ANTITHYROID AGENTS</b>		
LEVOTHYROXINE SODIUM SOLN 100 MCG/ML	5	NDS
LEVOTHYROXINE SODIUM SOLR 100 MCG	2	
LEVOTHYROXINE SODIUM SOLR 200 MCG	2	
LEVOTHYROXINE SODIUM SOLR 500 MCG	2	
<i>levothyroxine sodium tabs 100 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 112 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 125 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 137 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 150 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 175 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 200 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 25 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 300 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 50 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 75 mcg</i>	1	MO
<i>levothyroxine sodium tabs 88 mcg</i>	1	MO
<i>liothyronine sodium tabs 25 mcg</i>	2	MO
<i>liothyronine sodium tabs 5 mcg</i>	2	MO
<i>liothyronine sodium tabs 50 mcg</i>	2	MO
<i>methimazole tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>methimazole tabs 5 mg</i>	1	MO
<i>propylthiouracil tabs 50 mg</i>	2	MO
REZDIFFRA TABS 100 MG	5	NDS
REZDIFFRA TABS 60 MG	5	NDS
REZDIFFRA TABS 80 MG	5	NDS
<b>MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS</b>		
<b>5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS</b>		

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.





약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>dutasteride caps 0.5 mg</i>	2	MO
<i>finasteride tabs 5 mg</i>	1	MO
<b>ANTIDOTES</b>		
<i>acetylcysteine soln 10 %</i>	2	PA, MO
<i>acetylcysteine soln 20 %</i>	2	PA, MO
ACETYLCYSTEINE SOLN 200 MG/ML	2	
KHAPZORY SOLR 175 MG	5	NDS
KHAPZORY SOLR 300 MG	5	NDS
<i>leucovorin calcium solr 100 mg</i>	2	
<i>leucovorin calcium solr 200 mg</i>	2	
<i>leucovorin calcium solr 350 mg</i>	2	
<i>leucovorin calcium solr 50 mg</i>	2	
<i>leucovorin calcium tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>leucovorin calcium tabs 25 mg</i>	2	MO
<i>leucovorin calcium tabs 5 mg</i>	2	MO
<i>levoleucovorin calcium solr 50 mg</i>	2	
PEDMARK SOLN 12.5 %	5	NDS
VISTOGARD PACK 10 GM	5	NDS
VORAXAZE SOLR 1000 UNIT	5	NDS
<b>ANTIGOUT AGENTS</b>		
<i>allopurinol tabs 100 mg</i>	1	MO
<i>allopurinol tabs 300 mg</i>	1	MO
<i>colchicine tabs 0.6 mg</i>	2	MO
<i>febuxostat tabs 40 mg</i>	2	MO
<i>febuxostat tabs 80 mg</i>	2	MO
<b>BONE RESORPTION INHIBITORS</b>		
<i>alendronate sodium tabs 10 mg</i>	1	MO
<i>alendronate sodium tabs 35 mg</i>	1	MO
<i>alendronate sodium tabs 70 mg</i>	1	MO
<i>pamidronate disodium soln 30 mg/10ml</i>	2	
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6 MG/ML	2	
<i>pamidronate disodium soln 90 mg/10ml</i>	2	
XGEVA SOLN 120 MG/1.7ML	5	PA, NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
zoledronic acid conc 4 mg/5ml	2	
ZOLEDRONIC ACID SOLN 4 MG/100ML	2	
zoledronic acid soln 5 mg/100ml	2	
<b>DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC AGENTS</b>		
ABRILADA (1 PEN) AJKT 40 MG/0.8ML	5	NDS
ABRILADA (2 PEN) AJKT 40 MG/0.8ML	5	NDS
ABRILADA (2 SYRINGE) PSKT 20 MG/0.4ML	5	NDS
ABRILADA (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.8ML	5	NDS
ACTEMRA ACTPEN SOAJ 162 MG/0.9ML	5	NDS
ACTEMRA SOSY 162 MG/0.9ML	5	NDS
ADALIMUMAB-AATY (1 PEN) AJKT 40 MG/0.4ML	5	NDS
ADALIMUMAB-AATY (1 PEN) AJKT 80 MG/0.8ML	5	NDS
ADALIMUMAB-AATY (2 PEN) AJKT 40 MG/0.4ML	5	NDS
ADALIMUMAB-AATY (2 SYRINGE) PSKT 20 MG/0.2ML	5	NDS
ADALIMUMAB-AATY (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.4ML	5	NDS
ADALIMUMAB-ADAZ SOAJ 40 MG/0.4ML	5	NDS
ADALIMUMAB-ADAZ SOSY 40 MG/0.4ML	5	NDS
ADALIMUMAB-ADB (2 PEN) AJKT 40 MG/0.4ML	5	NDS
ADALIMUMAB-ADB (2 PEN) AJKT 40 MG/0.8ML	5	NDS
ADALIMUMAB-ADB (2 SYRINGE) PSKT 10 MG/0.2ML	5	NDS
ADALIMUMAB-ADB (2 SYRINGE) PSKT 20 MG/0.4ML	5	NDS
ADALIMUMAB-ADB (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.4ML	5	NDS
ADALIMUMAB-ADB (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.8ML	5	NDS
ADALIMUMAB-ADB(CD/UC/HS STRT) AJKT 40 MG/0.4ML	5	NDS
ADALIMUMAB-ADB(CD/UC/HS STRT) AJKT 40 MG/0.8ML	5	NDS
ADALIMUMAB-ADB(PS/UV STARTER) AJKT 40 MG/0.4ML	5	NDS
ADALIMUMAB-ADB(PS/UV STARTER) AJKT 40 MG/0.8ML	5	NDS
ADALIMUMAB-RYVK (2 PEN) AJKT 40 MG/0.4ML	5	NDS
ADALIMUMAB-RYVK (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.4ML	5	NDS
AMJEVITA SOAJ 40 MG/0.4ML	3	MO
AMJEVITA SOAJ 80 MG/0.8ML	3	MO
AMJEVITA SOSY 40 MG/0.4ML	3	MO
AMJEVITA-PED 10KG TO <15KG SOSY 10 MG/0.2ML	3	MO
AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG SOSY 20 MG/0.2ML	3	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
AVSOLA SOLR 100 MG	5	NDS
CIBINQO TABS 100 MG	5	NDS
CIMZIA (2 SYRINGE) PSKT 200 MG/ML	5	PA, NDS
CIMZIA KIT 2 X 200 MG	5	PA, NDS
CIMZIA STARTER KIT PSKT 6 X 200 MG/ML	5	PA
ENBREL MINI SOCT 50 MG/ML	5	NDS
ENBREL SOLN 25 MG/0.5ML	5	NDS
ENBREL SOSY 25 MG/0.5ML	5	NDS
ENBREL SOSY 50 MG/ML	5	NDS
ENBREL SURECLICK SOAJ 50 MG/ML	5	NDS
HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ 40 MG/0.8ML	5	NDS
HADLIMA SOSY 40 MG/0.8ML	5	NDS
HUMIRA (2 PEN) PNKT 40 MG/0.8ML	5	NDS
HUMIRA (2 PEN) PNKT 80 MG/0.8ML	5	NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) PSKT 10 MG/0.1ML	5	NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) PSKT 20 MG/0.2ML	5	NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.4ML	5	NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.8ML	5	NDS
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER PNKT 40 MG/0.8ML	5	NDS
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER PNKT 80 MG/0.8ML	5	NDS
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER PSKT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	5	NDS
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START PSKT 80 MG/0.8ML	5	NDS
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER PNKT 80 MG/0.8ML	5	NDS
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER PNKT 40 MG/0.8ML	5	NDS
HUMIRA-PSORIASIS/UEIT STARTER PNKT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	5	NDS
HYRIMOZ SOAJ 40 MG/0.8ML	5	NDS
HYRIMOZ SOSY 40 MG/0.8ML	5	NDS
HYRIMOZ-PED>=40KG CROHN START SOSY 80 MG/0.8ML	5	NDS
IDACIO (2 PEN) AJKT 40 MG/0.8ML	5	NDS
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.8ML	5	NDS
IDACIO-CROHNS/UC STARTER AJKT 40 MG/0.8ML	5	NDS
IDACIO-PSORIASIS STARTER AJKT 40 MG/0.8ML	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
INFLECTRA SOLR 100 MG	5	HI
INFLIXIMAB SOLR 100 MG	5	HI
KEVZARA SOAJ 200 MG/1.14ML	5	NDS
KEVZARA SOSY 150 MG/1.14ML	5	NDS
KEVZARA SOSY 200 MG/1.14ML	5	NDS
KINERET SOSY 100 MG/0.67ML	5	NDS
<i>leflunomide tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>leflunomide tabs 20 mg</i>	2	MO
OLUMIANT TABS 1 MG	5	NDS
OLUMIANT TABS 2 MG	5	NDS
ORENCIA CLICKJECT SOAJ 125 MG/ML	5	NDS
ORENCIA SOLR 250 MG	5	NDS
ORENCIA SOSY 125 MG/ML	5	NDS
ORENCIA SOSY 50 MG/0.4ML	5	NDS
ORENCIA SOSY 87.5 MG/0.7ML	5	NDS
OTEZLA TABS 20 MG	5	PA, NDS
OTEZLA TABS 30 MG	5	PA, NDS
OTEZLA TBPK 10 & 20 & 30 MG	5	PA, NDS
OTEZLA TBPK 4 x 10 & 51 x20 MG	5	PA, NDS
RASUVO SOAJ 10 MG/0.2ML	3	
RASUVO SOAJ 12.5 MG/0.25ML	3	
RASUVO SOAJ 15 MG/0.3ML	3	
RASUVO SOAJ 17.5 MG/0.35ML	3	
RASUVO SOAJ 20 MG/0.4ML	3	
RASUVO SOAJ 22.5 MG/0.45ML	3	
RASUVO SOAJ 25 MG/0.5ML	3	
RASUVO SOAJ 30 MG/0.6ML	3	
RASUVO SOAJ 7.5 MG/0.15ML	3	
RINVOQ LQ SOLN 1 MG/ML	5	NDS
RINVOQ TB24 15 MG	5	NDS
RINVOQ TB24 30 MG	5	NDS
RINVOQ TB24 45 MG	5	NDS
SIMLANDI (1 PEN) AJKT 40 MG/0.4ML	5	NDS
SIMLANDI (2 PEN) AJKT 40 MG/0.4ML	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
SIMPONI ARIA SOLN 50 MG/4ML	5	NDS
SIMPONI SOAJ 100 MG/ML	5	NDS
SIMPONI SOAJ 50 MG/0.5ML	5	NDS
SIMPONI SOSY 100 MG/ML	5	NDS
SIMPONI SOSY 50 MG/0.5ML	5	NDS
TOFIDENCE SOLN 200 MG/10ML	5	NDS
TOFIDENCE SOLN 400 MG/20ML	5	NDS
TOFIDENCE SOLN 80 MG/4ML	5	NDS
TYENNE SOAJ 162 MG/0.9ML	5	NDS
TYENNE SOLN 200 MG/10ML	5	NDS
TYENNE SOLN 400 MG/20ML	5	NDS
TYENNE SOLN 80 MG/4ML	5	NDS
TYENNE SOSY 162 MG/0.9ML	5	NDS
XELJANZ SOLN 1 MG/ML	5	PA, NDS
XELJANZ TABS 10 MG	5	PA, NDS
XELJANZ TABS 5 MG	5	PA, NDS
XELJANZ XR TB24 11 MG	5	PA, NDS
XELJANZ XR TB24 22 MG	5	PA, NDS
YUFLYMA (1 PEN) AJKT 40 MG/0.4ML	5	NDS
YUFLYMA (1 PEN) AJKT 80 MG/0.8ML	5	NDS
YUFLYMA (2 PEN) AJKT 40 MG/0.4ML	5	NDS
YUFLYMA (2 SYRINGE) PSKT 20 MG/0.2ML	5	NDS
YUFLYMA (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.4ML	5	NDS
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER AJKT 80 MG/0.8ML	5	NDS
ZYMFENTRA (1 PEN) AJKT 120 MG/ML	5	NDS
ZYMFENTRA (2 PEN) AJKT 120 MG/ML	5	NDS
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) PSKT 120 MG/ML	5	NDS
<b>IMMUNE SUPPRESSANTS</b>		
AZATHIOPRINE SODIUM SOLR 100 MG	2	
<i>azathioprine tabs 100 mg</i>	2	PA, MO
<i>azathioprine tabs 50 mg</i>	2	PA, MO
<i>azathioprine tabs 75 mg</i>	2	PA, MO
BENLYSTA SOAJ 200 MG/ML	5	
BENLYSTA SOLR 120 MG	5	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
BENLYSTA SOLR 400 MG	5	
BENLYSTA SOSY 200 MG/ML	5	
<i>cyclosporine caps 100 mg</i>	2	PA, MO
<i>cyclosporine caps 25 mg</i>	2	PA, MO
<i>cyclosporine modified caps 100 mg</i>	2	PA, MO
<i>cyclosporine modified caps 25 mg</i>	2	PA, MO
<i>cyclosporine modified caps 50 mg</i>	2	PA, MO
<i>cyclosporine modified soln 100 mg/ml</i>	2	PA, MO
<i>cyclosporine soln 50 mg/ml</i>	2	MO
ENVARUSUS XR TB24 0.75 MG	4	PA, MO
ENVARUSUS XR TB24 1 MG	4	PA, MO
ENVARUSUS XR TB24 4 MG	5	PA, MO
<i>everolimus tabs 0.25 mg</i>	5	PA
<i>everolimus tabs 0.5 mg</i>	5	PA
<i>everolimus tabs 0.75 mg</i>	5	PA
<i>everolimus tabs 1 mg</i>	5	PA
GAMIFANT SOLN 10 MG/2ML	5	NDS
GAMIFANT SOLN 100 MG/20ML	5	NDS
GAMIFANT SOLN 50 MG/10ML	5	NDS
<i>gengraf caps 100 mg</i>	2	PA, MO
<i>gengraf caps 25 mg</i>	2	PA, MO
MAVENCLAD (5 TABS) TBPK 10 MG	5	NDS
MAVENCLAD (7 TABS) TBPK 10 MG	5	NDS
<i>mycophenolate mofetil caps 250 mg</i>	2	PA, MO
<i>mycophenolate mofetil hcl solr 500 mg</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil susr 200 mg/ml</i>	5	PA, MO
<i>mycophenolate mofetil tabs 500 mg</i>	2	PA, MO
<i>mycophenolate sodium tbec 180 mg</i>	2	PA, MO
<i>mycophenolate sodium tbec 360 mg</i>	2	PA, MO
MYHIBBIN SUSP 200 MG/ML	5	PA, MO
NULOJIX SOLR 250 MG	5	NDS
PROGRAF PACK 0.2 MG	4	PA
PROGRAF PACK 1 MG	4	PA

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
PROGRAF SOLN 5 MG/ML	3	MO
SANDIMMUNE SOLN 100 MG/ML	3	PA, MO
SAPHNELO SOLN 300 MG/2ML	5	NDS
<i>sirolimus soln 1 mg/ml</i>	2	PA, MO
<i>sirolimus tabs 0.5 mg</i>	2	PA, MO
<i>sirolimus tabs 1 mg</i>	2	PA, MO
<i>sirolimus tabs 2 mg</i>	4	PA, MO
<i>tacrolimus caps 0.5 mg</i>	2	PA, MO
<i>tacrolimus caps 1 mg</i>	2	PA, MO
<i>tacrolimus caps 5 mg</i>	2	PA, MO
<b>MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS</b>		
ACETIC ACID SOLN 0.25 %	2	
ACTIMMUNE SOLN 100 MCG/0.5ML	5	
AMONDYS 45 SOLN 100 MG/2ML	5	NDS
AMVUTTRA SOSY 25 MG/0.5ML	5	
ARCALYST SOLR 220 MG	5	NDS
<i>argyle sterile water soln</i>	2	
ARTICADENT DENTAL SOCT 4 %-1:100000	2	
BERINERT KIT 500 UNIT	5	HI
<i>betaine powd</i>	5	NDS
<i>bupivacaine hcl (pf) soln 0.25 %</i>	2	
<i>bupivacaine hcl (pf) soln 0.5 %</i>	2	
<i>bupivacaine hcl (pf) soln 0.75 %</i>	2	
<i>bupivacaine hcl soln 0.5 %</i>	2	
<i>bupivacaine in dextrose soln 0.75-8.25 %</i>	2	
<i>bupivacaine spinal soln 0.75-8.25 %</i>	2	
<i>bupivacaine-epinephrine (pf) soln 0.25% -1:200000</i>	2	
<i>bupivacaine-epinephrine (pf) soln 0.5% -1:200000</i>	2	
<i>bupivacaine-epinephrine soln 0.25% -1:200000</i>	2	
<i>bupivacaine-epinephrine soln 0.5% -1:200000</i>	2	
<i>chloroprocaine hcl (pf) soln 2 %</i>	2	
<i>chloroprocaine hcl (pf) soln 3 %</i>	2	
CINRYZE SOLR 500 UNIT	5	HI

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
COSELA SOLR 300 MG	5	NDS
CRYSVITA SOLN 10 MG/ML	5	NDS
CRYSVITA SOLN 20 MG/ML	5	NDS
CRYSVITA SOLN 30 MG/ML	5	NDS
CYSTADANE POWD	5	LD, NDS
CYSTAGON CAPS 150 MG	3	LD, NDS
CYSTAGON CAPS 50 MG	3	LD, NDS
<i>dexrazoxane hcl solr 250 mg</i>	2	
<i>dexrazoxane hcl solr 500 mg</i>	2	
<i>dichlorphenamide tabs 50 mg</i>	5	NDS
DUVYZAT SUSP 8.86 MG/ML	5	NDS
<i>easygel gel 0.4 %</i>	2	
ELMIRON CAPS 100 MG	5	
ENDARI PACK 5 GM	5	NDS
ENJAYMO SOLN 1100 MG/22ML	5	NDS
EVRYSDI SOLR 0.75 MG/ML	5	NDS
EXONDYS 51 SOLN 100 MG/2ML	5	NDS
EXONDYS 51 SOLN 500 MG/10ML	5	NDS
FABHALTA CAPS 200 MG	5	NDS
FIRDAPSE TABS 10 MG	5	NDS
<i>fluoritab soln 0.275 (0.125 f) mg/drop</i>	2	MO
GALAFOLD CAPS 123 MG	5	NDS
GIVLAARI SOLN 189 MG/ML	5	NDS
GRASTEK SUBL 2800 BAU	3	MO
HAEGARDA SOLR 2000 UNIT	5	NDS
HAEGARDA SOLR 3000 UNIT	5	NDS
ISTURISA TABS 1 MG	5	NDS
ISTURISA TABS 10 MG	5	NDS
ISTURISA TABS 5 MG	5	NDS
JOENJA TABS 70 MG	5	NDS
KESIMPTA SOAJ 20 MG/0.4ML	5	NDS
<i>l-glutamine pack 5 gm</i>	5	NDS
LACTATED RINGERS SOLN	2	
<i>levocarnitine soln 1 gm/10ml</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.





약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>levocarnitine tabs 330 mg</i>	2	MO
<i>lidocaine hcl (pf) soln 0.5 %</i>	2	
<i>lidocaine hcl (pf) soln 1 %</i>	2	
<i>lidocaine hcl (pf) soln 1.5 %</i>	2	
<i>lidocaine hcl (pf) soln 2 %</i>	2	
<i>lidocaine hcl (pf) soln 4 %</i>	2	
<i>lidocaine hcl soln 0.5 %</i>	2	
<i>lidocaine hcl soln 1 %</i>	2	
<i>lidocaine hcl soln 2 %</i>	2	
<i>lidocaine-epinephrine soln 0.5 %-1:200000</i>	2	
<i>lidocaine-epinephrine soln 1 %-1:100000</i>	2	
<i>lidocaine-epinephrine soln 1.5 %-1:200000</i>	2	
<i>lidocaine-epinephrine soln 2 %-1:100000</i>	2	
<i>lidocaine-epinephrine soln 2 %-1:200000</i>	2	
<i>mesna soln 100 mg/ml</i>	2	
MESNEX TABS 400 MG	5	NDS
<i>nafrinse chew 2.2 (1 f) mg</i>	2	MO
NAFRINSE DROPS SOLN 0.275 (0.125 F) MG/DROP	2	MO
NULIBRY SOLR 9.5 MG	5	NDS
ODACTRA SUBL 12 SQ-HDM	4	
ONPATTRO SOLN 10 MG/5ML	5	NDS
ORLADEYO CAPS 150 MG	5	NDS
<i>ormalvi tabs 50 mg</i>	5	NDS
OXLUMO SOLN 94.5 MG/0.5ML	5	
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) CSPK 2 x 1 MG & 10 MG	5	NDS
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) CSPK 20 MG & 100 MG	5	NDS
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) CSPK 3 x 20 MG & 100 MG	5	NDS
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) CSPK 20 MG	5	NDS
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) CSPK 2 x 100 MG	5	NDS
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) CSPK 2 x 20 MG & 2 X 100 MG	5	NDS
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) CSPK 3 x 1 MG	5	NDS
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) PACK 300 MG	5	NDS
PALFORZIA (300 MG TITRATION) PACK 300 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) CSPK 2 x 20 MG	5	NDS
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) CSPK 6 x 1 MG	5	NDS
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) CSPK 4 x 20 MG	5	NDS
PALFORZIA INITIAL ESCALATION CSPK 0.5 & 1 & 1.5 & 3 & 6 MG	5	NDS
PHYSIOLYTE SOLN	2	
PHYSIOSOL IRRIGATION SOLN	2	
PIASKY SOLN 340 MG/2ML	5	NDS
POLOCAINE SOLN 1 %	2	
POLOCAINE SOLN 2 %	2	
POLOCAINE-MPF SOLN 1 %	2	
POLOCAINE-MPF SOLN 1.5 %	2	
POLOCAINE-MPF SOLN 2 %	2	
PROCYSBI CPDR 25 MG	5	NDS
PROCYSBI CPDR 75 MG	5	NDS
PYRUKYND TABS 20 MG	5	NDS
PYRUKYND TABS 5 MG	5	NDS
PYRUKYND TABS 50 MG	5	NDS
PYRUKYND TAPER PACK TBPK 5 MG	5	NDS
PYRUKYND TAPER PACK TBPK 7 x 20 MG & 7 X 5 MG	5	NDS
PYRUKYND TAPER PACK TBPK 7 x 50 MG & 7 X 20 MG	5	NDS
REZUROCK TABS 200 MG	5	NDS
RIDAURA CAPS 3 MG	5	MO
RIMSO-50 SOLN 50 %	3	
RINGERS IRRIGATION SOLN	2	
RIVFLOZA SOLN 80 MG/0.5ML	5	NDS
RIVFLOZA SOSY 128 MG/0.8ML	5	NDS
RIVFLOZA SOSY 160 MG/ML	5	NDS
<i>ropivacaine hcl soln 10 mg/ml</i>	2	
<i>ropivacaine hcl soln 2 mg/ml</i>	2	
<i>ropivacaine hcl soln 5 mg/ml</i>	2	
<i>ropivacaine hcl soln 7.5 mg/ml</i>	2	
RYSTIGGO SOLN 280 MG/2ML	5	
RYSTIGGO SOLN 420 MG/3ML	5	
RYSTIGGO SOLN 560 MG/4ML	5	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
RYSTIGGO SOLN 840 MG/6ML	5	
<i>sapropterin dihydrochloride pack 100 mg</i>	5	NDS
<i>sapropterin dihydrochloride pack 500 mg</i>	5	NDS
<i>sapropterin dihydrochloride tabs 100 mg</i>	5	NDS
SENSORCAINE SOLN 0.5 %	2	
<i>sensorcaine-mpf soln 0.25 %</i>	2	
<i>sensorcaine-mpf soln 0.5 %</i>	2	
<i>sensorcaine-mpf soln 0.75 %</i>	2	
<i>sensorcaine-mpf/epinephrine soln 0.25% -1:200000</i>	2	
SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE SOLN 0.5% -1:200000	2	
<i>sensorcaine/epinephrine soln 0.25% -1:200000</i>	2	
<i>sensorcaine/epinephrine soln 0.5% -1:200000</i>	2	
SKYCLARYS CAPS 50 MG	5	NDS
SODIUM CHLORIDE SOLN 0.9 %	2	MO
<i>sodium fluoride chew 0.55 (0.25 f) mg</i>	2	MO
<i>sodium fluoride chew 1.1 (0.5 f) mg</i>	2	MO
<i>sodium fluoride chew 2.2 (1 f) mg</i>	2	MO
SODIUM FLUORIDE SOLN 1.1 (0.5 F) MG/ML	2	MO
SOHONOS CAPS 1 MG	5	NDS
SOHONOS CAPS 1.5 MG	5	NDS
SOHONOS CAPS 10 MG	5	NDS
SOHONOS CAPS 2.5 MG	5	NDS
SOHONOS CAPS 5 MG	5	NDS
STERILE WATER FOR IRRIGATION SOLN	2	
TAKHZYRO SOLN 300 MG/2ML	5	NDS
TAKHZYRO SOSY 150 MG/ML	5	NDS
TAKHZYRO SOSY 300 MG/2ML	5	NDS
TAVNEOS CAPS 10 MG	5	NDS
THIOLA TABS 100 MG	5	NDS
THYROGEN SOLR 0.9 MG	5	NDS
<i>tiopronin tabs 100 mg</i>	5	NDS
<i>tiopronin tbec 100 mg</i>	5	NDS
<i>tiopronin tbec 300 mg</i>	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
TIS-U-SOL SOLN	2	
ULTOMIRIS SOLN 1100 MG/11ML	5	
ULTOMIRIS SOLN 300 MG/3ML	5	
VEOPOZ SOLN 400 MG/2ML	5	NDS
VIJOICE PACK 50 MG	5	NDS
VIJOICE TBPK 125 MG	5	NDS
VIJOICE TBPK 50 MG	5	NDS
VILTEPSO SOLN 250 MG/5ML	5	NDS
VOWST CAPS	5	NDS
VOYDEYA TABS 100 MG	5	NDS
VOYDEYA TBPK 50 & 100 MG	5	NDS
VUMERITY CPDR 231 MG	5	NDS
VYJUVEK GEL 5000000000 PFU/2.5ML	5	NDS
VYONDYS 53 SOLN 100 MG/2ML	5	NDS
VYVGART HYTRULO SOLN 180-2000 MG-UNIT/ML	5	NDS
VYVGART SOLN 400 MG/20ML	5	NDS
WAINUA SOAJ 45 MG/0.8ML	5	NDS
WATER FOR IRRIGATION, STERILE SOLN	2	
XEOMIN SOLR 200 UNIT	5	PA, NDS
ZILBRYSQ SOSY 16.6 MG/0.416ML	5	NDS
ZILBRYSQ SOSY 23 MG/0.574ML	5	NDS
ZILBRYSQ SOSY 32.4 MG/0.81ML	5	NDS
ZOKINVY CAPS 50 MG	5	NDS
ZOKINVY CAPS 75 MG	5	NDS
<b>RESPIRATORY TRACT AGENTS</b>		
<b>ANTI-INFLAMMATORY AGENTS</b>		
CINQAIR SOLN 100 MG/10ML	5	NDS
<i>cromolyn sodium conc 100 mg/5ml</i>	2	MO
<i>cromolyn sodium nebu 20 mg/2ml</i>	3	PA, MO
DUPIXENT SOPN 200 MG/1.14ML	5	PA, NDS
DUPIXENT SOPN 300 MG/2ML	5	PA, NDS
DUPIXENT SOSY 100 MG/0.67ML	5	PA, NDS
DUPIXENT SOSY 200 MG/1.14ML	5	PA, NDS
DUPIXENT SOSY 300 MG/2ML	5	PA, NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
FASENRA PEN SOAJ 30 MG/ML	5	NDS
FASENRA SOSY 30 MG/ML	5	PA
<i>montelukast sodium chew 4 mg</i>	1	MO
<i>montelukast sodium chew 5 mg</i>	1	MO
<i>montelukast sodium pack 4 mg</i>	2	MO
<i>montelukast sodium tabs 10 mg</i>	1	MO
NUCALA SOAJ 100 MG/ML	5	PA, NDS
NUCALA SOSY 100 MG/ML	5	PA, NDS
NUCALA SOSY 40 MG/0.4ML	5	PA, NDS
<i>zileuton er tb12 600 mg</i>	5	NDS
<b>CYSTIC FIBROSIS</b>		
CAYSTON SOLR 75 MG	5	LD, NDS
KALYDECO PACK 13.4 MG	5	PA, NDS
KALYDECO PACK 25 MG	5	PA, NDS
KALYDECO PACK 5.8 MG	5	PA, NDS
KALYDECO PACK 50 MG	5	PA, NDS
KALYDECO PACK 75 MG	5	PA, NDS
KALYDECO TABS 150 MG	5	PA, NDS
KITABIS PAK NEBU 300 MG/5ML	5	PA
ORKAMBI PACK 100-125 MG	5	NDS
ORKAMBI PACK 150-188 MG	5	NDS
ORKAMBI PACK 75-94 MG	5	NDS
ORKAMBI TABS 100-125 MG	5	NDS
ORKAMBI TABS 200-125 MG	5	NDS
SYMDEKO TBPK 100-150 & 150 MG	5	NDS
SYMDEKO TBPK 50-75 & 75 MG	5	NDS
TOBI PODHALER CAPS 28 MG	5	
TOBRAMYCIN NEBU 300 MG/4ML	5	PA
<i>tobramycin nebu 300 mg/5ml</i>	5	PA
TRIKAFTA TBPK 100-50-75 & 150 MG	5	LD, NDS
TRIKAFTA TBPK 50-25-37.5 & 75 MG	5	LD, NDS
TRIKAFTA THPK 100-50-75 & 75 MG	5	LD, NDS
TRIKAFTA THPK 80-40-60 & 59.5 MG	5	LD, NDS
<b>PULMONARY FIBROSIS</b>		

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
OFEV CAPS 100 MG	5	NDS
OFEV CAPS 150 MG	5	NDS
<i>pirfenidone caps 267 mg</i>	5	PA, NDS
<i>pirfenidone tabs 267 mg</i>	2	PA, MO
PIRFENIDONE TABS 534 MG	5	PA, NDS
<i>pirfenidone tabs 801 mg</i>	2	PA, MO
<b>RESPIRATORY AGENTS, MISCELLANEOUS</b>		
ADVAIR HFA AERO 115-21 MCG/ACT	4	MO
ADVAIR HFA AERO 230-21 MCG/ACT	3	MO
ADVAIR HFA AERO 45-21 MCG/ACT	4	MO
ALVESCO AERS 160 MCG/ACT	3	MO
ALVESCO AERS 80 MCG/ACT	3	MO
ARALAST NP SOLR 1000 MG	3	HI
ASMANEX HFA AERO 100 MCG/ACT	4	MO
ASMANEX HFA AERO 200 MCG/ACT	4	MO
<i>breyna aero 160-4.5 mcg/act</i>	2	
<i>breyna aero 80-4.5 mcg/act</i>	2	
BREZTRI AEROSPHERE AERO 160-9-4.8 MCG/ACT	4	MO
BRONCHITOL CAPS 40 MG	5	NDS
<i>budesonide susp 0.25 mg/2ml</i>	2	PA, MO
<i>budesonide susp 0.5 mg/2ml</i>	2	PA, MO
<i>budesonide susp 1 mg/2ml</i>	4	PA, MO
FLUTICASONE PROPIONATE HFA AERO 44 MCG/ACT	3	MO
guaifenesin-codeine soln 100-10 mg/5ml	2	RX
OHTUVAYRE SUSP 3 MG/2.5ML	5	PA, NDS
<i>roflumilast tabs 250 mcg</i>	4	MO
<i>roflumilast tabs 500 mcg</i>	4	MO
TEZSPIRE SOAJ 210 MG/1.91ML	5	NDS
TEZSPIRE SOSY 210 MG/1.91ML	5	NDS
WINREVAIR KIT 2 x 45 MG	5	NDS
WINREVAIR KIT 2 x 60 MG	5	NDS
WINREVAIR KIT 45 MG	5	NDS
WINREVAIR KIT 60 MG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>wixela inhub aepb 100-50 mcg/act</i>	2	
<i>wixela inhub aepb 250-50 mcg/act</i>	2	
<i>wixela inhub aepb 500-50 mcg/act</i>	2	
XOLAIR SOAJ 150 MG/ML	5	PA, NDS
XOLAIR SOAJ 300 MG/2ML	5	PA, NDS
XOLAIR SOAJ 75 MG/0.5ML	5	PA, NDS
XOLAIR SOLR 150 MG	5	PA, NDS
XOLAIR SOSY 150 MG/ML	5	PA, NDS
XOLAIR SOSY 300 MG/2ML	5	PA, NDS
XOLAIR SOSY 75 MG/0.5ML	5	PA, NDS
ZEMAIRA SOLR 4000 MG	5	NDS
ZEMAIRA SOLR 5000 MG	5	NDS
<b>VASODILATING AGENTS</b>		
ADEMPAS TABS 0.5 MG	5	PA, NDS
ADEMPAS TABS 1 MG	5	PA, NDS
ADEMPAS TABS 1.5 MG	5	PA, NDS
ADEMPAS TABS 2 MG	5	PA, NDS
ADEMPAS TABS 2.5 MG	5	PA, NDS
<i>ambrisentan tabs 10 mg</i>	2	
<i>ambrisentan tabs 5 mg</i>	2	
<i>bosentan tabs 125 mg</i>	2	
<i>bosentan tabs 62.5 mg</i>	2	
<i>epoprostenol sodium solr 0.5 mg</i>	2	
<i>epoprostenol sodium solr 1.5 mg</i>	2	
OPSYNVI TABS 10-20 MG	5	PA, NDS
OPSYNVI TABS 10-40 MG	5	PA, NDS
ORENITRAM TBCR 0.25 MG	5	LD, NDS
ORENITRAM TBCR 1 MG	5	LD, NDS
ORENITRAM TBCR 2.5 MG	5	LD, NDS
ORENITRAM TBCR 5 MG	5	LD, NDS
TRACLEER TBSO 32 MG	5	NDS
<i>treprostinil soln 100 mg/20ml</i>	5	PA, LD, NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>treprostinil soln 20 mg/20ml</i>	5	PA, LD, NDS
<i>treprostinil soln 200 mg/20ml</i>	5	PA, LD, NDS
<i>treprostinil soln 50 mg/20ml</i>	5	PA, LD, NDS
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT POWD 16 MCG	5	LD, NDS
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT POWD 32 MCG	5	LD, NDS
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT POWD 48 MCG	5	LD, NDS
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT POWD 64 MCG	5	LD, NDS
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT POWD 16 MCG	5	LD, NDS
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT POWD 32 MCG	5	LD, NDS
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT POWD 48 MCG	5	LD, NDS
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT POWD 64 MCG	5	LD, NDS
TYVASO DPI TITRATION KIT POWD 112 x 16MCG & 84 X 32MCG	5	LD, NDS
TYVASO DPI TITRATION KIT POWD 16 & 32 & 48 MCG	5	LD, NDS
TYVASO REFILL KIT SOLN 0.6 MG/ML	5	PA, LD
TYVASO STARTER KIT SOLN 0.6 MG/ML	5	PA, LD
UPTRAVI SOLR 1800 MCG	5	NDS
UPTRAVI TABS 1000 MCG	5	NDS
UPTRAVI TABS 1200 MCG	5	NDS
UPTRAVI TABS 1400 MCG	5	NDS
UPTRAVI TABS 1600 MCG	5	NDS
UPTRAVI TABS 200 MCG	5	NDS
UPTRAVI TABS 400 MCG	5	NDS
UPTRAVI TABS 600 MCG	5	NDS
UPTRAVI TABS 800 MCG	5	NDS
UPTRAVI TITRATION TBPK 200 & 800 MCG	5	NDS
<b>SERUMS, TOXOIDS, AND VACCINES</b>		
<b>SERUMS</b>		
ALYGLO SOLN 10 GM/100ML	5	HI
ALYGLO SOLN 20 GM/200ML	5	HI
ALYGLO SOLN 5 GM/50ML	5	HI
ASCENIV SOLN 5 GM/50ML	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.





약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
CUTAQUIG SOLN 1 GM/6ML	5	PA, NDS
CUTAQUIG SOLN 1.65 GM/10ML	5	PA, NDS
CUTAQUIG SOLN 2 GM/12ML	5	PA, NDS
CUTAQUIG SOLN 3.3 GM/20ML	5	PA, NDS
CUTAQUIG SOLN 4 GM/24ML	5	PA, NDS
CUTAQUIG SOLN 8 GM/48ML	5	PA, NDS
CYTOGAM INJ 50 MG/ML	3	
GAMASTAN INJ	3	
GAMMAGARD S/D LESS IGA SOLR 10 GM	5	HI
GAMMAGARD S/D LESS IGA SOLR 5 GM	5	HI
GAMMAGARD SOLN 2.5 GM/25ML	5	HI
GAMMAKED SOLN 1 GM/10ML	5	HI
GAMMAPLEX SOLN 10 GM/200ML	3	HI
GAMUNEX-C SOLN 1 GM/10ML	5	HI
HYQVIA KIT 10 GM/100ML	5	PA, NDS
HYQVIA KIT 2.5 GM/25ML	5	PA, NDS
HYQVIA KIT 20 GM/200ML	5	PA, NDS
HYQVIA KIT 30 GM/300ML	5	PA, NDS
HYQVIA KIT 5 GM/50ML	5	PA, NDS
NABI-HB SOLN 312 UNIT/ML	3	
OCTAGAM SOLN 1 GM/20ML	3	HI
<b>TOXOIDS</b>		
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT SUSP 25-5 LFU/0.5ML	6	
KINRIX SUSY 0.5 ML	6	
QUADRACEL SUSP	6	
QUADRACEL SUSY 0.5 ML	6	
TDVAX SUSP 2-2 LF/0.5ML	6	
TENIVAC INJ 5-2 LFU	6	
<b>VACCINES</b>		
ABRYSVO SOLR 120 MCG/0.5ML	6	
ACTHIB SOLR	6	
ADACEL SUSP 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	6	
AREXVY SUSR 120 MCG/0.5ML	6	
BEXSERO SUSY	6	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
BOOSTRIX SUSP 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	6	
BOOSTRIX SUSY 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	6	
DAPTACEL SUSP 23-15-5	6	
ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML	6	PA
ENGERIX-B SUSY 10 MCG/0.5ML	6	PA
ENGERIX-B SUSY 20 MCG/ML	6	PA
GARDASIL 9 SUSP	6	
GARDASIL 9 SUSY	6	
HAVRIX SUSP 1440 EL U/ML	6	
HAVRIX SUSP 720 EL U/0.5ML	6	
HEPLISAV-B SOSY 20 MCG/0.5ML	6	PA
HIBERIX SOLR 10 MCG	6	
IMOVAX RABIES SUSR 2.5 UNIT/ML	6	
INFANRIX SUSP 25-58-10	6	
IPOL INJ	6	
IXCHIQ SOLR	6	
IXIARO SUSP	6	
JYNNEOS SUSP 0.5 ML	6	
M-M-R II SOLR	6	
MENACTRA SOLN	6	
MENQUADFI SOLN	6	
MENVEO SOLR	6	
MRESVIA SUSY 50 MCG/0.5ML	6	
PEDIARIX SUSY	6	
PEDVAX HIB SUSP 7.5 MCG/0.5ML	6	
PENBRAYA SUSR	6	
PENTACEL SUSR	6	
PREHEVBRIO SUSP 10 MCG/ML	6	PA
PRIORIX SUSR	6	
PROQUAD SUSR	6	
RABAVERT SUSR	6	
RECOMBIVAX HB SUSP 10 MCG/ML	6	PA
RECOMBIVAX HB SUSP 40 MCG/ML	6	PA
RECOMBIVAX HB SUSP 5 MCG/0.5ML	6	PA

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
RECOMBIVAX HB SUSY 10 MCG/ML	6	PA
RECOMBIVAX HB SUSY 5 MCG/0.5ML	6	PA
ROTARIX SUSP	4	
ROTARIX SUSR	4	
ROTATEQ SOLN	4	
SHINGRIX SUSR 50 MCG/0.5ML	6	
TICOVAC SUSY 1.2 MCG/0.25ML	6	
TICOVAC SUSY 2.4 MCG/0.5ML	6	
TRUMENBA SUSY	6	
TWINRIX SUSY 720-20 ELU-MCG/ML	6	
TYPHIM VI SOLN 25 MCG/0.5ML	6	
TYPHIM VI SOSY 25 MCG/0.5ML	6	
VAQTA SUSP 25 UNIT/0.5ML	6	
VAQTA SUSP 50 UNIT/ML	6	
VARIVAX INJ 1350 PFU/0.5ML	6	
VAXCHORA SUSR	3	
YF-VAX INJ	6	
<b>SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS</b>		
<b>ANTI-INFECTIVES (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)</b>		
BENZOYL PEROXIDE GEL 6.5 %	5	NDS
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3 %</i>	2	MO
<i>ciclopirox gel 0.77 %</i>	2	
<i>ciclopirox olamine crea 0.77 %</i>	2	
<i>ciclopirox soln 8 %</i>	2	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox gel 1.2-5 %</i>	2	MO
CLINDAMYCIN PHOSPHATE CREA 2 %	2	
<i>clindamycin phosphate gel 1 %</i>	2	MO
CLINDAMYCIN PHOSPHATE LOTN 1 %	2	MO
<i>clindamycin phosphate soln 1 %</i>	2	MO
<i>clindamycin phosphate swab 1 %</i>	2	MO
<i>clotrimazole crea 1 %</i>	4	
<i>clotrimazole troc 10 mg</i>	2	
<i>clotrimazole-betamethasone crea 1-0.05 %</i>	2	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
CROTAN LOTN 10 %	2	
<i>erythromycin gel 2 %</i>	2	MO
<i>erythromycin soln 2 %</i>	2	MO
<i>gentamicin sulfate crea 0.1 %</i>	2	
<i>gentamicin sulfate oint 0.1 %</i>	2	
<i>ketoconazole crea 2 %</i>	2	
<i>ketoconazole sham 2 %</i>	2	
<i>malathion lotn 0.5 %</i>	2	
<i>metronidazole crea 0.75 %</i>	2	
<i>metronidazole gel 0.75 %</i>	2	
METRONIDAZOLE LOTN 0.75 %	2	
<i>mupirocin calcium crea 2 %</i>	2	
<i>mupirocin oint 2 %</i>	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN B GU SOLN 40-200000	2	
<i>nystatin crea 100000 unit/gm</i>	2	
<i>nystatin oint 100000 unit/gm</i>	2	
<i>nystatin powd 100000 unit/gm</i>	2	
<i>nystop powd 100000 unit/gm</i>	2	
<i>permethrin crea 5 %</i>	2	
<i>selenium sulfide lotn 2.5 %</i>	2	
<i>selenium sulfide sham 2.25 %</i>	2	
SILVER SULFADIAZINE CREA 1 %	2	
SSD CREA 1 %	2	
<i>sulfacetamide sodium (acne) lotn 10 %</i>	2	MO
SULFAMYLON CREA 85 MG/GM	3	
<i>terconazole crea 0.4 %</i>	2	
<i>terconazole supp 80 mg</i>	2	
VANDAZOLE GEL 0.75 %	2	
<b>ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)</b>		
<i>alclometasone dipropionate crea 0.05 %</i>	2	MO
<i>alclometasone dipropionate oint 0.05 %</i>	2	MO
BENZOYL PEROXIDE FORTE- HC LOTN 7.5-1 %	5	NDS
<i>betamethasone dipropionate aug crea 0.05 %</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUG GEL 0.05 %	2	MO
<i>betamethasone dipropionate aug lotn 0.05 %</i>	2	MO
<i>betamethasone dipropionate aug oint 0.05 %</i>	2	MO
<i>betamethasone dipropionate crea 0.05 %</i>	2	MO
<i>betamethasone dipropionate lotn 0.05 %</i>	2	MO
<i>betamethasone dipropionate oint 0.05 %</i>	2	MO
BETAMETHASONE VALERATE CREA 0.1 %	2	MO
<i>betamethasone valerate foam 0.12 %</i>	2	MO
BETAMETHASONE VALERATE LOTN 0.1 %	2	MO
BETAMETHASONE VALERATE OINT 0.1 %	2	MO
<i>calcipotriene-betameth diprop susp 0.005-0.064 %</i>	4	
<i>clobetasol propionate crea 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol propionate e crea 0.05 %</i>	2	MO
<i>clobetasol propionate foam 0.05 %</i>	2	MO
<i>clobetasol propionate gel 0.05 %</i>	2	MO
<i>clobetasol propionate liqd 0.05 %</i>	2	MO
<i>clobetasol propionate lotn 0.05 %</i>	2	MO
<i>clobetasol propionate oint 0.05 %</i>	2	MO
<i>clobetasol propionate sham 0.05 %</i>	2	MO
<i>clobetasol propionate soln 0.05 %</i>	2	MO
CORDRAN TAPE 4 MCG/SQCM	3	MO
<i>desonide crea 0.05 %</i>	2	MO
<i>desonide lotn 0.05 %</i>	2	MO
<i>desonide oint 0.05 %</i>	2	MO
<i>desoximetasone crea 0.25 %</i>	2	MO
<i>desoximetasone oint 0.25 %</i>	2	MO
<i>diclofenac sodium gel 1 %</i>	4	MO
<i>diclofenac sodium gel 3 %</i>	4	MO
<i>diclofenac sodium soln 1.5 %</i>	4	
<i>diflorasone diacetate oint 0.05 %</i>	4	MO
ENSTILAR FOAM 0.005-0.064 %	5	NDS
<i>fluocinolone acetonide body oil 0.01 %</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide crea 0.01 %</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>fluocinolone acetonide crea 0.025 %</i>	2	MO
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025 %</i>	2	MO
<i>fluocinolone acetonide scalp oil 0.01 %</i>	2	MO
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01 %</i>	2	MO
<i>fluocinonide crea 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide emulsified base crea 0.05 %</i>	2	MO
FLUOCINONIDE GEL 0.05 %	2	MO
<i>fluocinonide oint 0.05 %</i>	2	MO
<i>fluocinonide soln 0.05 %</i>	2	MO
<i>fluticasone propionate crea 0.05 %</i>	2	MO
<i>fluticasone propionate oint 0.005 %</i>	2	MO
<i>halobetasol propionate crea 0.05 %</i>	2	MO
<i>halobetasol propionate foam 0.05 %</i>	4	
<i>halobetasol propionate oint 0.05 %</i>	2	MO
<i>hydrocortisone (perianal) crea 2.5 %</i>	2	MO
HYDROCORTISONE BUTYR LIPO BASE CREA 0.1 %	2	
<i>hydrocortisone butyr lipo base crea 0.1 %</i>	2	
HYDROCORTISONE BUTYRATE CREA 0.1 %	2	MO
HYDROCORTISONE BUTYRATE OINT 0.1 %	2	MO
HYDROCORTISONE BUTYRATE SOLN 0.1 %	2	MO
<i>hydrocortisone crea 2.5 %</i>	2	MO
HYDROCORTISONE ENEM 100 MG/60ML	2	MO
HYDROCORTISONE LOTN 2.5 %	2	MO
<i>hydrocortisone oint 2.5 %</i>	2	MO
<i>hydrocortisone valerate crea 0.2 %</i>	2	MO
<i>hydrocortisone valerate oint 0.2 %</i>	2	MO
<i>mometasone furoate crea 0.1 %</i>	2	MO
<i>mometasone furoate oint 0.1 %</i>	2	MO
<i>mometasone furoate soln 0.1 %</i>	2	MO
NEMLUVIO AUIJ 30 MG	5	NDS
<i>nystatin-triamcinolone crea 100000-0.1 unit/gm-%</i>	2	MO
<i>nystatin-triamcinolone oint 100000-0.1 unit/gm-%</i>	2	MO
<i>proctozone-hc crea 2.5 %</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
RADIAURA CREA 3-0.5 %	5	NDS
<i>triamcinolone acetonide aers 0.147 mg/gm</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide crea 0.025 %</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide crea 0.1 %</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide crea 0.5 %</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide lotn 0.025 %</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide lotn 0.1 %</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide oint 0.025 %</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide oint 0.1 %</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide oint 0.5 %</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide pste 0.1 %</i>	2	MO
WYNZORA CREA 0.005-0.064 %	5	NDS
<b>ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS</b>		
<i>glydo prsy 2 %</i>	2	MO
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE CREA 1-1 %	2	MO
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE SUPP 25-18 MG	5	NDS
<i>lidocaine hcl soln 4 %</i>	2	
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal prsy 2 %</i>	2	MO
<i>lidocaine oint 5 %</i>	2	MO
<i>lidocaine ptch 5 %</i>	2	PA, MO
<i>lidocaine-prilocaine crea 2.5-2.5 %</i>	2	MO
<i>lidocan ptch 5 %</i>	2	PA, MO
PROCTOFOAM HC FOAM 1-1 %	2	
<b>CELL STIMULANTS AND PROLIFERANTS</b>		
AVITA CREA 0.025 %	2	PA, MO
<i>bexarotene gel 1 %</i>	5	PA, NDS
KEPIVANCE SOLR 5.16 MG	5	NDS
KEPIVANCE SOLR 6.25 MG	5	NDS
PANRETIN GEL 0.1 %	5	NDS
RETIN-A CREA 0.025 %	2	PA, MO
RETIN-A CREA 0.05 %	2	PA, MO
RETIN-A CREA 0.1 %	2	PA, MO
RETIN-A GEL 0.01 %	2	PA, MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
RETIN-A GEL 0.025 %	2	PA, MO
<i>tretinoin crea 0.025 %</i>	2	PA, MO
<i>tretinoin crea 0.05 %</i>	2	PA, MO
<i>tretinoin crea 0.1 %</i>	2	PA, MO
<i>tretinoin gel 0.01 %</i>	2	PA, MO
<i>tretinoin gel 0.025 %</i>	2	PA, MO
<b>SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS</b>		
<i>acitretin caps 10 mg</i>	2	
<i>acitretin caps 17.5 mg</i>	2	
<i>acitretin caps 25 mg</i>	2	
<i>adapalene gel 0.1 %</i>	2	MO
<i>adapalene gel 0.3 %</i>	2	MO
ADAPALENE SOLN 0.1 %	5	NDS
<i>adapalene-benzoyl peroxide gel 0.1-2.5 %</i>	2	MO
ADAPALENE-BENZOYL PEROXIDE PADS 0.1-2.5 %	5	NDS
ADBRY SOAJ 300 MG/2ML	5	NDS
ADBRY SOSY 150 MG/ML	5	NDS
<i>ammonium lactate crea 12 %</i>	2	MO
<i>azelaic acid gel 15 %</i>	2	MO
BIMZELX SOAJ 160 MG/ML	5	
BIMZELX SOSY 160 MG/ML	5	
CALCIPOTRIENE CREA 0.005 %	2	MO
<i>calcipotriene oint 0.005 %</i>	2	MO
CALCIPOTRIENE SOLN 0.005 %	2	MO
CARAC CREA 0.5 %	5	
<i>claravis caps 10 mg</i>	2	NDS
<i>claravis caps 20 mg</i>	2	NDS
<i>claravis caps 30 mg</i>	2	NDS
<i>claravis caps 40 mg</i>	2	NDS
COSENTYX (300 MG DOSE) SOSY 150 MG/ML	5	
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SOAJ 150 MG/ML	5	
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ 150 MG/ML	5	
COSENTYX SOLN 125 MG/5ML	5	

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.





약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
COSENTYX SOSY 150 MG/ML	5	
COSENTYX SOSY 75 MG/0.5ML	5	
COSENTYX UNOREADY SOAJ 300 MG/2ML	5	
DICLONA GEL 1-4.5 %	5	NDS
FILSUVEZ GEL 10 %	5	NDS
FLUOROURACIL CREA 0.5 %	5	
<i>fluorouracil crea 5 %</i>	2	MO
FLUOROURACIL SOLN 2 %	2	MO
<i>fluorouracil soln 5 %</i>	2	MO
<i>imiquimod crea 5 %</i>	2	MO
<i>isotretinoin caps 20 mg</i>	2	NDS
<i>isotretinoin caps 30 mg</i>	2	NDS
<i>isotretinoin caps 40 mg</i>	2	NDS
KLISYRI OINT 1 %	5	NDS
KORSUVA SOLN 65 MCG/1.3ML	5	NDS
LITFULO CAPS 50 MG	5	NDS
METHOXSALEN RAPID CAPS 10 MG	5	MO
<i>nitroglycerin oint 0.4 %</i>	4	MO
OPZELURA CREA 1.5 %	5	NDS
PIMECROLIMUS CREA 1 %	2	MO
PODOFILOX SOLN 0.5 %	2	MO
REGRANEX GEL 0.01 %	5	NDS
<i>salicylic acid sham 6 %</i>	2	
SANTYL OINT 250 UNIT/GM	3	MO
SILIQ SOSY 210 MG/1.5ML	5	NDS
SKYRIZI PEN SOAJ 150 MG/ML	5	
SKYRIZI SOSY 150 MG/ML	5	
SOTYKTU TABS 6 MG	5	NDS
SPEVIGO SOLN 450 MG/7.5ML	5	NDS
SPEVIGO SOSY 150 MG/ML	5	NDS
STELARA SOLN 130 MG/26ML	5	PA
STELARA SOLN 45 MG/0.5ML	5	PA
STELARA SOSY 45 MG/0.5ML	5	PA
STELARA SOSY 90 MG/ML	5	PA

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
<i>tacrolimus oint 0.03 %</i>	2	MO
<i>tacrolimus oint 0.1 %</i>	2	MO
TALTZ SOAJ 80 MG/ML	5	NDS
TALTZ SOSY 20 MG/0.25ML	5	NDS
TALTZ SOSY 40 MG/0.5ML	5	NDS
TALTZ SOSY 80 MG/ML	5	NDS
<i>tazarotene crea 0.1 %</i>	2	PA, MO
<i>tazarotene gel 0.05 %</i>	4	PA, MO
<i>tazarotene gel 0.1 %</i>	4	PA, MO
TAZORAC CREA 0.05 %	4	PA, MO
TREMFYA SOPN 100 MG/ML	5	
TREMFYA SOSY 100 MG/ML	5	
VALCHLOR GEL 0.016 %	5	NDS
VECTICAL OINT 3 MCG/GM	2	MO
VTAMA CREA 1 %	5	NDS
<b>SMOOTH MUSCLE RELAXANTS</b>		
<b>SMOOTH MUSCLE RELAXANTS</b>		
<i>aminophylline soln 25 mg/ml</i>	2	
<i>darifenacin hydrobromide er tb24 15 mg</i>	2	MO
<i>darifenacin hydrobromide er tb24 7.5 mg</i>	2	MO
<i>elixophyllin elix 80 mg/15ml</i>	2	
<i>flavoxate hcl tabs 100 mg</i>	2	MO
<i>mirabegron er tb24 25 mg</i>	4	MO
<i>mirabegron er tb24 50 mg</i>	4	MO
MYRBETRIQ TB24 25 MG	4	MO
MYRBETRIQ TB24 50 MG	4	MO
<i>oxybutynin chloride er tb24 10 mg</i>	2	MO
<i>oxybutynin chloride er tb24 15 mg</i>	2	MO
<i>oxybutynin chloride er tb24 5 mg</i>	2	MO
<i>oxybutynin chloride soln 5 mg/5ml</i>	2	MO
<i>oxybutynin chloride tabs 5 mg</i>	2	MO
<i>solifenacin succinate tabs 10 mg</i>	2	MO
<i>solifenacin succinate tabs 5 mg</i>	2	MO

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



약물 이름	약물 비용 (단계 등급)	필요한 조치, 한계 또는 사용 제한
THEO-24 CP24 300 MG	2	MO
<i>theophylline elix 80 mg/15ml</i>	2	
THEOPHYLLINE ER TB12 100 MG	2	MO
THEOPHYLLINE ER TB12 200 MG	2	MO
<i>theophylline er tb12 300 mg</i>	2	MO
<i>theophylline er tb12 450 mg</i>	2	MO
<i>theophylline er tb24 400 mg</i>	2	MO
<i>theophylline er tb24 600 mg</i>	2	MO
<i>theophylline soln 80 mg/15ml</i>	2	MO
<i>tolterodine tartrate tabs 1 mg</i>	2	MO
<i>tolterodine tartrate tabs 2 mg</i>	2	
<i>tropium chloride tabs 20 mg</i>	2	MO
<b>VITAMINS</b>		
<b>VITAMINS</b>		
<i>calcitriol caps 0.25 mcg</i>	2	MO
<i>calcitriol caps 0.5 mcg</i>	2	MO
<i>calcitriol oral soln 1 mcg/ml</i>	2	MO
CALCITRIOL INJ SOLN 1 MCG/ML	2	
PARICALCITOL SOLN 2 MCG/ML	2	
PRENATAL TABS 27-1 MG	4	MO
RAYALDEE CPCR 30 MCG	5	NDS

이 표의 기호 및 약어의 의미에 대한 정보는 섹션 C1에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.



## D. 보장 약물 색인

이 섹션에서는 약물 이름을 알파벳 순으로 검색하여 찾을 수 있습니다. 그러면 귀하의 약물에 대한 추가 보장 정보를 찾을 수 있는 페이지 번호가 표시됩니다.

<b>A</b>	
<i>abacavir sulfate soln 20 mg/ml</i> .....	27
<i>abacavir sulfate tabs 300 mg</i> .....	27
<i>abacavir sulfate-lamivudine tabs 600-300 mg</i> .....	27
ABILIFY ASIMTUFII PRSY 720 MG/2.4ML .....	93
ABILIFY ASIMTUFII PRSY 960 MG/3.2ML .....	93
ABILIFY MAINTENA PRSY 300 MG .....	93
ABILIFY MAINTENA PRSY 400 MG .....	93
ABILIFY MAINTENA SRER 300 MG .....	93
ABILIFY MAINTENA SRER 400 MG .....	93
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT TBPK 10 MG .....	93
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPK 15 MG .....	93
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPK 2 MG .....	93
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPK 20 MG .....	93
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPK 30 MG .....	93
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPK 5 MG .....	93
<i>abiraterone acetate tabs 250 mg</i> .....	33
<i>abiraterone acetate tabs 500 mg</i> .....	33
ABRAXANE SUSR 100 MG.....	33
ABRILADA (1 PEN) AJKT 40 MG/0.8ML	130
ABRILADA (2 PEN) AJKT 40 MG/0.8ML	130
ABRILADA (2 SYRINGE) PSKT 20 MG/0.4ML .....	130
ABRILADA (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.8ML .....	130
ABRYSVO SOLR 120 MCG/0.5ML .....	145
<i>acamprosate calcium tbec 333 mg</i> .....	71
<i>acarbose tabs 100 mg</i> .....	122
<i>acarbose tabs 25 mg</i> .....	122
<i>acarbose tabs 50 mg</i> .....	122
<i>acebutolol hcl caps 200 mg</i> .....	63
<i>acebutolol hcl caps 400 mg</i> .....	63
ACETAMINOPHEN-CODEINE SOLN 120-12 MG/5ML .....	71
<i>acetaminophen-codeine tabs 300-15 mg</i> ..	71
<i>acetaminophen-codeine tabs 300-30 mg</i> ..	72
<i>acetaminophen-codeine tabs 300-60 mg</i> ..	72
<i>acetazolamide er cp12 500 mg</i> .....	113
<i>acetazolamide sodium solr 500 mg</i> .....	113
<i>acetazolamide tabs 125 mg</i> .....	113
<i>acetazolamide tabs 250 mg</i> .....	113
ACETIC ACID SOLN 0.25 % .....	135
<i>acetic acid soln 2 %</i> .....	113
<i>acetylcysteine soln 10 %</i> .....	129
<i>acetylcysteine soln 20 %</i> .....	129
ACETYLCYSTEINE SOLN 200 MG/ML .	129
<i>acitretin caps 10 mg</i> .....	152
<i>acitretin caps 17.5 mg</i> .....	152
<i>acitretin caps 25 mg</i> .....	152

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 1-800-805-2739 (TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



ACTEMRA ACTPEN SOAJ 162 MG/0.9ML .....	130	ADALIMUMAB-ADBM (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.8ML .....	130
ACTEMRA SOSY 162 MG/0.9ML.....	130	ADALIMUMAB-ADBM(CD/UC/HS STRT) AJKT 40 MG/0.4ML .....	130
ACTHAR GEL 80 UNIT/ML .....	126	ADALIMUMAB-ADBM(CD/UC/HS STRT) AJKT 40 MG/0.8ML .....	130
ACTHAR GEL AUIJ 40 UNIT/0.5ML .....	126	ADALIMUMAB-ADBM(PS/UV STARTER) AJKT 40 MG/0.4ML .....	130
ACTHAR GEL AUIJ 80 UNIT/ML.....	126	ADALIMUMAB-ADBM(PS/UV STARTER) AJKT 40 MG/0.8ML .....	130
ACTHIB SOLR.....	145	ADALIMUMAB-RYVK (2 PEN) AJKT 40 MG/0.4ML .....	130
ACTIMMUNE SOLN 100 MCG/0.5ML ....	135	ADALIMUMAB-RYVK (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.4ML .....	130
<i>acyclovir caps 200 mg</i> .....	27	<i>adapalene gel 0.1 %</i> .....	152
<i>acyclovir sodium soln 50 mg/ml</i> .....	27	<i>adapalene gel 0.3 %</i> .....	152
<i>acyclovir susp 200 mg/5ml</i> .....	27	ADAPALENE SOLN 0.1 % .....	152
<i>acyclovir tabs 400 mg</i> .....	27	<i>adapalene-benzoyl peroxide gel 0.1-2.5 %</i> .....	152
<i>acyclovir tabs 800 mg</i> .....	27	ADAPALENE-BENZOYL PEROXIDE PADS 0.1-2.5 % .....	152
ADACEL SUSP 5-2-15.5 LF-MCG/0.5....	145	ADBRY SOAJ 300 MG/2ML .....	152
ADAKVEO SOLN 100 MG/10ML .....	57	ADBRY SOSY 150 MG/ML .....	152
ADALIMUMAB-AATY (1 PEN) AJKT 40 MG/0.4ML .....	130	ADDERALL TABS 20 MG .....	75
ADALIMUMAB-AATY (1 PEN) AJKT 80 MG/0.8ML .....	130	ADDERALL TABS 5 MG .....	75
ADALIMUMAB-AATY (2 PEN) AJKT 40 MG/0.4ML .....	130	ADDERALL TABS 7.5 MG .....	75
ADALIMUMAB-AATY (2 SYRINGE) PSKT 20 MG/0.2ML .....	130	<i>adefovir dipivoxil tabs 10 mg</i> .....	27
ADALIMUMAB-AATY (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.4ML .....	130	ADEMPAS TABS 0.5 MG .....	143
ADALIMUMAB-ADAZ SOAJ 40 MG/0.4ML .....	130	ADEMPAS TABS 1 MG.....	143
ADALIMUMAB-ADAZ SOSY 40 MG/0.4ML .....	130	ADEMPAS TABS 1.5 MG.....	143
ADALIMUMAB-ADBM (2 PEN) AJKT 40 MG/0.4ML .....	130	ADEMPAS TABS 2 MG.....	143
ADALIMUMAB-ADBM (2 PEN) AJKT 40 MG/0.8ML .....	130	ADEMPAS TABS 2.5 MG.....	143
ADALIMUMAB-ADBM (2 SYRINGE) PSKT 10 MG/0.2ML .....	130	<i>adenosine soln 12 mg/4ml</i> .....	66
ADALIMUMAB-ADBM (2 SYRINGE) PSKT 20 MG/0.4ML .....	130	<i>adenosine soln 6 mg/2ml</i> .....	66
ADALIMUMAB-ADBM (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.4ML .....	130	<i>adriamycin solr 50 mg</i> .....	33
		ADSTILADRIN SUSP 300000000000 VP/ML .....	33
		ADVAIR HFA AERO 115-21 MCG/ACT .	142
		ADVAIR HFA AERO 230-21 MCG/ACT .	142

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



ADVAIR HFA AERO 45-21 MCG/ACT....	142	<i>allopurinol tabs 300 mg</i> .....	129
ADZYNMA KIT 1500 UNIT .....	109	<i>alosebron hcl tabs 0.5 mg</i> .....	114
ADZYNMA KIT 500 UNIT .....	110	<i>alosebron hcl tabs 1 mg</i> .....	114
AFINITOR DISPERZ TBSO 2 MG .....	33	<i>alprazolam tabs 0.25 mg</i> .....	87
AFINITOR DISPERZ TBSO 3 MG .....	33	<i>alprazolam tabs 0.5 mg</i> .....	87
AFINITOR DISPERZ TBSO 5 MG .....	33	<i>alprazolam tabs 1 mg</i> .....	87
AFINITOR TABS 10 MG .....	33	<i>alprazolam tabs 2 mg</i> .....	87
AGAMREE SUSP 40 MG/ML .....	118	ALUNBRIG TABS 180 MG .....	33
AJOVY SOAJ 225 MG/1.5ML .....	84	ALUNBRIG TABS 30 MG .....	33
AJOVY SOSY 225 MG/1.5ML .....	84	ALUNBRIG TABS 90 MG .....	33
AKEEGA TABS 100-500 MG .....	33	ALUNBRIG TBPK 90 & 180 MG .....	34
AKEEGA TABS 50-500 MG .....	33	ALVAIZ TABS 18 MG .....	59
<i>albendazole tabs 200 mg</i> .....	18	ALVAIZ TABS 36 MG .....	59
<i>albuterol sulfate hfa aers 108 (90 base)</i>		ALVAIZ TABS 54 MG .....	59
<i>mcg/act</i> .....	55	ALVAIZ TABS 9 MG .....	59
ALBUTEROL SULFATE HFA AERS 108 (90		ALVESCO AERS 160 MCG/ACT .....	142
Base) MCG/ACT .....	55	ALVESCO AERS 80 MCG/ACT .....	142
<i>albuterol sulfate nebu (2.5 mg/3ml) 0.083%</i>		ALYGLO SOLN 10 GM/100ML .....	144
.....	56	ALYGLO SOLN 20 GM/200ML .....	144
<i>albuterol sulfate nebu 0.63 mg/3ml</i> .....	56	ALYGLO SOLN 5 GM/50ML .....	144
<i>albuterol sulfate nebu 1.25 mg/3ml</i> .....	56	ALYMSYS SOLN 100 MG/4ML .....	34
<i>albuterol sulfate nebu 2.5 mg/0.5ml</i> .....	56	ALYMSYS SOLN 400 MG/16ML .....	34
<i>albuterol sulfate syrp 2 mg/5ml</i> .....	56	<i>amantadine hcl caps 100 mg</i> .....	85
<i>albuterol sulfate tabs 2 mg</i> .....	56	<i>amantadine hcl soln 50 mg/5ml</i> .....	85
<i>albuterol sulfate tabs 4 mg</i> .....	56	<i>amantadine hcl tabs 100 mg</i> .....	85
<i>alclometasone dipropionate crea 0.05 %</i>	148	AMBISOME SUSR 50 MG .....	25
<i>alclometasone dipropionate oint 0.05 %</i>	148	<i>ambrisentan tabs 10 mg</i> .....	143
ALCOHOL PREP PADS 70 % .....	104	<i>ambrisentan tabs 5 mg</i> .....	143
ALDURAZYME SOLN 2.9 MG/5ML .....	110	<i>amikacin sulfate soln 1 gm/4ml</i> .....	18
ALECENSA CAPS 150 MG .....	33	<i>amikacin sulfate soln 500 mg/2ml</i> .....	18
<i>alendronate sodium tabs 10 mg</i> .....	129	AMILORIDE HCL TABS 5 MG .....	106
<i>alendronate sodium tabs 35 mg</i> .....	129	AMILORIDE-HYDROCHLOROTHIAZIDE	
<i>alendronate sodium tabs 70 mg</i> .....	129	TABS 5-50 MG .....	106
<i>alfuzosin hcl er tb24 10 mg</i> .....	55	<i>aminocaproic acid soln 0.25 gm/ml</i> .....	57
ALIMTA SOLR 500 MG .....	33	<i>aminocaproic acid soln 250 mg/ml</i> .....	57
ALIQOPA SOLR 60 MG .....	33	<i>aminocaproic acid tabs 1000 mg</i> .....	57
ALISKIREN FUMARATE TABS 150 MG ..	69	<i>aminocaproic acid tabs 500 mg</i> .....	57
ALISKIREN FUMARATE TABS 300 MG ..	69	<i>aminophylline soln 25 mg/ml</i> .....	154
<i>allopurinol tabs 100 mg</i> .....	129	<i>amiodarone hcl soln 150 mg/3ml</i> .....	66

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>amiodarone hcl soln 450 mg/9ml</i> .....	66	<i>amoxapine tabs 50 mg</i> .....	93
AMIODARONE HCL SOLN 900 MG/18ML		<i>amoxicillin caps 250 mg</i> .....	18
.....	66	<i>amoxicillin caps 500 mg</i> .....	18
<i>amiodarone hcl tabs 100 mg</i> .....	66	AMOXICILLIN CHEW 125 MG .....	18
<i>amiodarone hcl tabs 200 mg</i> .....	67	AMOXICILLIN CHEW 250 MG .....	18
<i>amiodarone hcl tabs 400 mg</i> .....	67	<i>amoxicillin susr 125 mg/5ml</i> .....	18
<i>amitriptyline hcl tabs 10 mg</i> .....	93	<i>amoxicillin susr 200 mg/5ml</i> .....	18
<i>amitriptyline hcl tabs 100 mg</i> .....	93	<i>amoxicillin susr 250 mg/5ml</i> .....	18
<i>amitriptyline hcl tabs 150 mg</i> .....	93	<i>amoxicillin susr 400 mg/5ml</i> .....	18
<i>amitriptyline hcl tabs 25 mg</i> .....	93	<i>amoxicillin tabs 500 mg</i> .....	18
<i>amitriptyline hcl tabs 50 mg</i> .....	93	<i>amoxicillin tabs 875 mg</i> .....	18
<i>amitriptyline hcl tabs 75 mg</i> .....	93	AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE CHEW	
AMJEVITA SOAJ 40 MG/0.4ML .....	130	200-28.5 MG .....	18
AMJEVITA SOAJ 80 MG/0.8ML .....	130	AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE CHEW	
AMJEVITA SOSY 40 MG/0.4ML.....	130	400-57 MG .....	18
AMJEVITA-PED 10KG TO <15KG SOSY 10		<i>amoxicillin-pot clavulanate susr 200-28.5</i>	
MG/0.2ML .....	130	<i>mg/5ml</i> .....	18
AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG SOSY 20		<i>amoxicillin-pot clavulanate susr 250-62.5</i>	
MG/0.2ML .....	130	<i>mg/5ml</i> .....	18
<i>amlodipine besy-benazepril hcl caps 10-20</i>		<i>amoxicillin-pot clavulanate susr 400-57</i>	
<i>mg</i> .....	65	<i>mg/5ml</i> .....	18
<i>amlodipine besy-benazepril hcl caps 10-40</i>		<i>amoxicillin-pot clavulanate susr 600-42.9</i>	
<i>mg</i> .....	65	<i>mg/5ml</i> .....	18
<i>amlodipine besy-benazepril hcl caps 2.5-10</i>		<i>amoxicillin-pot clavulanate tabs 250-125 mg</i>	
<i>mg</i> .....	65	.....	18
<i>amlodipine besy-benazepril hcl caps 5-10</i>		<i>amoxicillin-pot clavulanate tabs 500-125 mg</i>	
<i>mg</i> .....	65	.....	18
<i>amlodipine besy-benazepril hcl caps 5-20</i>		<i>amoxicillin-pot clavulanate tabs 875-125 mg</i>	
<i>mg</i> .....	65	.....	18
<i>amlodipine besy-benazepril hcl caps 5-40</i>		<i>amphetamine-dextroamphet er cp24 10 mg</i>	
<i>mg</i> .....	65	.....	75
<i>amlodipine besylate tabs 10 mg</i> .....	65	<i>amphetamine-dextroamphet er cp24 15 mg</i>	
<i>amlodipine besylate tabs 2.5 mg</i> .....	65	.....	75
<i>amlodipine besylate tabs 5 mg</i> .....	65	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHET ER	
<i>ammonium lactate crea 12 %</i> .....	152	CP24 20 MG .....	75
AMONDYS 45 SOLN 100 MG/2ML .....	135	<i>amphetamine-dextroamphet er cp24 25 mg</i>	
<i>amoxapine tabs 100 mg</i> .....	93	.....	75
<i>amoxapine tabs 150 mg</i> .....	93	<i>amphetamine-dextroamphet er cp24 30 mg</i>	
<i>amoxapine tabs 25 mg</i> .....	93	.....	75

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>amphetamine-dextroamphetamine cp24 5 mg</i> 75	APHEXDA SOLR 62 MG.....	59
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 10 mg</i> .....	APLENZIN TB24 348 MG.....	93
75	APLENZIN TB24 522 MG.....	93
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 12.5 mg</i> .....	APOKYN SOCT 30 MG/3ML.....	85
76	<i>apomorphine hcl soct 30 mg/3ml</i> .....	85
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 15 mg</i> .....	APRACLONIDINE HCL SOLN 0.5 % .....	113
76	<i>aprepitant caps 125 mg</i> .....	115
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 20 mg</i> .....	<i>aprepitant caps 40 mg</i> .....	115
76	<i>aprepitant caps 80 &amp; 125 mg</i> .....	115
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 30 mg</i> .....	<i>aprepitant caps 80 mg</i> .....	115
76	<i>apri tabs 0.15-30 mg-mcg</i> .....	121
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 5 mg</i> .....	APTIOM TABS 200 MG.....	77
76	APTIOM TABS 400 MG.....	78
<i>amphetamine-dextroamphetamine tabs 7.5 mg</i> .....	APTIOM TABS 600 MG.....	78
76	APTIOM TABS 800 MG.....	78
AMPHOTERICIN B SOLR 50 MG .....	APTIVUS CAPS 250 MG.....	28
25	ARALAST NP SOLR 1000 MG.....	142
<i>ampicillin caps 500 mg</i> .....	<i>aranelle tabs 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i> .....	121
18	ARANESP (ALBUMIN FREE) SOLN 100	
<i>ampicillin sodium solr 1 gm</i> .....	MCG/ML .....	59
19	ARANESP (ALBUMIN FREE) SOLN 200	
<i>ampicillin sodium solr 10 gm</i> .....	MCG/ML .....	59
19	ARANESP (ALBUMIN FREE) SOLN 60	
AMPICILLIN SODIUM SOLR 125 MG .....	MCG/ML .....	59
19	ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY 100	
<i>ampicillin sodium solr 2 gm</i> .....	MCG/0.5ML.....	60
19	ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY 150	
AMPICILLIN SODIUM SOLR 2 GM.....	MCG/0.3ML.....	60
19	ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY 200	
<i>ampicillin sodium solr 250 mg</i> .....	MCG/0.4ML.....	60
19	ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY 300	
<i>ampicillin sodium solr 500 mg</i> .....	MCG/0.6ML.....	60
19	ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY 500	
<i>ampicillin-sulbactam sodium solr 1.5 (1-0.5) gm</i> .....	MCG/ML .....	60
19	ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY 60	
AMPICILLIN-SULBACTAM SODIUM SOLR	MCG/0.3ML.....	60
1.5 (1-0.5) GM.....	19	
<i>ampicillin-sulbactam sodium solr 15 (10-5) gm</i> .....	AMVUTTRA SOSY 25 MG/0.5ML .....	135
19	<i>anagrelide hcl caps 0.5 mg</i> .....	57
<i>ampicillin-sulbactam sodium solr 3 (2-1) gm</i> .....	<i>anagrelide hcl caps 1 mg</i> .....	57
19	<i>anastrozole tabs 1 mg</i> .....	34
AMPICILLIN-SULBACTAM SODIUM SOLR	ANKTIVA SOLN 400 MCG/0.4ML .....	34
3 (2-1) GM.....		
19		
AMVUTTRA SOSY 25 MG/0.5ML .....		
135		
<i>anagrelide hcl caps 0.5 mg</i> .....		
57		
<i>anagrelide hcl caps 1 mg</i> .....		
57		
<i>anastrozole tabs 1 mg</i> .....		
34		
ANKTIVA SOLN 400 MCG/0.4ML .....		
34		
	APHEXDA SOLR 62 MG.....	59
	APLENZIN TB24 348 MG.....	93
	APLENZIN TB24 522 MG.....	93
	APOKYN SOCT 30 MG/3ML.....	85
	<i>apomorphine hcl soct 30 mg/3ml</i> .....	85
	APRACLONIDINE HCL SOLN 0.5 % .....	113
	<i>aprepitant caps 125 mg</i> .....	115
	<i>aprepitant caps 40 mg</i> .....	115
	<i>aprepitant caps 80 &amp; 125 mg</i> .....	115
	<i>aprepitant caps 80 mg</i> .....	115
	<i>apri tabs 0.15-30 mg-mcg</i> .....	121
	APTIOM TABS 200 MG.....	77
	APTIOM TABS 400 MG.....	78
	APTIOM TABS 600 MG.....	78
	APTIOM TABS 800 MG.....	78
	APTIVUS CAPS 250 MG.....	28
	ARALAST NP SOLR 1000 MG.....	142
	<i>aranelle tabs 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i> .....	121
	ARANESP (ALBUMIN FREE) SOLN 100	
	MCG/ML .....	59
	ARANESP (ALBUMIN FREE) SOLN 200	
	MCG/ML .....	59
	ARANESP (ALBUMIN FREE) SOLN 60	
	MCG/ML .....	59
	ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY 100	
	MCG/0.5ML.....	60
	ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY 150	
	MCG/0.3ML.....	60
	ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY 200	
	MCG/0.4ML.....	60
	ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY 300	
	MCG/0.6ML.....	60
	ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY 500	
	MCG/ML .....	60
	ARANESP (ALBUMIN FREE) SOSY 60	
	MCG/0.3ML.....	60
	ARCALYST SOLR 220 MG .....	135
	AREXVY SUSR 120 MCG/0.5ML.....	145
	<i>arformoterol tartrate nebu 15 mcg/2ml</i> .....	56

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.





<i>argatroban soln 250 mg/2.5ml</i> .....	57	<i>atenolol tabs 25 mg</i> .....	63
<i>argyle sterile water soln</i> .....	135	<i>atenolol tabs 50 mg</i> .....	63
ARIKAYCE SUSP 590 MG/8.4ML .....	19	<i>atenolol-chlorthalidone tabs 100-25 mg</i> ....	63
<i>aripiprazole soln 1 mg/ml</i> .....	93	<i>atenolol-chlorthalidone tabs 50-25 mg</i> .....	63
<i>aripiprazole tabs 10 mg</i> .....	93	<i>atomoxetine hcl caps 10 mg</i> .....	89
<i>aripiprazole tabs 15 mg</i> .....	93	<i>atomoxetine hcl caps 100 mg</i> .....	89
<i>aripiprazole tabs 2 mg</i> .....	93	<i>atomoxetine hcl caps 18 mg</i> .....	89
<i>aripiprazole tabs 20 mg</i> .....	94	<i>atomoxetine hcl caps 25 mg</i> .....	89
<i>aripiprazole tabs 30 mg</i> .....	94	<i>atomoxetine hcl caps 40 mg</i> .....	89
<i>aripiprazole tabs 5 mg</i> .....	94	<i>atomoxetine hcl caps 60 mg</i> .....	89
<i>aripiprazole tbdp 10 mg</i> .....	94	<i>atomoxetine hcl caps 80 mg</i> .....	89
<i>aripiprazole tbdp 15 mg</i> .....	94	<i>atorvastatin calcium tabs 10 mg</i> .....	61
ARISTADA INITIO PRSY 675 MG/2.4ML	94	<i>atorvastatin calcium tabs 20 mg</i> .....	61
ARISTADA PRSY 1064 MG/3.9ML .....	94	<i>atorvastatin calcium tabs 40 mg</i> .....	61
ARISTADA PRSY 441 MG/1.6ML .....	94	<i>atorvastatin calcium tabs 80 mg</i> .....	61
ARISTADA PRSY 662 MG/2.4ML .....	94	<i>atovaquone susp 750 mg/5ml</i> .....	27
ARISTADA PRSY 882 MG/3.2ML .....	94	<i>atovaquone-proguanil hcl tabs 250-100 mg</i> .....	27
<i>armodafinil tabs 150 mg</i> .....	76	<i>atovaquone-proguanil hcl tabs 62.5-25 mg</i> .....	27
<i>armodafinil tabs 200 mg</i> .....	76	<i>atropine sulfate soln 1 %</i> .....	114
<i>armodafinil tabs 250 mg</i> .....	76	<i>atropine sulfate soln 8 mg/20ml</i> .....	53
<i>armodafinil tabs 50 mg</i> .....	76	<i>atropine sulfate sosy 1 mg/10ml</i> .....	53
<i>arsenic trioxide soln 12 mg/6ml</i> .....	34	ATROPINE SULFATE SOSY 1 MG/10ML	53
ARTESUNATE SOLR 110 MG .....	27	ATROVENT HFA AERS 17 MCG/ACT .....	53
ARTICADENT DENTAL SOCT 4 %-1 100000 .....	135	AUGMENTIN SUSR 125-31.25 MG/5ML .	19
ARZERRA CONC 100 MG/5ML .....	34	AUGTYRO CAPS 40 MG .....	34
ARZERRA CONC 1000 MG/50ML .....	34	AURYXIA TABS 1 GM 210 MG(FE) .....	107
ASCENIV SOLN 5 GM/50ML.....	144	AUSTEDO TABS 12 MG .....	89
ASENAPINE MALEATE SUBL 10 MG.....	94	AUSTEDO TABS 6 MG .....	89
<i>asenapine maleate subl 2.5 mg</i> .....	94	AUSTEDO TABS 9 MG .....	89
ASENAPINE MALEATE SUBL 5 MG .....	94	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION TEPK 12 & 18 & 24 & 30 MG .....	89
ASMANEX HFA AERO 100 MCG/ACT... 142		AUSTEDO XR PATIENT TITRATION TEPK 6 & 12 & 24 MG .....	89
ASMANEX HFA AERO 200 MCG/ACT... 142		AUSTEDO XR TB24 12 MG .....	89
ASPARLAS SOLN 3750 UNIT/5ML.....	34	AUSTEDO XR TB24 18 MG .....	89
<i>aspirin-dipyridamole er cp12 25-200 mg</i> ... 57		AUSTEDO XR TB24 24 MG .....	89
<i>atazanavir sulfate caps 150 mg</i> .....	28	AUSTEDO XR TB24 30 MG .....	89
<i>atazanavir sulfate caps 200 mg</i> .....	28		
<i>atazanavir sulfate caps 300 mg</i> .....	28		
<i>atenolol tabs 100 mg</i> .....	63		

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



AUSTEDO XR TB24 36 MG	90
AUSTEDO XR TB24 42 MG	90
AUSTEDO XR TB24 48 MG	90
AUSTEDO XR TB24 6 MG	90
AUVELITY TBCR 45-105 MG	94
AVASTIN SOLN 100 MG/4ML	34
AVASTIN SOLN 400 MG/16ML	34
aviane tabs 0.1-20 mg-mcg	121
AVITA CREA 0.025 %	151
AVONEX PEN AJKT 30 MCG/0.5ML	91
AVONEX PREFILLED PSKT 30 MCG/0.5ML	91
AVSOLA SOLR 100 MG	131
AYVAKIT TABS 100 MG	34
AYVAKIT TABS 200 MG	34
AYVAKIT TABS 25 MG	34
AYVAKIT TABS 300 MG	34
AYVAKIT TABS 50 MG	34
AZACITIDINE SUSR 100 MG	34
AZATHIOPRINE SODIUM SOLR 100 MG	133
azathioprine tabs 100 mg	133
azathioprine tabs 50 mg	133
azathioprine tabs 75 mg	133
azelaic acid gel 15 %	152
azelastine hcl soln 0.05 %	113
azelastine hcl soln 0.1 %	113
azithromycin solr 500 mg	19
azithromycin susr 100 mg/5ml	19
azithromycin susr 200 mg/5ml	19
azithromycin tabs 250 mg	19
azithromycin tabs 500 mg	19
azithromycin tabs 600 mg	19
aztreonam solr 1 gm	19

## B

BACITRACIN OINT 500 UNIT/GM	111
bacitracin-polymyxin b oint 500-10000 unit/gm	111

bacitra-neomycin-polymyxin-hc oint 1 %	112
BACLOFEN SOLN 10 MG/5ML	55
baclofen susp 25 mg/5ml	55
baclofen tabs 10 mg	55
baclofen tabs 20 mg	55
baclofen tabs 5 mg	55
balsalazide disodium caps 750 mg	114
BALVERSA TABS 3 MG	34
BALVERSA TABS 4 MG	34
BALVERSA TABS 5 MG	34
balziva tabs 0.4-35 mg-mcg	121
BAQSIMI ONE PACK POWD 3 MG/DOSE	122
BAQSIMI TWO PACK POWD 3 MG/DOSE	122
BARACLUDGE SOLN 0.05 MG/ML	28
BAVENCIO SOLN 200 MG/10ML	34
BCG VACCINE SOLR 50 MG	34
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II MISC 31G X 5/16	104
BD INSULIN SYRINGE MISC 29G X 1/2	104
BD INSULIN SYRINGE U/F MISC 30G X 1/2	104
BD INSULIN SYRINGE U/F MISC 31G X 5/16	105
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F MISC 29G X 12.7MM	105
BELBUCA FILM 150 MCG	92
BELBUCA FILM 300 MCG	92
BELBUCA FILM 450 MCG	92
BELBUCA FILM 600 MCG	92
BELBUCA FILM 75 MCG	92
BELBUCA FILM 750 MCG	92
BELBUCA FILM 900 MCG	92
BELEODAQ SOLR 500 MG	34
BELRAPZO SOLN 100 MG/4ML	34
benazepril hcl tabs 10 mg	69
benazepril hcl tabs 20 mg	69
benazepril hcl tabs 40 mg	69

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>benazepril hcl tabs 5 mg</i> .....	69	BETAMETHASONE VALERATE CREA	
BENDAMUSTINE HCL SOLN 100 MG/4ML		0.1 %.....	149
.....	34	<i>betamethasone valerate foam 0.12 %</i> ....	149
<i>bendamustine hcl solr 100 mg</i> .....	34	BETAMETHASONE VALERATE LOTN	
<i>bendamustine hcl solr 25 mg</i> .....	34	0.1 %.....	149
BENDEKA SOLN 100 MG/4ML .....	34	BETAMETHASONE VALERATE OINT	
BENLYSTA SOAJ 200 MG/ML .....	133	0.1 %.....	149
BENLYSTA SOLR 120 MG.....	133	BETASERON KIT 0.3 MG .....	91
BENLYSTA SOLR 400 MG.....	134	BETAXOLOL HCL SOLN 0.5 % .....	113
BENLYSTA SOSY 200 MG/ML .....	134	<i>bethanechol chloride tabs 10 mg</i> .....	54
BENZOYL PEROXIDE FORTE- HC LOTN		<i>bethanechol chloride tabs 25 mg</i> .....	54
7.5-1 %.....	148	<i>bethanechol chloride tabs 5 mg</i> .....	54
BENZOYL PEROXIDE GEL 6.5 % .....	147	<i>bethanechol chloride tabs 50 mg</i> .....	54
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3 %</i>		BEXAROTENE CAPS 75 MG.....	34
.....	147	<i>bexarotene gel 1 %</i> .....	151
<i>benztropine mesylate soln 1 mg/ml</i> .....	85	BEXSERO SUSY .....	145
<i>benztropine mesylate tabs 0.5 mg</i> .....	85	<i>bicalutamide tabs 50 mg</i> .....	34
<i>benztropine mesylate tabs 1 mg</i> .....	85	BICILLIN C-R 900/300 SUSP 900000-	
<i>benztropine mesylate tabs 2 mg</i> .....	85	300000 UNIT/2ML.....	19
BEOVU SOLN 6 MG/0.05ML.....	114	BICILLIN C-R SUSP 1200000 UNIT/2ML..	19
BEOVU SOSY 6 MG/0.05ML.....	114	BICILLIN L-A SUSY 1200000 UNIT/2ML..	19
BERINERT KIT 500 UNIT.....	135	BICILLIN L-A SUSY 2400000 UNIT/4ML..	19
BESPONSA SOLR 0.9 MG.....	34	BICILLIN L-A SUSY 600000 UNIT/ML.....	19
BESREMI SOSY 500 MCG/ML .....	34	BIKTARVY TABS 30-120-15 MG .....	28
<i>betaine powd</i> .....	135	BIKTARVY TABS 50-200-25 MG .....	28
<i>betamethasone dipropionate aug crea</i>		<i>bimatoprost soln 0.03 %</i> .....	113
0.05 %.....	148	BIMZELX SOAJ 160 MG/ML .....	152
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUG		BIMZELX SOSY 160 MG/ML.....	152
GEL 0.05 %.....	149	<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin caps 140-</i>	
<i>betamethasone dipropionate aug lotn</i>		125-125 mg.....	116
0.05 %.....	149	<i>bisoprolol fumarate tabs 10 mg</i> .....	63
<i>betamethasone dipropionate aug oint</i>		<i>bisoprolol fumarate tabs 5 mg</i> .....	63
0.05 %.....	149	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide tabs 10-6.25</i>	
<i>betamethasone dipropionate crea 0.05 %</i>		mg.....	63
.....	149	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide tabs 2.5-6.25</i>	
<i>betamethasone dipropionate lotn 0.05 %</i>	149	mg.....	63
<i>betamethasone dipropionate oint 0.05 %</i>	149	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide tabs 5-6.25</i>	
<i>betamethasone sod phos &amp; acet susp 6 (3-</i>		mg.....	63
<i>3) mg/ml</i> .....	118	<i>bleomycin sulfate solr 15 unit</i> .....	34

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>bleomycin sulfate solr 30 unit</i> .....	35	BRIXADI (WEEKLY) SOSY 32 MG/0.64ML	92
BLEPHAMIDE S.O.P. OINT 10-0.2 % ....	112	.....	92
BLINCYTO SOLR 35 MCG.....	35	BRIXADI (WEEKLY) SOSY 8 MG/0.16ML	92
BOOSTRIX SUSP 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		BRIXADI SOSY 128 MG/0.36ML.....	92
.....	146	BRIXADI SOSY 64 MG/0.18ML.....	92
BOOSTRIX SUSY 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		BRIXADI SOSY 96 MG/0.27ML.....	92
.....	146	<i>bromocriptine mesylate caps 5 mg</i> .....	85
BORTEZOMIB SOLN 3.5 MG/1.4ML.....	35	<i>bromocriptine mesylate tabs 2.5 mg</i> .....	85
BORTEZOMIB SOLR 1 MG.....	35	BRONCHITOL CAPS 40 MG.....	142
BORTEZOMIB SOLR 2.5 MG.....	35	BRUKINSA CAPS 80 MG.....	35
<i>bortezomib solr 3.5 mg</i> .....	35	<i>budesonide cpep 3 mg</i> .....	118
BORTEZOMIB SOLR 3.5 MG.....	35	BUDESONIDE ER TB24 9 MG.....	118
<i>bosentan tabs 125 mg</i> .....	143	<i>budesonide susp 0.25 mg/2ml</i> .....	142
<i>bosentan tabs 62.5 mg</i> .....	143	<i>budesonide susp 0.5 mg/2ml</i> .....	142
BOSULIF CAPS 100 MG.....	35	<i>budesonide susp 1 mg/2ml</i> .....	142
BOSULIF CAPS 50 MG.....	35	<i>bumetanide soln 0.25 mg/ml</i> .....	106
BOSULIF TABS 100 MG .....	35	<i>bumetanide tabs 0.5 mg</i> .....	106
BOSULIF TABS 400 MG .....	35	<i>bumetanide tabs 1 mg</i> .....	106
BOSULIF TABS 500 MG .....	35	<i>bumetanide tabs 2 mg</i> .....	106
BRAFTOVI CAPS 75 MG .....	35	<i>bupivacaine hcl (pf) soln 0.25 %</i> .....	135
<i>breyana aero 160-4.5 mcg/act</i> .....	142	<i>bupivacaine hcl (pf) soln 0.5 %</i> .....	135
<i>breyana aero 80-4.5 mcg/act</i> .....	142	<i>bupivacaine hcl (pf) soln 0.75 %</i> .....	135
BREZTRI AEROSPHERE AERO 160-9-4.8		<i>bupivacaine hcl soln 0.5 %</i> .....	135
MCG/ACT.....	142	<i>bupivacaine in dextrose soln 0.75-8.25 %</i>	
BRILINTA TABS 60 MG .....	57	.....	135
BRILINTA TABS 90 MG .....	57	<i>bupivacaine spinal soln 0.75-8.25 %</i> .....	135
<i>brimonidine tartrate soln 0.2 %</i> .....	113	<i>bupivacaine-epinephrine (pf) soln 0.25% -1</i>	
BRIUMVI SOLN 150 MG/6ML .....	91	200000.....	135
BRIVIACT SOLN 10 MG/ML.....	78	<i>bupivacaine-epinephrine (pf) soln 0.5% -1</i>	
BRIVIACT TABS 10 MG .....	78	200000.....	135
BRIVIACT TABS 100 MG .....	78	<i>bupivacaine-epinephrine soln 0.25% -1</i>	
BRIVIACT TABS 25 MG .....	78	200000.....	135
BRIVIACT TABS 50 MG .....	78	<i>bupivacaine-epinephrine soln 0.5% -1</i>	
BRIVIACT TABS 75 MG .....	78	200000.....	135
BRIXADI (WEEKLY) SOSY 16 MG/0.32ML		<i>buprenorphine hcl subl 2 mg</i> .....	92
.....	92	<i>buprenorphine hcl subl 8 mg</i> .....	92
BRIXADI (WEEKLY) SOSY 24 MG/0.48ML		<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl subl 2-0.5</i>	
.....	92	<i>mg</i> .....	92

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl subl 8-2 mg</i>	<i>caffeine citrate oral soln 60 mg/3ml</i>	76
.....92	<i>caffeine citrate soln 20 mg/ml</i>	76
<i>buprenorphine ptwk 10 mcg/hr</i>	CALCIPOTRIENE CREA 0.005 %	152
.....92	<i>calcipotriene oint 0.005 %</i>	152
<i>buprenorphine ptwk 15 mcg/hr</i>	CALCIPOTRIENE SOLN 0.005 %	152
.....92	<i>calcipotriene-betameth diprop susp 0.005-</i>	
<i>buprenorphine ptwk 20 mcg/hr</i>	0.064 %	149
.....92	<i>calcitonin (salmon) soln 200 unit/act</i>	126
<i>buprenorphine ptwk 5 mcg/hr</i>	.....	126
.....92	<i>calcitonin (salmon) soln 200 unit/ml</i>	126
<i>buprenorphine ptwk 7.5 mcg/hr</i>	<i>calcitriol caps 0.25 mcg</i>	155
.....92	.....	155
<i>bupropion hcl er (smoking det) tb12 150 mg</i>	<i>calcitriol caps 0.5 mcg</i>	155
.....94	CALCITRIOL INJ SOLN 1 MCG/ML	155
<i>bupropion hcl er (sr) tb12 100 mg</i>	<i>calcitriol oral soln 1 mcg/ml</i>	155
.....94	<i>calcium acetate (phos binder) caps 667 mg</i>	
<i>bupropion hcl er (sr) tb12 150 mg</i>	.....	108
.....94	<i>calcium acetate tabs 667 mg</i>	108
<i>bupropion hcl er (sr) tb12 200 mg</i>	CALQUENCE CAPS 100 MG	35
.....94	.....	35
<i>bupropion hcl er (xl) tb24 150 mg</i>	CALQUENCE TABS 100 MG	35
.....94	CAMCEVI PRSY 42 MG	35
<i>bupropion hcl er (xl) tb24 300 mg</i>	.....	35
.....94	CAMZYOS CAPS 10 MG	67
BUPROPION HCL ER (XL) TB24 450 MG	.....	67
94	CAMZYOS CAPS 5 MG	67
<i>bupropion hcl tabs 100 mg</i>	<i>candesartan cilexetil tabs 16 mg</i>	69
.....94	.....	69
<i>bupropion hcl tabs 75 mg</i>	<i>candesartan cilexetil tabs 32 mg</i>	69
.....94	<i>candesartan cilexetil tabs 4 mg</i>	69
<i>bupirone hcl tabs 10 mg</i>	<i>candesartan cilexetil tabs 8 mg</i>	69
.....87	.....	69
<i>bupirone hcl tabs 15 mg</i>	CAPLYTA CAPS 10.5 MG	94
.....87	.....	94
<i>bupirone hcl tabs 30 mg</i>	CAPLYTA CAPS 21 MG	94
.....87	.....	94
<i>bupirone hcl tabs 5 mg</i>	CAPLYTA CAPS 42 MG	94
.....87	.....	94
<i>bupirone hcl tabs 7.5 mg</i>	CAPRELSA TABS 100 MG	35
.....87	.....	35
<i>busulfan soln 6 mg/ml</i>	CAPRELSA TABS 300 MG	35
.....35	<i>captopril tabs 100 mg</i>	69
<i>butalbital-apap-caffeine tabs 50-325-40 mg</i>	<i>captopril tabs 12.5 mg</i>	69
.....72	.....	69
<i>butalbital-aspirin-caffeine caps 50-325-40</i>	<i>captopril tabs 25 mg</i>	69
<i>mg</i>	.....	69
.....72	<i>captopril tabs 50 mg</i>	69
BYOOVIZ SOLN 0.5 MG/0.05ML	CARAC CREA 0.5 %	152
.....114	.....	152
	<i>carbamazepine chew 100 mg</i>	78
	.....	78
	CARBAMAZEPINE ER CP12 100 MG	78
	.....	78
	CARBAMAZEPINE ER CP12 200 MG	78
	.....	78
	CARBAMAZEPINE ER CP12 300 MG	78
	.....	78

## C

CABENUVA SUER 400 & 600 MG/2ML	...28
CABENUVA SUER 600 & 900 MG/3ML	...28
<i>cabergoline tabs 0.5 mg</i>	.....85
CABLIVI KIT 11 MG	.....60
CABOMETYX TABS 20 MG	.....35
CABOMETYX TABS 40 MG	.....35
CABOMETYX TABS 60 MG	.....35
CAFERGOT TABS 1-100 MG	.....84
<i>caffeine citrate inj soln 60 mg/3ml</i>	.....76

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>carbamazepine er tb12 100 mg</i> .....	78	<i>carvedilol tabs 3.125 mg</i> .....	63
<i>carbamazepine er tb12 200 mg</i> .....	78	<i>carvedilol tabs 6.25 mg</i> .....	63
<i>carbamazepine er tb12 400 mg</i> .....	78	<i>caspofungin acetate solr 70 mg</i> .....	25
<i>carbamazepine susp 100 mg/5ml</i> .....	78	CAYSTON SOLR 75 MG.....	141
<i>carbamazepine tabs 200 mg</i> .....	78	CEFACLOR CAPS 250 MG .....	19
<i>carbidopa tabs 25 mg</i> .....	85	CEFACLOR CAPS 500 MG .....	19
<i>carbidopa-levodopa er tbcr 25-100 mg</i> ....	85	CEFACLOR SUSR 125 MG/5ML .....	19
<i>carbidopa-levodopa er tbcr 50-200 mg</i> ....	85	CEFACLOR SUSR 250 MG/5ML .....	19
<i>carbidopa-levodopa tabs 10-100 mg</i> .....	85	CEFACLOR SUSR 375 MG/5ML .....	19
<i>carbidopa-levodopa tabs 25-100 mg</i> .....	85	<i>cefadroxil caps 500 mg</i> .....	19
<i>carbidopa-levodopa tabs 25-250 mg</i> .....	85	<i>cefazolin sodium solr 1 gm</i> .....	20
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE		<i>cefazolin sodium solr 10 gm</i> .....	20
TABS 12.5-50-200 MG.....	85	<i>cefazolin sodium solr 500 mg</i> .....	20
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE		<i>cefdinir caps 300 mg</i> .....	20
TABS 18.75-75-200 MG.....	85	<i>cefdinir susr 125 mg/5ml</i> .....	20
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE		<i>cefdinir susr 250 mg/5ml</i> .....	20
TABS 25-100-200 MG.....	85	CEFEPIME HCL SOLN 2 GM/100ML.....	20
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE		<i>cefepime hcl solr 1 gm</i> .....	20
TABS 31.25-125-200 MG.....	85	<i>cefepime hcl solr 2 gm</i> .....	20
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE		CEFEPIME-DEXTROSE SOLR 2-5	
TABS 37.5-150-200 MG.....	85	GM-%(50ML) .....	20
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE		<i>cefixime caps 400 mg</i> .....	20
TABS 50-200-200 MG.....	85	<i>cefixime susr 100 mg/5ml</i> .....	20
<i>carboplatin soln 150 mg/15ml</i> .....	35	<i>cefixime susr 200 mg/5ml</i> .....	20
<i>carboplatin soln 450 mg/45ml</i> .....	35	CEFOTAXIME SODIUM SOLR 1 GM.....	20
<i>carboplatin soln 50 mg/5ml</i> .....	35	<i>cefotetan disodium solr 1 gm</i> .....	20
<i>carboplatin soln 600 mg/60ml</i> .....	35	<i>cefotetan disodium solr 2 gm</i> .....	20
CARBOPROST TROMETHAMINE SOSY		<i>cefoxitin sodium solr 1 gm</i> .....	20
250 MCG/ML.....	125	<i>cefoxitin sodium solr 10 gm</i> .....	20
<i>carglumic acid tbso 200 mg</i> .....	105	<i>cefoxitin sodium solr 2 gm</i> .....	20
<i>carmustine solr 100 mg</i> .....	35	<i>cefpodoxime proxetil susr 100 mg/5ml</i> ....	20
CARMUSTINE SOLR 300 MG.....	35	<i>cefpodoxime proxetil susr 50 mg/5ml</i> .....	20
CARMUSTINE SOLR 50 MG.....	35	<i>cefpodoxime proxetil tabs 100 mg</i> .....	20
<i>cartia xt cp24 120 mg</i> .....	65	<i>cefpodoxime proxetil tabs 200 mg</i> .....	20
<i>cartia xt cp24 180 mg</i> .....	65	<i>ceftazidime solr 1 gm</i> .....	20
<i>cartia xt cp24 240 mg</i> .....	65	<i>ceftazidime solr 6 gm</i> .....	20
<i>cartia xt cp24 300 mg</i> .....	65	<i>ceftriaxone sodium solr 1 gm</i> .....	20
<i>carvedilol tabs 12.5 mg</i> .....	63	<i>ceftriaxone sodium solr 10 gm</i> .....	20
<i>carvedilol tabs 25 mg</i> .....	63	<i>ceftriaxone sodium solr 2 gm</i> .....	20

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>ceftriaxone sodium solr 250 mg</i> .....	20	<i>chlorpromazine hcl soln 25 mg/ml</i> .....	94
<i>ceftriaxone sodium solr 500 mg</i> .....	20	<i>chlorpromazine hcl soln 50 mg/2ml</i> .....	94
<i>cefuroxime axetil tabs 250 mg</i> .....	20	<i>chlorpromazine hcl tabs 10 mg</i> .....	94
<i>cefuroxime axetil tabs 500 mg</i> .....	20	<i>chlorpromazine hcl tabs 100 mg</i> .....	95
<i>cefuroxime sodium solr 1.5 gm</i> .....	20	<i>chlorpromazine hcl tabs 200 mg</i> .....	95
<i>cefuroxime sodium solr 750 mg</i> .....	21	<i>chlorpromazine hcl tabs 25 mg</i> .....	95
<i>celecoxib caps 100 mg</i> .....	72	<i>chlorpromazine hcl tabs 50 mg</i> .....	95
<i>celecoxib caps 200 mg</i> .....	72	<i>chlorthalidone tabs 25 mg</i> .....	106
<i>celecoxib caps 400 mg</i> .....	72	<i>chlorthalidone tabs 50 mg</i> .....	106
<i>celecoxib caps 50 mg</i> .....	72	CHOLBAM CAPS 250 MG .....	116
CELONTIN CAPS 300 MG .....	78	CHOLBAM CAPS 50 MG .....	116
<i>cephalexin caps 250 mg</i> .....	21	<i>cholestyramine light pack 4 gm</i> .....	61
<i>cephalexin caps 500 mg</i> .....	21	<i>cholestyramine light powd 4 gm/dose</i> .....	62
<i>cephalexin susr 125 mg/5ml</i> .....	21	<i>cholestyramine pack 4 gm</i> .....	62
<i>cephalexin susr 250 mg/5ml</i> .....	21	<i>cholestyramine powd 4 gm/dose</i> .....	62
CEPHALEXIN TABS 500 MG .....	21	CHORIONIC GONADOTROPIN SOLR	
CEQUA SOLN 0.09 % .....	112	10000 UNIT .....	125
CERDELGA CAPS 84 MG .....	110	CIBINQO TABS 100 MG .....	131
CEREZYME SOLR 400 UNIT .....	110	<i>ciclopirox gel 0.77 %</i> .....	147
CHEMET CAPS 100 MG .....	117	<i>ciclopirox olamine crea 0.77 %</i> .....	147
CHLORAMPHENICOL SOD SUCCINATE		<i>ciclopirox soln 8 %</i> .....	147
SOLR 1 GM .....	21	<i>cidofovir soln 75 mg/ml</i> .....	28
<i>chlordiazepoxide hcl caps 10 mg</i> .....	87	<i>cilostazol tabs 100 mg</i> .....	57
<i>chlordiazepoxide hcl caps 25 mg</i> .....	87	<i>cilostazol tabs 50 mg</i> .....	57
<i>chlordiazepoxide hcl caps 5 mg</i> .....	87	CILOXAN OINT 0.3 % .....	111
CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE		CIMDUO TABS 300-300 MG .....	28
TABS 10-25 MG .....	94	CIMERLI SOLN 0.5 MG/0.05ML .....	114
CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE		<i>cimetidine hcl soln 300 mg/5ml</i> .....	116
TABS 5-12.5 MG .....	94	CIMETIDINE HCL SOLN 300 MG/5ML ..	116
<i>chlordiazepoxide-clidinium caps 5-2.5 mg</i>	53	CIMZIA (2 SYRINGE) PSKT 200 MG/ML	131
<i>chlorhexidine gluconate soln 0.12 %</i> .....	111	CIMZIA KIT 2 X 200 MG .....	131
<i>chlorprocaine hcl (pf) soln 2 %</i> .....	135	CIMZIA STARTER KIT PSKT 6 X 200	
<i>chlorprocaine hcl (pf) soln 3 %</i> .....	135	MG/ML .....	131
<i>chloroquine phosphate tabs 250 mg</i> .....	27	<i>cinacalcet hcl tabs 30 mg</i> .....	126
<i>chloroquine phosphate tabs 500 mg</i> .....	27	<i>cinacalcet hcl tabs 60 mg</i> .....	126
CHLORPROMAZINE HCL CONC 100		<i>cinacalcet hcl tabs 90 mg</i> .....	126
MG/ML .....	94	CINQAIR SOLN 100 MG/10ML .....	140
CHLORPROMAZINE HCL CONC 30		CINRYZE SOLR 500 UNIT .....	135
MG/ML .....	94	CIPROFLOXACIN HCL SOLN 0.3 % .....	111

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



CIPROFLOXACIN HCL TABS 100 MG ....21	<i>clindamycin phos-benzoyl perox gel 1.2-5 %</i>
<i>ciprofloxacin hcl tabs 250 mg</i> .....21	..... 147
<i>ciprofloxacin hcl tabs 500 mg</i> .....21	CLINDAMYCIN PHOSPHATE CREA 2 %
<i>ciprofloxacin hcl tabs 750 mg</i> .....21	..... 147
<i>ciprofloxacin in d5w soln 200 mg/100ml</i> ...21	<i>clindamycin phosphate gel 1 %</i> ..... 147
<i>ciprofloxacin in d5w soln 400 mg/200ml</i> ...21	<i>clindamycin phosphate in d5w soln 300</i>
<i>ciprofloxacin susr 500 mg/5ml (10%)</i> .....21	<i>mg/50ml</i> ..... 21
<i>ciprofloxacin-dexamethasone susp 0.3-</i>	<i>clindamycin phosphate in d5w soln 600</i>
<i>0.1 %</i> ..... 112	<i>mg/50ml</i> ..... 21
<i>cisplatin soln 100 mg/100ml</i> .....35	<i>clindamycin phosphate in d5w soln 900</i>
CISPLATIN SOLN 200 MG/200ML ..... 35	<i>mg/50ml</i> ..... 21
<i>cisplatin soln 50 mg/50ml</i> .....35	CLINDAMYCIN PHOSPHATE LOTN 1 %
CISPLATIN SOLR 50 MG..... 35	..... 147
CITALOPRAM HYDROBROMIDE CAPS 30	<i>clindamycin phosphate soln 1 %</i> ..... 147
MG ..... 95	<i>clindamycin phosphate soln 300 mg/2ml</i> ..21
<i>citalopram hydrobromide soln 10 mg/5ml</i> .95	<i>clindamycin phosphate soln 600 mg/4ml</i> ..21
<i>citalopram hydrobromide tabs 10 mg</i> .....95	<i>clindamycin phosphate soln 900 mg/6ml</i> ..21
<i>citalopram hydrobromide tabs 20 mg</i> .....95	<i>clindamycin phosphate soln 9000 mg/60ml</i>
<i>citalopram hydrobromide tabs 40 mg</i> .....95	..... 21
<i>cladribine soln 10 mg/10ml</i> .....36	<i>clindamycin phosphate swab 1 %</i> ..... 147
<i>claravis caps 10 mg</i> .....152	CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) SOLN
<i>claravis caps 20 mg</i> .....152	2.75 %..... 105
<i>claravis caps 30 mg</i> .....152	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) SOLN
<i>claravis caps 40 mg</i> .....152	4.25 %..... 105
CLARITHROMYCIN SUSR 125 MG/5ML .21	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) SOLN
CLARITHROMYCIN SUSR 250 MG/5ML .21	4.25 %..... 105
<i>clarithromycin tabs 250 mg</i> .....21	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) SOLN 5 %
<i>clarithromycin tabs 500 mg</i> .....21	..... 105
CLIMARA PTWK 0.025 MG/24HR..... 124	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) SOLN 5 %
CLIMARA PTWK 0.0375 MG/24HR..... 124	..... 106
CLIMARA PTWK 0.05 MG/24HR..... 124	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) SOLN
CLIMARA PTWK 0.06 MG/24HR..... 124	4.25 %..... 106
CLIMARA PTWK 0.075 MG/24HR..... 124	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) SOLN
CLIMARA PTWK 0.1 MG/24HR..... 124	4.25 %..... 106
<i>clindamycin hcl caps 150 mg</i> .....21	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) SOLN 5 %106
<i>clindamycin hcl caps 300 mg</i> .....21	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) SOLN 5 %106
<i>clindamycin hcl caps 75 mg</i> .....21	<i>clinisol sf soln 15 %</i> ..... 106
<i>clindamycin palmitate hcl solr 75 mg/5ml</i> ..21	<i>clobazam susp 2.5 mg/ml</i> ..... 78
	<i>clobazam tabs 10 mg</i> ..... 78

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.





<i>clobazam tabs 20 mg</i> .....	78	<i>clozapine tabs 25 mg</i> .....	95
<i>clobetasol propionate crea 0.05 %</i> .....	149	<i>clozapine tabs 50 mg</i> .....	95
<i>clobetasol propionate e crea 0.05 %</i> .....	149	<i>clozapine tbdp 100 mg</i> .....	95
<i>clobetasol propionate foam 0.05 %</i> .....	149	CLOZAPINE TBDP 12.5 MG.....	95
<i>clobetasol propionate gel 0.05 %</i> .....	149	<i>clozapine tbdp 150 mg</i> .....	95
<i>clobetasol propionate liqd 0.05 %</i> .....	149	<i>clozapine tbdp 200 mg</i> .....	95
<i>clobetasol propionate lotn 0.05 %</i> .....	149	<i>clozapine tbdp 25 mg</i> .....	95
<i>clobetasol propionate oint 0.05 %</i> .....	149	COARTEM TABS 20-120 MG .....	27
<i>clobetasol propionate sham 0.05 %</i> .....	149	CODEINE SULFATE TABS 15 MG .....	72
<i>clobetasol propionate soln 0.05 %</i> .....	149	CODEINE SULFATE TABS 30 MG .....	72
<i>clofarabine soln 1 mg/ml</i> .....	36	CODEINE SULFATE TABS 60 MG .....	72
<i>clomipramine hcl caps 25 mg</i> .....	95	<i>colchicine tabs 0.6 mg</i> .....	129
<i>clomipramine hcl caps 50 mg</i> .....	95	<i>colchicine-probenecid tabs 0.5-500 mg</i> ..	109
<i>clomipramine hcl caps 75 mg</i> .....	95	<i>colesevelam hcl tabs 625 mg</i> .....	62
<i>clonazepam tabs 0.5 mg</i> .....	78	COLESTIPOL HCL GRAN 5 GM.....	62
<i>clonazepam tabs 1 mg</i> .....	78	COLESTIPOL HCL PACK 5 GM .....	62
<i>clonazepam tabs 2 mg</i> .....	78	<i>colestipol hcl tabs 1 gm</i> .....	62
<i>clonazepam tbdp 0.125 mg</i> .....	78	<i>colistimethate sodium (cba) solr 150 mg</i> ..	21
<i>clonazepam tbdp 0.25 mg</i> .....	78	COLUMVI SOLN 10 MG/10ML.....	36
<i>clonazepam tbdp 0.5 mg</i> .....	78	COLUMVI SOLN 2.5 MG/2.5ML.....	36
<i>clonazepam tbdp 1 mg</i> .....	78	COMBIVENT RESPIMAT AERS 20-100	
<i>clonazepam tbdp 2 mg</i> .....	78	MCG/ACT .....	56
<i>clonidine hcl (analgesia) soln 100 mcg/ml</i>	68	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) KIT 80	
<i>clonidine hcl tabs 0.1 mg</i> .....	68	& 20 MG.....	36
<i>clonidine hcl tabs 0.2 mg</i> .....	68	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) KIT 3 x	
<i>clonidine hcl tabs 0.3 mg</i> .....	68	20 MG & 80 MG .....	36
<i>clonidine ptwk 0.1 mg/24hr</i> .....	68	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) KIT 20	
<i>clonidine ptwk 0.2 mg/24hr</i> .....	68	MG.....	36
<i>clonidine ptwk 0.3 mg/24hr</i> .....	68	COMPLERA TABS 200-25-300 MG .....	28
<i>clopidogrel bisulfate tabs 75 mg</i> .....	57	<i>compro supp 25 mg</i> .....	95
<i>clorazepate dipotassium tabs 15 mg</i> .....	87	COPIKTRA CAPS 15 MG.....	36
<i>clorazepate dipotassium tabs 3.75 mg</i> .....	87	COPIKTRA CAPS 25 MG.....	36
<i>clorazepate dipotassium tabs 7.5 mg</i> .....	87	CORDRAN TAPE 4 MCG/SQCM.....	149
<i>clotrimazole crea 1 %</i> .....	147	CORLANOR SOLN 5 MG/5ML.....	67
<i>clotrimazole troc 10 mg</i> .....	147	CORTISONE ACETATE TABS 25 MG...	118
<i>clotrimazole-betamethasone crea 1-0.05 %</i>		CORTROPHIN GEL 80 UNIT/ML.....	126
.....	147	COSELA SOLR 300 MG .....	136
<i>clozapine tabs 100 mg</i> .....	95	COSENTYX (300 MG DOSE) SOSY 150	
<i>clozapine tabs 200 mg</i> .....	95	MG/ML.....	152

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



COSENTYX SENSOREADY (300 MG)		<i>cyclophosphamide caps 25 mg</i> .....	36
SOAJ 150 MG/ML .....	152	<i>cyclophosphamide caps 50 mg</i> .....	36
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ		CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1 GM/5ML	
150 MG/ML .....	152	.....	36
COSENTYX SOLN 125 MG/5ML.....	152	CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1000	
COSENTYX SOSY 150 MG/ML .....	153	MG/10ML .....	36
COSENTYX SOSY 75 MG/0.5ML .....	153	CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 2 GM/10ML	
COSENTYX UNOREADY SOAJ 300		.....	36
MG/2ML .....	153	CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 2000	
COTELLIC TABS 20 MG .....	36	MG/20ML .....	36
COXANTO CAPS 300 MG .....	72	CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 500	
CREON CPEP 12000-38000 UNIT.....	110	MG/2.5ML .....	36
CREON CPEP 24000-76000 UNIT.....	110	CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 500	
CREON CPEP 3000-9500 UNIT.....	110	MG/5ML .....	36
CREON CPEP 36000-114000 UNIT.....	110	<i>cyclophosphamide solr 1 gm</i> .....	36
CREON CPEP 6000-19000 UNIT.....	110	<i>cyclophosphamide solr 2 gm</i> .....	36
CRESEMBA CAPS 186 MG .....	25	<i>cyclophosphamide solr 500 mg</i> .....	36
CRESEMBA CAPS 74.5 MG .....	25	<i>cycloserine caps 250 mg</i> .....	26
CRESEMBA SOLR 372 MG .....	25	<i>cyclosporine caps 100 mg</i> .....	134
<i>cromolyn sodium conc 100 mg/5ml</i> .....	140	<i>cyclosporine caps 25 mg</i> .....	134
<i>cromolyn sodium nebu 20 mg/2ml</i> .....	140	<i>cyclosporine emul 0.05 %</i> .....	112
CROMOLYN SODIUM SOLN 4 %.....	113	<i>cyclosporine modified caps 100 mg</i> .....	134
CROTAN LOTN 10 %.....	148	<i>cyclosporine modified caps 25 mg</i> .....	134
<i>cryselle-28 tabs 0.3-30 mg-mcg</i> .....	121	<i>cyclosporine modified caps 50 mg</i> .....	134
CRYSVITA SOLN 10 MG/ML .....	136	<i>cyclosporine modified soln 100 mg/ml</i> ....	134
CRYSVITA SOLN 20 MG/ML .....	136	<i>cyclosporine soln 50 mg/ml</i> .....	134
CRYSVITA SOLN 30 MG/ML .....	136	<i>cyproheptadine hcl syrp 2 mg/5ml</i> .....	33
CURITY GAUZE PADS 2 .....	105	<i>cyproheptadine hcl tabs 4 mg</i> .....	33
CUTAQUIG SOLN 1 GM/6ML .....	145	CYRAMZA SOLN 100 MG/10ML.....	36
CUTAQUIG SOLN 1.65 GM/10ML .....	145	CYRAMZA SOLN 500 MG/50ML.....	36
CUTAQUIG SOLN 2 GM/12ML .....	145	CYSTADANE POWD .....	136
CUTAQUIG SOLN 3.3 GM/20ML .....	145	CYSTAGON CAPS 150 MG.....	136
CUTAQUIG SOLN 4 GM/24ML .....	145	CYSTAGON CAPS 50 MG .....	136
CUTAQUIG SOLN 8 GM/48ML .....	145	CYSTARAN SOLN 0.44 % .....	114
<i>cyclobenzaprine hcl tabs 10 mg</i> .....	55	<i>cytarabine (pf) soln 100 mg/ml</i> .....	36
<i>cyclobenzaprine hcl tabs 5 mg</i> .....	55	<i>cytarabine (pf) soln 20 mg/ml</i> .....	36
CYCLOPHOSPH INJ 1GM/2ML .....	36	CYTARABINE SOLN 20 MG/ML .....	36
CYCLOPHOSPH INJ 500MG .....	36	CYTOGAM INJ 50 MG/ML .....	145
CYCLOPHOSPHA INJ 2GM/4ML.....	36		

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



**D**

<i>dabigatran etexilate mesylate caps 110 mg</i>	57	DAURISMO TABS 25 MG	37
<i>dabigatran etexilate mesylate caps 150 mg</i>	57	DAYBUE SOLN 200 MG/ML	90
<i>dabigatran etexilate mesylate caps 75 mg</i>	57	<i>decitabine solr 50 mg</i>	37
DACARBAZINE SOLR 100 MG	36	<i>deferasirox granules pack 180 mg</i>	117
<i>dacarbazine solr 200 mg</i>	36	<i>deferasirox granules pack 360 mg</i>	117
<i>dactinomycin solr 0.5 mg</i>	36	<i>deferasirox granules pack 90 mg</i>	118
<i>dalfampridine er tb12 10 mg</i>	91	<i>deferasirox tabs 180 mg</i>	118
DALVANCE SOLR 500 MG	21	<i>deferasirox tabs 360 mg</i>	118
<i>danazol caps 100 mg</i>	120	<i>deferasirox tabs 90 mg</i>	118
<i>danazol caps 200 mg</i>	120	<i>deferasirox tbso 125 mg</i>	118
<i>danazol caps 50 mg</i>	120	<i>deferasirox tbso 250 mg</i>	118
<i>dantrolene sodium caps 100 mg</i>	55	<i>deferasirox tbso 500 mg</i>	118
<i>dantrolene sodium caps 25 mg</i>	55	<i>deferiprone tabs 1000 mg</i>	118
<i>dantrolene sodium caps 50 mg</i>	55	<i>deferiprone tabs 500 mg</i>	118
DANYELZA SOLN 40 MG/10ML	36	<i>deferoxamine mesylate solr 2 gm</i>	118
<i>dapsone tabs 100 mg</i>	26	<i>deferoxamine mesylate solr 500 mg</i>	118
<i>dapsone tabs 25 mg</i>	26	<i>deflazacort susp 22.75 mg/ml</i>	118
DAPTACEL SUSP 23-15-5	146	<i>deflazacort tabs 18 mg</i>	118
<i>daptomycin solr 350 mg</i>	21	<i>deflazacort tabs 30 mg</i>	118
<i>daptomycin solr 500 mg</i>	21	<i>deflazacort tabs 36 mg</i>	118
<i>darifenacin hydrobromide er tb24 15 mg</i>	154	<i>deflazacort tabs 6 mg</i>	118
<i>darifenacin hydrobromide er tb24 7.5 mg</i>	154	DELSTRIGO TABS 100-300-300 MG	28
<i>darunavir tabs 600 mg</i>	28	<i>demeclocycline hcl tabs 150 mg</i>	22
<i>darunavir tabs 800 mg</i>	28	<i>demeclocycline hcl tabs 300 mg</i>	22
DARZALEX FASPRO SOLN 1800-30000		DEPO-ESTRADIOL OIL 5 MG/ML	124
MG-UT/15ML	37	DEPO-MEDROL SUSP 20 MG/ML	118
DARZALEX SOLN 100 MG/5ML	37	DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104	
DARZALEX SOLN 400 MG/20ML	37	MG/0.65ML	126
<i>dasatinib tabs 100 mg</i>	37	<i>depo-testosterone soln 100 mg/ml</i>	120
<i>dasatinib tabs 140 mg</i>	37	<i>depo-testosterone soln 200 mg/ml</i>	120
<i>dasatinib tabs 20 mg</i>	37	DESCOVY TABS 120-15 MG	28
<i>dasatinib tabs 50 mg</i>	37	DESCOVY TABS 200-25 MG	28
<i>dasatinib tabs 70 mg</i>	37	<i>desipramine hcl tabs 10 mg</i>	95
<i>dasatinib tabs 80 mg</i>	37	<i>desipramine hcl tabs 100 mg</i>	95
<i>daunorubicin hcl soln 20 mg/4ml</i>	37	<i>desipramine hcl tabs 150 mg</i>	95
DAURISMO TABS 100 MG	37	<i>desipramine hcl tabs 25 mg</i>	95
		<i>desipramine hcl tabs 50 mg</i>	95
		<i>desipramine hcl tabs 75 mg</i>	95

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>desmopressin ace spray refrig soln 0.01 %</i>		<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 15 mg ....</i>	76
.....	126	<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 20 mg ....</i>	76
DESMOPRESSIN ACETATE SOLN 4		<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 25 mg ....</i>	76
MCG/ML.....	126	<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 30 mg ....</i>	76
<i>desmopressin acetate spray soln 0.01 %</i>	126	<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 35 mg ....</i>	76
<i>desmopressin acetate tabs 0.1 mg</i> .....	126	<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 40 mg ....</i>	76
<i>desmopressin acetate tabs 0.2 mg</i> .....	126	<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 5 mg</i> .....	76
<i>desonide crea 0.05 %</i> .....	149	<i>dexmethylphenidate hcl tabs 10 mg</i> .....	76
<i>desonide lotn 0.05 %</i> .....	149	<i>dexmethylphenidate hcl tabs 2.5 mg</i> .....	76
<i>desonide oint 0.05 %</i> .....	149	<i>dexmethylphenidate hcl tabs 5 mg</i> .....	76
<i>desoximetasone crea 0.25 %</i> .....	149	<i>dexrazoxane hcl solr 250 mg</i> .....	136
<i>desoximetasone oint 0.25 %</i> .....	149	<i>dexrazoxane hcl solr 500 mg</i> .....	136
<i>desvenlafaxine succinate er tb24 100 mg</i> ..	95	<i>dextroamphetamine sulfate er cp24 10 mg</i>	
<i>desvenlafaxine succinate er tb24 25 mg</i> ...	95	.....	76
<i>desvenlafaxine succinate er tb24 50 mg</i> ...	95	<i>dextroamphetamine sulfate er cp24 15 mg</i>	
<i>dexamethasone elix 0.5 mg/5ml</i> .....	118	.....	76
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1		<i>dextroamphetamine sulfate er cp24 5 mg</i> ..	76
MG/ML.....	118	<i>dextroamphetamine sulfate tabs 10 mg</i> ....	76
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID		<i>dextroamphetamine sulfate tabs 5 mg</i> .....	76
SOSY 4 MG/ML.....	118	DEXTROSE IN LACTATED RINGERS	
DEXAMETHASONE SODIUM		SOLN 5 %.....	108
PHOSPHATE SOLN 0.1 %.....	112	DEXTROSE SOLN 10 %.....	106
<i>dexamethasone sodium phosphate soln 10</i>		DEXTROSE SOLN 5 %.....	106
<i>mg/ml</i> .....	119	DEXTROSE SOLN 50 %.....	106
<i>dexamethasone sodium phosphate soln 20</i>		DEXTROSE SOLN 70 %.....	106
<i>mg/5ml</i> .....	119	DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE SOLN	
<i>dexamethasone sodium phosphate soln 4</i>		10-0.45 %.....	108
<i>mg/ml</i> .....	119	DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE SOLN	
DEXAMETHASONE SODIUM		2.5-0.45 %.....	108
PHOSPHATE SOSY 4 MG/ML.....	119	DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE SOLN 5-	
DEXAMETHASONE SOLN 0.5 MG/5ML	119	0.2 %.....	108
<i>dexamethasone tabs 0.5 mg</i> .....	119	DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE SOLN 5-	
<i>dexamethasone tabs 0.75 mg</i> .....	119	0.45 %.....	108
<i>dexamethasone tabs 1 mg</i> .....	119	DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE SOLN 5-	
<i>dexamethasone tabs 1.5 mg</i> .....	119	0.9 %.....	108
<i>dexamethasone tabs 2 mg</i> .....	119	DIACOMIT CAPS 250 MG.....	78
<i>dexamethasone tabs 4 mg</i> .....	119	DIACOMIT CAPS 500 MG.....	78
<i>dexamethasone tabs 6 mg</i> .....	119	DIACOMIT PACK 250 MG.....	78
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 10 mg</i> ....	76	DIACOMIT PACK 500 MG.....	79

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



DIASTAT ACUDIAL GEL 10 MG .....	79	DILANTIN CAPS 30 MG.....	79
DIASTAT ACUDIAL GEL 20 MG .....	79	DILANTIN INFATABS CHEW 50 MG .....	79
<i>diazepam gel 10 mg</i> .....	79	DILTIAZEM HCL ER BEADS CP24 300 MG	
DIAZEPAM GEL 2.5 MG .....	79	.....	65
<i>diazepam gel 20 mg</i> .....	79	<i>diltiazem hcl er coated beads cp24 120 mg</i>	
<i>diazepam intensol conc 5 mg/ml</i> .....	87	.....	65
<i>diazepam soln 5 mg/5ml</i> .....	87	<i>diltiazem hcl er coated beads cp24 180 mg</i>	
<i>diazepam soln 5 mg/ml</i> .....	87	.....	65
<i>diazepam tabs 10 mg</i> .....	87	<i>diltiazem hcl er coated beads cp24 240 mg</i>	
<i>diazepam tabs 2 mg</i> .....	87	.....	65
<i>diazepam tabs 5 mg</i> .....	87	<i>diltiazem hcl er coated beads cp24 300 mg</i>	
<i>diazoxide susp 50 mg/ml</i> .....	122	.....	65
<i>dichlorphenamide tabs 50 mg</i> .....	136	<i>diltiazem hcl er coated beads cp24 360 mg</i>	
<i>diclofenac sodium gel 1 %</i> .....	149	.....	65
<i>diclofenac sodium gel 3 %</i> .....	149	DILTIAZEM HCL ER COATED BEADS	
<i>diclofenac sodium soln 0.1 %</i> .....	112	CP24 360 MG .....	65
<i>diclofenac sodium soln 1.5 %</i> .....	149	<i>diltiazem hcl er cp12 120 mg</i> .....	65
<i>diclofenac sodium tbec 25 mg</i> .....	72	<i>diltiazem hcl er cp12 60 mg</i> .....	65
<i>diclofenac sodium tbec 50 mg</i> .....	72	<i>diltiazem hcl er cp12 90 mg</i> .....	65
<i>diclofenac sodium tbec 75 mg</i> .....	72	<i>diltiazem hcl er cp24 120 mg</i> .....	65
DICLONA GEL 1-4.5 % .....	153	<i>diltiazem hcl er cp24 180 mg</i> .....	65
<i>dicloxacillin sodium caps 250 mg</i> .....	22	<i>diltiazem hcl er cp24 240 mg</i> .....	65
<i>dicloxacillin sodium caps 500 mg</i> .....	22	<i>diltiazem hcl soln 125 mg/25ml</i> .....	65
<i>dicyclomine hcl caps 10 mg</i> .....	53	<i>diltiazem hcl soln 25 mg/5ml</i> .....	65
<i>dicyclomine hcl soln 10 mg/5ml</i> .....	53	<i>diltiazem hcl soln 50 mg/10ml</i> .....	65
<i>dicyclomine hcl soln 10 mg/ml</i> .....	53	DILTIAZEM HCL SOLR 100 MG .....	66
<i>dicyclomine hcl tabs 20 mg</i> .....	53	<i>diltiazem hcl tabs 120 mg</i> .....	66
DIFICID SUSR 40 MG/ML .....	22	<i>diltiazem hcl tabs 30 mg</i> .....	66
DIFICID TABS 200 MG.....	22	<i>diltiazem hcl tabs 60 mg</i> .....	66
<i>diflorasone diacetate oint 0.05 %</i> .....	149	<i>diltiazem hcl tabs 90 mg</i> .....	66
<i>diflunisal tabs 500 mg</i> .....	72	<i>dilt-xr cp24 120 mg</i> .....	65
<i>difluprednate emul 0.05 %</i> .....	112	<i>dilt-xr cp24 180 mg</i> .....	65
DIGOXIN SOLN 0.05 MG/ML .....	67	<i>dilt-xr cp24 240 mg</i> .....	65
<i>digoxin soln 0.25 mg/ml</i> .....	67	DIMENHYDRINATE SOLN 50 MG/ML ...	115
<i>digoxin tabs 125 mcg</i> .....	67	<i>dimethyl fumarate cpdr 120 mg</i> .....	91
<i>digoxin tabs 250 mcg</i> .....	67	<i>dimethyl fumarate cpdr 240 mg</i> .....	91
<i>dihydroergotamine mesylate soln 1 mg/ml</i> 55		<i>dimethyl fumarate starter pack cdpk 120 &amp;</i>	
<i>dihydroergotamine mesylate soln 4 mg/ml</i> 55		<i>240 mg</i> .....	91
DILANTIN CAPS 100 MG.....	79	DIPENTUM CAPS 250 MG .....	115

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>diphenhydramine hcl soln 50 mg/ml</i> .....	33	<i>donepezil hcl tbdp 5 mg</i> .....	54
DIPHENOXYLATE-ATROPINE LIQD 2.5-0.025 MG/5ML .....	115	<i>dopamine hcl soln 40 mg/ml</i> .....	56
<i>diphenoxylate-atropine tabs 2.5-0.025 mg</i> .....	115	DOPAMINE-DEXTROSE SOLN 0.8-5 MG/ML-%.....	56
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT SUSP 25-5 LFU/0.5ML.....	145	DOPAMINE-DEXTROSE SOLN 1.6-5 MG/ML-%.....	56
<i>dipyridamole tabs 25 mg</i> .....	70	DOPAMINE-DEXTROSE SOLN 3.2-5 MG/ML-%.....	56
<i>dipyridamole tabs 50 mg</i> .....	70	DOPTLET TABS 20 MG .....	60
<i>dipyridamole tabs 75 mg</i> .....	70	DORYX MPC TBEC 60 MG .....	22
<i>disopyramide phosphate caps 100 mg</i> .....	67	<i>dorzolamide hcl soln 2 %</i> .....	113
<i>disopyramide phosphate caps 150 mg</i> .....	67	<i>dorzolamide hcl-timolol mal soln 2-0.5 %</i> .....	113
<i>disulfiram tabs 250 mg</i> .....	71	<i>dotti pttw 0.025 mg/24hr</i> .....	124
<i>disulfiram tabs 500 mg</i> .....	71	<i>dotti pttw 0.0375 mg/24hr</i> .....	124
<i>divalproex sodium csdr 125 mg</i> .....	79	<i>dotti pttw 0.05 mg/24hr</i> .....	124
<i>divalproex sodium er tb24 250 mg</i> .....	79	<i>dotti pttw 0.075 mg/24hr</i> .....	124
<i>divalproex sodium er tb24 500 mg</i> .....	79	<i>dotti pttw 0.1 mg/24hr</i> .....	124
<i>divalproex sodium tbec 125 mg</i> .....	79	DOVATO TABS 50-300 MG .....	28
<i>divalproex sodium tbec 250 mg</i> .....	79	<i>doxazosin mesylate tabs 1 mg</i> .....	61
<i>divalproex sodium tbec 500 mg</i> .....	79	<i>doxazosin mesylate tabs 2 mg</i> .....	61
<i>dobutamine hcl soln 250 mg/20ml</i> .....	56	<i>doxazosin mesylate tabs 4 mg</i> .....	61
DOBUTAMINE-DEXTROSE SOLN 1-5 MG/ML-%.....	56	<i>doxazosin mesylate tabs 8 mg</i> .....	61
DOBUTAMINE-DEXTROSE SOLN 2-5 MG/ML-%.....	56	<i>doxepin hcl caps 10 mg</i> .....	95
<i>docetaxel conc 20 mg/ml</i> .....	37	<i>doxepin hcl caps 100 mg</i> .....	95
<i>docetaxel conc 80 mg/4ml</i> .....	37	<i>doxepin hcl caps 150 mg</i> .....	96
<i>docetaxel soln 160 mg/16ml</i> .....	37	<i>doxepin hcl caps 25 mg</i> .....	96
<i>docetaxel soln 20 mg/2ml</i> .....	37	<i>doxepin hcl caps 50 mg</i> .....	96
<i>docetaxel soln 80 mg/8ml</i> .....	37	<i>doxepin hcl caps 75 mg</i> .....	96
DOCIVYX SOLN 160 MG/16ML .....	37	<i>doxepin hcl conc 10 mg/ml</i> .....	96
DOCIVYX SOLN 20 MG/2ML .....	37	<i>doxepin hcl tabs 3 mg</i> .....	96
DOCIVYX SOLN 80 MG/8ML .....	37	<i>doxepin hcl tabs 6 mg</i> .....	96
<i>dofetilide caps 125 mcg</i> .....	67	<i>doxorubicin hcl liposomal inj 2 mg/ml</i> .....	37
<i>dofetilide caps 250 mcg</i> .....	67	DOXORUBICIN HCL SOLN 2 MG/ML.....	37
<i>dofetilide caps 500 mcg</i> .....	67	DOXORUBICIN HCL SOLR 10 MG.....	37
<i>donepezil hcl tabs 10 mg</i> .....	54	<i>doxorubicin hcl solr 50 mg</i> .....	37
<i>donepezil hcl tabs 5 mg</i> .....	54	<i>doxy 100 solr 100 mg</i> .....	22
<i>donepezil hcl tbdp 10 mg</i> .....	54	<i>doxycycline hyclate caps 100 mg</i> .....	22
		<i>doxycycline hyclate caps 50 mg</i> .....	22
		<i>doxycycline hyclate tabs 100 mg</i> .....	22

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 1-800-805-2739 (TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



<i>doxycycline hyclate tabs 20 mg</i> .....	22	<i>edaravone soln 30 mg/100ml</i> .....	90
<i>doxycycline monohydrate caps 50 mg</i> .....	22	EDURANT TABS 25 MG .....	28
<i>doxycycline monohydrate susr 25 mg/5ml</i> .....	22	EFAVIRENZ CAPS 200 MG .....	28
<i>doxycycline monohydrate tabs 100 mg</i> .....	22	EFAVIRENZ CAPS 50 MG .....	28
<i>doxycycline monohydrate tabs 50 mg</i> .....	22	<i>efavirenz tabs 600 mg</i> .....	28
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20 MG .....	96	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df tabs 600-200-300 mg</i> .....	28
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30 MG .....	96	EGRIFTA SV SOLR 2 MG .....	127
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 40 MG .....	96	ELAHERE SOLN 100 MG/20ML .....	37
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 60 MG .....	96	ELAPRASE SOLN 6 MG/3ML .....	110
<i>dronabinol caps 10 mg</i> .....	115	ELELYSO SOLR 200 UNIT .....	110
<i>dronabinol caps 2.5 mg</i> .....	115	ELEPSIA XR TB24 1000 MG .....	79
<i>dronabinol caps 5 mg</i> .....	115	ELEPSIA XR TB24 1500 MG .....	79
DROPERIDOL SOLN 2.5 MG/ML .....	87	<i>eletriptan hydrobromide tabs 20 mg</i> .....	84
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tabs 3-0.02 mg</i> .....	121	<i>eletriptan hydrobromide tabs 40 mg</i> .....	84
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tabs 3-0.03 mg</i> .....	121	ELFABRIO SOLN 20 MG/10ML .....	110
DROXIA CAPS 200 MG .....	37	ELFABRIO SOLN 5 MG/2.5ML .....	110
DROXIA CAPS 300 MG .....	37	ELIGARD KIT 22.5 MG .....	37
DROXIA CAPS 400 MG .....	37	ELIGARD KIT 30 MG .....	37
<i>droxidopa caps 100 mg</i> .....	56	ELIGARD KIT 45 MG .....	37
<i>droxidopa caps 200 mg</i> .....	56	ELIGARD KIT 7.5 MG .....	37
<i>droxidopa caps 300 mg</i> .....	56	ELIQUIS TABS 5 MG .....	57
<i>duloxetine hcl cpep 20 mg</i> .....	96	ELITEK SOLR 1.5 MG .....	110
<i>duloxetine hcl cpep 30 mg</i> .....	96	<i>elixophyllin elix 80 mg/15ml</i> .....	154
<i>duloxetine hcl cpep 40 mg</i> .....	96	ELLA TABS 30 MG .....	121
<i>duloxetine hcl cpep 60 mg</i> .....	96	ELLEENCE SOLN 200 MG/100ML .....	38
DUPIXENT SOPN 200 MG/1.14ML .....	140	ELLEENCE SOLN 50 MG/25ML .....	38
DUPIXENT SOPN 300 MG/2ML .....	140	ELMIRON CAPS 100 MG .....	136
DUPIXENT SOSY 100 MG/0.67ML .....	140	ELREXFIO SOLN 44 MG/1.1ML .....	38
DUPIXENT SOSY 200 MG/1.14ML .....	140	ELREXFIO SOLN 76 MG/1.9ML .....	38
DUPIXENT SOSY 300 MG/2ML .....	140	<i>eluryng ring 0.12-0.015 mg/24hr</i> .....	121
DURYSTA IMPL 10 MCG .....	113	ELZONRIS SOLN 1000 MCG/ML .....	38
<i>dutasteride caps 0.5 mg</i> .....	129	EMCYT CAPS 140 MG .....	38
DUVYZAT SUSP 8.86 MG/ML .....	136	EMFLAZA TABS 36 MG .....	119
<b>E</b>			
E.E.S. 400 TABS 400 MG .....	22	EMFLAZA TABS 6 MG .....	119
<i>easygel gel 0.4 %</i> .....	136	EMPLICITI SOLR 300 MG .....	38
		EMPLICITI SOLR 400 MG .....	38
		EMSAM PT24 12 MG/24HR .....	86
		EMSAM PT24 6 MG/24HR .....	86

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



EMSAM PT24 9 MG/24HR.....	86	ENSTILAR FOAM 0.005-0.064 % .....	149
<i>emtricitabine caps 200 mg</i> .....	28	<i>entacapone tabs 200 mg</i> .....	86
<i>emtricitabine-tenofovir df tabs 100-150 mg</i> .....	28	<i>entecavir tabs 0.5 mg</i> .....	28
<i>emtricitabine-tenofovir df tabs 133-200 mg</i> .....	28	<i>entecavir tabs 1 mg</i> .....	28
<i>emtricitabine-tenofovir df tabs 167-250 mg</i> .....	28	ENTRESTO TABS 24-26 MG.....	69
<i>emtricitabine-tenofovir df tabs 200-300 mg</i> .....	28	ENTRESTO TABS 49-51 MG.....	69
EMTRIVA SOLN 10 MG/ML.....	28	ENTRESTO TABS 97-103 MG.....	69
<i>enalapril maleate tabs 10 mg</i> .....	69	ENTYVIO SOLR 300 MG .....	116
<i>enalapril maleate tabs 2.5 mg</i> .....	69	ENTYVIO SOPN 108 MG/0.68ML .....	116
<i>enalapril maleate tabs 20 mg</i> .....	69	<i>enulose soln 10 gm/15ml</i> .....	105
<i>enalapril maleate tabs 5 mg</i> .....	69	ENVARUSUS XR TB24 0.75 MG.....	134
<i>enalaprilat inj 1.25 mg/ml</i> .....	69	ENVARUSUS XR TB24 1 MG .....	134
ENBREL MINI SOCT 50 MG/ML .....	131	ENVARUSUS XR TB24 4 MG .....	134
ENBREL SOLN 25 MG/0.5ML .....	131	EOHILIA SUSP 2 MG/10ML.....	119
ENBREL SOSY 25 MG/0.5ML.....	131	EPCLUSA PACK 150-37.5 MG .....	28
ENBREL SOSY 50 MG/ML.....	131	EPCLUSA PACK 200-50 MG .....	28
ENBREL SURECLICK SOAJ 50 MG/ML	131	EPCLUSA TABS 200-50 MG.....	29
ENDARI PACK 5 GM.....	136	EPCLUSA TABS 400-100 MG.....	29
<i>endocet tabs 5-325 mg</i> .....	72	EPIDIOLEX SOLN 100 MG/ML .....	79
<i>endocet tabs 7.5-325 mg</i> .....	72	EPINEPHRINE SOAJ 0.15 MG/0.15ML ...	56
ENDOMETRIN INST 100 MG.....	126	<i>epinephrine soaj 0.15 mg/0.3ml</i> .....	56
ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML .....	146	<i>epinephrine soaj 0.3 mg/0.3ml</i> .....	56
ENGERIX-B SUSY 10 MCG/0.5ML .....	146	EPINEPHRINE SOAJ 0.3 MG/0.3ML .....	56
ENGERIX-B SUSY 20 MCG/ML.....	146	EPINEPHRINE SOSY 1 MG/10ML.....	56
ENHERTU SOLR 100 MG.....	38	EPIVIR HBV SOLN 5 MG/ML.....	29
ENJAYMO SOLN 1100 MG/22ML.....	136	EPKINLY SOLN 4 MG/0.8ML.....	38
ENOXAPARIN SODIUM SOLN 300 MG/3ML .....	57	EPKINLY SOLN 48 MG/0.8ML.....	38
<i>enoxaparin sodium sosy 100 mg/ml</i> .....	57	<i>epoprostenol sodium solr 0.5 mg</i> .....	143
<i>enoxaparin sodium sosy 120 mg/0.8ml</i> .....	57	<i>epoprostenol sodium solr 1.5 mg</i> .....	143
<i>enoxaparin sodium sosy 150 mg/ml</i> .....	57	EPRONTIA SOLN 25 MG/ML.....	79
<i>enoxaparin sodium sosy 30 mg/0.3ml</i> .....	57	ERBITUX SOLN 100 MG/50ML.....	38
<i>enoxaparin sodium sosy 40 mg/0.4ml</i> .....	57	ERBITUX SOLN 200 MG/100ML.....	38
<i>enoxaparin sodium sosy 60 mg/0.6ml</i> .....	58	ERGOLOID MESYLATES TABS 1 MG ...	55
<i>enoxaparin sodium sosy 80 mg/0.8ml</i> .....	58	ERGOMAR SUBL 2 MG.....	55
		ERGOTAMINE-CAFFEINE TABS 1-100 MG .....	84
		<i>eribulin mesylate soln 1 mg/2ml</i> .....	38
		ERIVEDGE CAPS 150 MG .....	38
		ERLEADA TABS 240 MG.....	38

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.





ERLEADA TABS 60 MG.....	38	eszopiclone tabs 3 mg.....	87
erlotinib hcl tabs 100 mg.....	38	ethacrynic acid tabs 25 mg.....	106
erlotinib hcl tabs 150 mg.....	38	ethambutol hcl tabs 100 mg.....	26
erlotinib hcl tabs 25 mg.....	38	ethambutol hcl tabs 400 mg.....	26
ertapenem sodium solr 1 gm.....	22	ethosuximide caps 250 mg.....	79
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500 MG.....	22	ethosuximide soln 250 mg/5ml.....	79
ERYTHROMYCIN BASE CPEP 250 MG..	22	ethynodiol diac-eth estradiol tabs 1-50 mg- mcg.....	121
erythromycin base tabs 250 mg.....	22	etodolac caps 200 mg.....	72
erythromycin base tabs 500 mg.....	22	etodolac caps 300 mg.....	72
erythromycin gel 2 %.....	148	etodolac tabs 400 mg.....	72
erythromycin oint 5 mg/gm.....	111	etodolac tabs 500 mg.....	72
erythromycin soln 2 %.....	148	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL RING 0.12-0.015 MG/24HR.....	121
erythromycin tbec 250 mg.....	22	ETOPOPHOS SOLR 100 MG.....	38
escitalopram oxalate soln 5 mg/5ml.....	96	etoposide soln 1 gm/50ml.....	38
escitalopram oxalate tabs 10 mg.....	96	etoposide soln 100 mg/5ml.....	38
escitalopram oxalate tabs 20 mg.....	96	etoposide soln 500 mg/25ml.....	38
escitalopram oxalate tabs 5 mg.....	96	etravirine tabs 100 mg.....	29
ESMOLOL HCL SOLN 100 MG/10ML.....	63	etravirine tabs 200 mg.....	29
esmolol hcl-sodium chloride soln 2000 mg/100ml.....	63	EULEXIN CAPS 125 MG.....	38
esmolol hcl-sodium chloride soln 2500 mg/250ml.....	63	everolimus tabs 0.25 mg.....	134
ESTRACE CREA 0.1 MG/GM.....	125	everolimus tabs 0.5 mg.....	134
estradiol crea 0.1 mg/gm.....	125	everolimus tabs 0.75 mg.....	134
estradiol pttw 0.025 mg/24hr.....	125	everolimus tabs 1 mg.....	134
estradiol pttw 0.0375 mg/24hr.....	125	everolimus tabs 10 mg.....	38
ESTRADIOL PTTW 0.05 MG/24HR.....	125	everolimus tabs 2.5 mg.....	38
estradiol pttw 0.075 mg/24hr.....	125	everolimus tabs 5 mg.....	38
estradiol pttw 0.1 mg/24hr.....	125	everolimus tabs 7.5 mg.....	38
estradiol tabs 0.5 mg.....	125	everolimus tbso 2 mg.....	38
estradiol tabs 1 mg.....	125	everolimus tbso 3 mg.....	38
estradiol tabs 10 mcg.....	125	everolimus tbso 5 mg.....	38
estradiol tabs 2 mg.....	125	EVKEEZA SOLN 1200 MG/8ML.....	62
estradiol valerate oil 20 mg/ml.....	125	EVKEEZA SOLN 345 MG/2.3ML.....	62
estradiol valerate oil 40 mg/ml.....	125	EVOMELA SOLR 50 MG.....	38
ESTRING RING 7.5 MCG/24HR.....	125	EVOTAZ TABS 300-150 MG.....	29
eszopiclone tabs 1 mg.....	87	EVRYSDI SOLR 0.75 MG/ML.....	136
eszopiclone tabs 2 mg.....	87	exemestane tabs 25 mg.....	39
		EXONDYS 51 SOLN 100 MG/2ML.....	136

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후  
8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



EXONDYS 51 SOLN 500 MG/10ML.....	136
EYLEA SOLN 2 MG/0.05ML.....	114
EYLEA SOSY 2 MG/0.05ML.....	114
<i>ezetimibe tabs 10 mg</i> .....	62

**F**

FABHALTA CAPS 200 MG.....	136
FABRAZYME SOLR 35 MG.....	110
FABRAZYME SOLR 5 MG.....	110
<i>famciclovir tabs 125 mg</i> .....	29
<i>famciclovir tabs 250 mg</i> .....	29
<i>famciclovir tabs 500 mg</i> .....	29
<i>famotidine (pf) soln 20 mg/2ml</i> .....	116
FAMOTIDINE PREMIXED SOLN 20-0.9 MG/50ML-%.....	116
<i>famotidine soln 40 mg/4ml</i> .....	116
<i>famotidine susr 40 mg/5ml</i> .....	116
<i>famotidine tabs 20 mg</i> .....	116
<i>famotidine tabs 40 mg</i> .....	116
FANAPT TABS 1 MG.....	96
FANAPT TABS 10 MG.....	96
FANAPT TABS 12 MG.....	96
FANAPT TABS 2 MG.....	96
FANAPT TABS 4 MG.....	96
FANAPT TABS 6 MG.....	96
FANAPT TABS 8 MG.....	96
FANAPT TITRATION PACK TABS 1 & 2 & 4 & 6 MG.....	96
FASENRA PEN SOAJ 30 MG/ML.....	141
FASENRA SOSY 30 MG/ML.....	141
<i>febuxostat tabs 40 mg</i> .....	129
<i>febuxostat tabs 80 mg</i> .....	129
<i>felbamate susp 600 mg/5ml</i> .....	79
<i>felbamate tabs 400 mg</i> .....	79
<i>felbamate tabs 600 mg</i> .....	79
<i>felodipine er tb24 10 mg</i> .....	66
<i>felodipine er tb24 2.5 mg</i> .....	66
<i>felodipine er tb24 5 mg</i> .....	66
<i>fenofibrate tabs 160 mg</i> .....	62

<i>fenofibrate tabs 54 mg</i> .....	62
FENSOLVI (6 MONTH) KIT 45 MG.....	39
FENTANYL CITRATE (PF) SOLN 1000 MCG/20ML.....	72
FENTANYL CITRATE (PF) SOLN 2500 MCG/50ML.....	72
FENTANYL CITRATE TABS 100 MCG....	72
FENTANYL CITRATE TABS 200 MCG....	72
FENTANYL CITRATE TABS 400 MCG....	72
FENTANYL CITRATE TABS 600 MCG....	72
FENTANYL CITRATE TABS 800 MCG....	72
<i>fentanyl pt72 100 mcg/hr</i> .....	72
<i>fentanyl pt72 12 mcg/hr</i> .....	72
<i>fentanyl pt72 25 mcg/hr</i> .....	72
<i>fentanyl pt72 50 mcg/hr</i> .....	72
<i>fentanyl pt72 75 mcg/hr</i> .....	73
FERRIPROX TABS 1000 MG.....	118
FERRIPROX TWICE-A-DAY TABS 1000 MG.....	118
FETROJA SOLR 1 GM.....	22
FETZIMA CP24 120 MG.....	96
FETZIMA CP24 20 MG.....	96
FETZIMA CP24 40 MG.....	96
FETZIMA CP24 80 MG.....	96
FETZIMA TITRATION C4PK 20 & 40 MG	96
FILSUVEZ GEL 10 %.....	153
<i>finasteride tabs 5 mg</i> .....	129
<i>ingolimod hcl caps 0.5 mg</i> .....	91
FINTEPLA SOLN 2.2 MG/ML.....	79
FIRDAPSE TABS 10 MG.....	136
FIRMAGON (240 MG DOSE) SOLR 120 MG/VIAL.....	39
FIRMAGON SOLR 80 MG.....	39
<i>flavoxate hcl tabs 100 mg</i> .....	154
<i>flecainide acetate tabs 100 mg</i> .....	67
<i>flecainide acetate tabs 150 mg</i> .....	67
<i>flecainide acetate tabs 50 mg</i> .....	67
FLOXURIDINE SOLR 0.5 GM.....	39

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후  
8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>fluconazole in sodium chloride soln 200-0.9 mg/100ml-%</i> .....	25	<i>fluorouracil soln 5 gm/100ml</i> .....	39
<i>fluconazole in sodium chloride soln 400-0.9 mg/200ml-%</i> .....	25	<i>fluorouracil soln 500 mg/10ml</i> .....	39
<i>fluconazole susr 10 mg/ml</i> .....	25	FLUOXETINE HCL (PMDD) TABS 10 MG96	
<i>fluconazole susr 40 mg/ml</i> .....	25	FLUOXETINE HCL (PMDD) TABS 20 MG97	
<i>fluconazole tabs 100 mg</i> .....	25	<i>fluoxetine hcl caps 10 mg</i> .....	97
<i>fluconazole tabs 150 mg</i> .....	25	<i>fluoxetine hcl caps 20 mg</i> .....	97
<i>fluconazole tabs 200 mg</i> .....	25	<i>fluoxetine hcl caps 40 mg</i> .....	97
<i>fluconazole tabs 50 mg</i> .....	25	FLUOXETINE HCL CPDR 90 MG.....	97
<i>flucytosine caps 250 mg</i> .....	25	<i>fluoxetine hcl soln 20 mg/5ml</i> .....	97
<i>flucytosine caps 500 mg</i> .....	25	<i>fluoxetine hcl tabs 10 mg</i> .....	97
<i>fludarabine phosphate soln 50 mg/2ml</i> ....	39	<i>fluoxetine hcl tabs 20 mg</i> .....	97
FLUDARABINE PHOSPHATE SOLR 50 MG.....	39	<i>fluoxetine hcl tabs 60 mg</i> .....	97
<i>fludrocortisone acetate tabs 0.1 mg</i> .....	119	<i>fluphenazine decanoate soln 25 mg/ml</i> ....	97
<i>flumazenil soln 0.5 mg/5ml</i> .....	90	FLUPHENAZINE HCL CONC 5 MG/ML...97	
<i>flumazenil soln 1 mg/10ml</i> .....	90	FLUPHENAZINE HCL ELIX 2.5 MG/5ML.97	
<i>fluocinolone acetonide body oil 0.01 %</i> ...149		FLUPHENAZINE HCL SOLN 2.5 MG/ML.97	
<i>fluocinolone acetonide crea 0.01 %</i> .....149		<i>fluphenazine hcl tabs 1 mg</i> .....	97
<i>fluocinolone acetonide crea 0.025 %</i> .....150		<i>fluphenazine hcl tabs 10 mg</i> .....	97
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01 %</i> .....112		<i>fluphenazine hcl tabs 2.5 mg</i> .....	97
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025 %</i> .....150		<i>fluphenazine hcl tabs 5 mg</i> .....	97
<i>fluocinolone acetonide scalp oil 0.01 %</i> ..150		FLURBIPROFEN SODIUM SOLN 0.03 %.....	112
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01 %</i> .....150		FLUTAMIDE CAPS 125 MG.....	39
<i>fluocinonide crea 0.05 %</i> .....	150	<i>fluticasone propionate crea 0.05 %</i> .....	150
<i>fluocinonide emulsified base crea 0.05 %</i> .....	150	FLUTICASONE PROPIONATE HFA AERO 44 MCG/ACT.....	142
FLUOCINONIDE GEL 0.05 %.....	150	<i>fluticasone propionate oint 0.005 %</i> .....	150
<i>fluocinonide oint 0.05 %</i> .....	150	<i>fluticasone propionate susp 50 mcg/act.</i> ..112	
<i>fluocinonide soln 0.05 %</i> .....	150	<i>fluvoxamine maleate er cp24 100 mg</i> .....	97
<i>fluoritab soln 0.275 (0.125 f) mg/drop</i> ....136		<i>fluvoxamine maleate er cp24 150 mg</i> .....	97
<i>fluorometholone susp 0.1 %</i> .....	112	<i>fluvoxamine maleate tabs 100 mg</i> .....	97
FLUOROURACIL CREA 0.5 %.....	153	<i>fluvoxamine maleate tabs 25 mg</i> .....	97
<i>fluorouracil crea 5 %</i> .....	153	<i>fluvoxamine maleate tabs 50 mg</i> .....	97
<i>fluorouracil soln 1 gm/20ml</i> .....	39	FML FORTE SUSP 0.25 %.....	112
FLUOROURACIL SOLN 2 %.....	153	FML OINT 0.1 %.....	112
<i>fluorouracil soln 2.5 gm/50ml</i> .....	39	FOLOTYN SOLN 20 MG/ML.....	39
<i>fluorouracil soln 5 %</i> .....	153	FOLOTYN SOLN 40 MG/2ML.....	39
		FONDAPARINUX SODIUM SOLN 10 MG/0.8ML.....	58

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 1-800-805-2739 (TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



<i>fondaparinux sodium soln 2.5 mg/0.5ml</i> ... 58	<i>gabapentin tabs 600 mg</i> ..... 80
FONDAPARINUX SODIUM SOLN 5	<i>gabapentin tabs 800 mg</i> ..... 80
MG/0.4ML ..... 58	GALAFOLD CAPS 123 MG ..... 136
FONDAPARINUX SODIUM SOLN 7.5	<i>galantamine hydrobromide er cp24 16 mg</i> 54
MG/0.6ML ..... 58	<i>galantamine hydrobromide er cp24 24 mg</i> 54
FORTEO SOPN 600 MCG/2.4ML ..... 126	<i>galantamine hydrobromide er cp24 8 mg</i> . 54
<i>fosamprenavir calcium tabs 700 mg</i> ..... 29	GALANTAMINE HYDROBROMIDE SOLN 4
<i>fosaprepitant dimeglumine solr 150 mg</i> .. 115	MG/ML ..... 54
<i>fosfomycin tromethamine pack 3 gm</i> ..... 32	<i>galantamine hydrobromide tabs 12 mg</i> .... 54
<i>fosphenytoin sodium soln 100 mg pe/2ml</i> . 79	<i>galantamine hydrobromide tabs 4 mg</i> ..... 54
<i>fosphenytoin sodium soln 500 mg pe/10ml</i>	<i>galantamine hydrobromide tabs 8 mg</i> ..... 54
..... 79	GAMASTAN INJ ..... 145
FOTIVDA CAPS 0.89 MG ..... 39	GAMIFANT SOLN 10 MG/2ML ..... 134
FOTIVDA CAPS 1.34 MG ..... 39	GAMIFANT SOLN 100 MG/20ML ..... 134
FRUZAQLA CAPS 1 MG ..... 39	GAMIFANT SOLN 50 MG/10ML ..... 134
FRUZAQLA CAPS 5 MG ..... 39	GAMMAGARD S/D LESS IGA SOLR 10 GM
FULPHILA SOSY 6 MG/0.6ML ..... 60	..... 145
<i>fulvestrant soty 250 mg/5ml</i> ..... 39	GAMMAGARD S/D LESS IGA SOLR 5 GM
<i>furosemide inj soln 10 mg/ml</i> ..... 106	..... 145
<i>furosemide oral soln 10 mg/ml</i> ..... 106	GAMMAGARD SOLN 2.5 GM/25ML ..... 145
FUROSEMIDE SOLN 8 MG/ML ..... 106	GAMMAKED SOLN 1 GM/10ML ..... 145
<i>furosemide tabs 20 mg</i> ..... 106	GAMMAPLEX SOLN 10 GM/200ML ..... 145
<i>furosemide tabs 40 mg</i> ..... 106	GAMUNEX-C SOLN 1 GM/10ML ..... 145
<i>furosemide tabs 80 mg</i> ..... 106	GANCICLOVIR SODIUM SOLN 500
FUZEON SOLR 90 MG ..... 29	MG/10ML ..... 29
FYARRO SUSR 100 MG ..... 39	<i>ganciclovir sodium solr 500 mg</i> ..... 29
FYCOMPA SUSP 0.5 MG/ML ..... 79	GARDASIL 9 SUSP ..... 146
FYCOMPA TABS 10 MG ..... 79	GARDASIL 9 SUSY ..... 146
FYCOMPA TABS 12 MG ..... 79	GATIFLOXACIN SOLN 0.5 % ..... 111
FYCOMPA TABS 2 MG ..... 79	GATTEX KIT 5 MG ..... 116
FYCOMPA TABS 4 MG ..... 79	GAVILYTE-C SOLR 240 GM ..... 116
FYCOMPA TABS 6 MG ..... 79	<i>gavilyte-g solr 236 gm</i> ..... 116
FYCOMPA TABS 8 MG ..... 80	GAVRETO CAPS 100 MG ..... 39
	GAZYVA SOLN 1000 MG/40ML ..... 39
<b>G</b>	<i>gefitinib tabs 250 mg</i> ..... 39
<i>gabapentin caps 100 mg</i> ..... 80	<i>gemcitabine hcl soln 1 gm/26.3ml</i> ..... 39
<i>gabapentin caps 300 mg</i> ..... 80	GEMCITABINE HCL SOLN 1 GM/26.3ML 39
<i>gabapentin caps 400 mg</i> ..... 80	<i>gemcitabine hcl soln 2 gm/52.6ml</i> ..... 39
<i>gabapentin soln 250 mg/5ml</i> ..... 80	GEMCITABINE HCL SOLN 2 GM/52.6ML 39

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)** 번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 kp.org** 를 방문하십시오.



<i>gemcitabine hcl soln 200 mg/5.26ml</i> .....	39	<i>glipizide er tb24 10 mg</i> .....	122
GEMCITABINE HCL SOLN 200 MG/5.26ML		<i>glipizide er tb24 2.5 mg</i> .....	123
.....	39	<i>glipizide er tb24 5 mg</i> .....	123
<i>gemcitabine hcl solr 1 gm</i> .....	39	<i>glipizide tabs 10 mg</i> .....	123
<i>gemcitabine hcl solr 2 gm</i> .....	39	<i>glipizide tabs 5 mg</i> .....	123
<i>gemcitabine hcl solr 200 mg</i> .....	39	<i>glipizide-metformin hcl tabs 2.5-250 mg</i> .	123
<i>gemfibrozil tabs 600 mg</i> .....	62	<i>glipizide-metformin hcl tabs 2.5-500 mg</i> .	123
<i>generlac soln 10 gm/15ml</i> .....	105	<i>glipizide-metformin hcl tabs 5-500 mg</i> ....	123
<i>gengraf caps 100 mg</i> .....	134	GLUCAGON EMERGENCY KIT 1 MG...	123
<i>gengraf caps 25 mg</i> .....	134	<i>glyburide tabs 1.25 mg</i> .....	123
GENTAK OINT 0.3 % .....	111	<i>glyburide tabs 2.5 mg</i> .....	123
GENTAMICIN IN SALINE SOLN 0.8-0.9		<i>glyburide tabs 5 mg</i> .....	123
MG/ML-% .....	22	<i>glycopyrrolate inj soln 1 mg/5ml</i> .....	53
<i>gentamicin in saline soln 1.2-0.9 mg/ml-%</i>	22	<i>glycopyrrolate oral soln 1 mg/5ml</i> .....	53
GENTAMICIN IN SALINE SOLN 1.6-0.9		<i>glycopyrrolate soln 0.2 mg/ml</i> .....	53
MG/ML-% .....	22	<i>glycopyrrolate soln 0.4 mg/2ml</i> .....	53
GENTAMICIN IN SALINE SOLN 1-0.9		<i>glycopyrrolate soln 4 mg/20ml</i> .....	53
MG/ML-% .....	22	<i>glycopyrrolate tabs 1 mg</i> .....	53
GENTAMICIN IN SALINE SOLN 2-0.9		GLYCOPYRROLATE TABS 1.5 MG .....	53
MG/ML-% .....	22	<i>glycopyrrolate tabs 2 mg</i> .....	53
<i>gentamicin sulfate crea 0.1 %</i> .....	148	<i>glydo prsy 2 %</i> .....	151
<i>gentamicin sulfate oint 0.1 %</i> .....	148	<i>granisetron hcl tabs 1 mg</i> .....	115
<i>gentamicin sulfate soln 0.3 %</i> .....	111	GRANIX SOLN 300 MCG/ML.....	60
<i>gentamicin sulfate soln 10 mg/ml</i> .....	22	GRANIX SOLN 480 MCG/1.6ML.....	60
<i>gentamicin sulfate soln 40 mg/ml</i> .....	22	GRANIX SOSY 300 MCG/0.5ML.....	60
GENVOYA TABS 150-150-200-10 MG....	29	GRANIX SOSY 480 MCG/0.8ML.....	60
GILENYA CAPS 0.25 MG.....	91	GRASTEK SUBL 2800 BAU.....	136
GILOTRIF TABS 20 MG .....	39	<i>griseofulvin microsize susp 125 mg/5ml</i> ...	25
GILOTRIF TABS 30 MG .....	40	<i>griseofulvin microsize tabs 500 mg</i> .....	25
GILOTRIF TABS 40 MG .....	40	<i>griseofulvin ultramicrosize tabs 125 mg</i> ....	25
GIVLAARI SOLN 189 MG/ML.....	136	<i>griseofulvin ultramicrosize tabs 250 mg</i> ....	25
<i>glatopa sosy 20 mg/ml</i> .....	91	guaifenesin-codeine soln 100-10 mg/5ml	142
<i>glatopa sosy 40 mg/ml</i> .....	91	<i>guanfacine hcl er tb24 1 mg</i> .....	90
GLEOSTINE CAPS 10 MG.....	40	<i>guanfacine hcl er tb24 2 mg</i> .....	90
GLEOSTINE CAPS 100 MG.....	40	<i>guanfacine hcl er tb24 3 mg</i> .....	90
GLEOSTINE CAPS 40 MG.....	40	<i>guanfacine hcl er tb24 4 mg</i> .....	90
<i>glimepiride tabs 1 mg</i> .....	122	<i>guanfacine hcl tabs 1 mg</i> .....	68
<i>glimepiride tabs 2 mg</i> .....	122	<i>guanfacine hcl tabs 2 mg</i> .....	68
<i>glimepiride tabs 4 mg</i> .....	122		

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



H

HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ 40 MG/0.8ML .....	131	<i>heparin sodium (porcine) soln 1000 unit/ml</i> .....	58
HADLIMA SOSY 40 MG/0.8ML .....	131	<i>heparin sodium (porcine) soln 10000 unit/ml</i> .....	58
HAEGARDA SOLR 2000 UNIT.....	136	<i>heparin sodium (porcine) soln 20000 unit/ml</i> .....	58
HAEGARDA SOLR 3000 UNIT.....	136	<i>heparin sodium (porcine) soln 5000 unit/ml</i> .....	58
<i>halobetasol propionate crea 0.05 %</i> .....	150	HEPLISAV-B SOSY 20 MCG/0.5ML .....	146
<i>halobetasol propionate foam 0.05 %</i> .....	150	HERCEPTIN HYLECTA SOLN 600-10000 MG-UNT/5ML.....	40
<i>halobetasol propionate oint 0.05 %</i> .....	150	HERCEPTIN SOLR 150 MG .....	40
<i>haloperidol decanoate soln 100 mg/ml</i> .....	97	HERZUMA SOLR 150 MG .....	40
<i>haloperidol decanoate soln 50 mg/ml</i> .....	97	HERZUMA SOLR 420 MG .....	40
<i>haloperidol lactate conc 2 mg/ml</i> .....	97	HIBERIX SOLR 10 MCG.....	146
<i>haloperidol lactate soln 5 mg/ml</i> .....	97	HUMALOG KWIKPEN SOPN 100 UNIT/ML .....	123
<i>haloperidol tabs 0.5 mg</i> .....	97	HUMALOG SOCT 100 UNIT/ML .....	123
<i>haloperidol tabs 1 mg</i> .....	97	HUMALOG SOLN 100 UNIT/ML .....	123
<i>haloperidol tabs 10 mg</i> .....	97	HUMATIN CAPS 250 MG.....	27
<i>haloperidol tabs 2 mg</i> .....	97	HUMATROPE CART 6 MG .....	127
<i>haloperidol tabs 20 mg</i> .....	97	HUMIRA (2 PEN) PNKT 40 MG/0.8ML... 131	
<i>haloperidol tabs 5 mg</i> .....	97	HUMIRA (2 PEN) PNKT 80 MG/0.8ML... 131	
HARVONI PACK 33.75-150 MG.....	29	HUMIRA (2 SYRINGE) PSKT 10 MG/0.1ML .....	131
HARVONI PACK 45-200 MG.....	29	HUMIRA (2 SYRINGE) PSKT 20 MG/0.2ML .....	131
HARVONI TABS 45-200 MG .....	29	HUMIRA (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.4ML .....	131
HARVONI TABS 90-400 MG .....	29	HUMIRA (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.8ML .....	131
HAVRIX SUSP 1440 EL U/ML.....	146	HUMIRA-CD/UC/HS STARTER PNKT 40 MG/0.8ML .....	131
HAVRIX SUSP 720 EL U/0.5ML.....	146	HUMIRA-CD/UC/HS STARTER PNKT 80 MG/0.8ML .....	131
HEPARIN (PORCINE) IN NAACL SOLN 1000-0.9 UT/500ML-% .....	58	HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER PSKT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML... 131	
<i>heparin (porcine) in nacl soln 2000-0.9 unit/l-%</i> .....	58	HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS START PSKT 80 MG/0.8ML.....	131
HEPARIN (PORCINE) IN NAACL SOLN 2000-0.9 UNIT/L-% .....	58		
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W SOLN 100 UNIT/ML.....	58		
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W SOLN 25000-5 UT/500ML-% .....	58		
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W SOLN 40-5 UNIT/ML-% .....	58		
<i>heparin sodium (porcine) pf soln 5000 unit/0.5ml</i> .....	58		

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER		HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE	
PNKT 80 MG/0.8ML .....	131	SUPP 25-18 MG .....	151
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER		<i>hydrocortisone butyr lipo base crea 0.1 %</i>	
PNKT 40 MG/0.8ML .....	131	.....	150
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER		HYDROCORTISONE BUTYR LIPO BASE	
PNKT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML ...	131	CREA 0.1 % .....	150
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUPN (70-30)		HYDROCORTISONE BUTYRATE CREA	
100 UNIT/ML .....	123	0.1 % .....	150
HUMULIN 70/30 SUSP (70-30) 100		HYDROCORTISONE BUTYRATE OINT	
UNIT/ML .....	123	0.1 % .....	150
HUMULIN N KWIKPEN SUPN 100 UNIT/ML		HYDROCORTISONE BUTYRATE SOLN	
.....	123	0.1 % .....	150
HUMULIN N SUSP 100 UNIT/ML .....	123	<i>hydrocortisone crea 2.5 %</i> .....	150
HUMULIN R SOLN 100 UNIT/ML .....	123	HYDROCORTISONE ENEM 100 MG/60ML	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)		.....	150
SOLN 500 UNIT/ML .....	123	HYDROCORTISONE LOTN 2.5 % .....	150
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500		<i>hydrocortisone oint 2.5 %</i> .....	150
UNIT/ML .....	123	<i>hydrocortisone tabs 10 mg</i> .....	119
<i>hydralazine hcl soln 20 mg/ml</i> .....	68	<i>hydrocortisone tabs 20 mg</i> .....	119
<i>hydralazine hcl tabs 10 mg</i> .....	68	<i>hydrocortisone tabs 5 mg</i> .....	119
<i>hydralazine hcl tabs 100 mg</i> .....	68	<i>hydrocortisone valerate crea 0.2 %</i> .....	150
<i>hydralazine hcl tabs 25 mg</i> .....	68	<i>hydrocortisone valerate oint 0.2 %</i> .....	150
<i>hydralazine hcl tabs 50 mg</i> .....	68	<i>hydrocortisone-acetic acid soln 1-2 %</i> ....	112
<i>hydrochlorothiazide caps 12.5 mg</i> .....	106	<i>hydromorphone hcl liqd 1 mg/ml</i> .....	73
<i>hydrochlorothiazide tabs 12.5 mg</i> .....	107	<i>hydromorphone hcl tabs 2 mg</i> .....	73
<i>hydrochlorothiazide tabs 25 mg</i> .....	107	<i>hydromorphone hcl tabs 4 mg</i> .....	73
<i>hydrochlorothiazide tabs 50 mg</i> .....	107	<i>hydromorphone hcl tabs 8 mg</i> .....	73
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325</i>		<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200 mg</i> ..	27
<i>mg/15ml</i> .....	73	HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE	
<i>hydrocodone-acetaminophen tabs 10-325</i>		SOLN 1.25 GM/5ML .....	126
<i>mg</i> .....	73	<i>hydroxyurea caps 500 mg</i> .....	40
<i>hydrocodone-acetaminophen tabs 5-325 mg</i>		HYDROXYZINE HCL SOLN 25 MG/ML ...	87
.....	73	HYDROXYZINE HCL SOLN 50 MG/ML ...	87
<i>hydrocodone-acetaminophen tabs 7.5-325</i>		<i>hydroxyzine hcl syrup 10 mg/5ml</i> .....	87
<i>mg</i> .....	73	<i>hydroxyzine hcl tabs 10 mg</i> .....	88
<i>hydrocortisone (perianal) crea 2.5 %</i> .....	150	<i>hydroxyzine hcl tabs 25 mg</i> .....	88
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE		<i>hydroxyzine hcl tabs 50 mg</i> .....	88
CREA 1-1 % .....	151	HYDROXYZINE PAMOATE CAPS 100 MG	
		.....	88

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)** 번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 kp.org** 를 방문하십시오.



<i>hydroxyzine pamoate caps 25 mg</i> .....	88
<i>hydroxyzine pamoate caps 50 mg</i> .....	88
HYQVIA KIT 10 GM/100ML .....	145
HYQVIA KIT 2.5 GM/25ML .....	145
HYQVIA KIT 20 GM/200ML .....	145
HYQVIA KIT 30 GM/300ML .....	145
HYQVIA KIT 5 GM/50ML .....	145
HYRIMOZ SOAJ 40 MG/0.8ML .....	131
HYRIMOZ SOSY 40 MG/0.8ML .....	131
HYRIMOZ-PED> =40KG CROHN START SOSY 80 MG/0.8ML .....	131

I

IBRANCE CAPS 100 MG .....	40
IBRANCE CAPS 125 MG .....	40
IBRANCE CAPS 75 MG .....	40
IBRANCE TABS 100 MG .....	40
IBRANCE TABS 125 MG .....	40
IBRANCE TABS 75 MG .....	40
<i>ibu tabs 400 mg</i> .....	73
<i>ibu tabs 600 mg</i> .....	73
<i>ibu tabs 800 mg</i> .....	73
<i>ibuprofen lysine soln 10 mg/ml</i> .....	73
<i>ibuprofen susp 100 mg/5ml</i> .....	73
<i>ibuprofen tabs 400 mg</i> .....	73
<i>ibuprofen tabs 600 mg</i> .....	73
<i>ibuprofen tabs 800 mg</i> .....	73
<i>ibutilide fumarate soln 1 mg/10ml</i> .....	67
<i>icatibant acetate sosy 30 mg/3ml</i> .....	57
ICLUSIG TABS 10 MG .....	40
ICLUSIG TABS 15 MG .....	40
ICLUSIG TABS 30 MG .....	40
ICLUSIG TABS 45 MG .....	40
<i>icosapent ethyl caps 0.5 gm</i> .....	62
<i>icosapent ethyl caps 1 gm</i> .....	62
IDACIO (2 PEN) AJKT 40 MG/0.8ML .....	131
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40 MG/0.8ML .....	131

IDACIO-CROHNS/UC STARTER AJKT 40 MG/0.8ML .....	131
IDACIO-PSORIASIS STARTER AJKT 40 MG/0.8ML .....	131
IDAMYCIN PFS SOLN 10 MG/10ML .....	40
IDAMYCIN PFS SOLN 20 MG/20ML .....	40
IDAMYCIN PFS SOLN 5 MG/5ML .....	40
<i>idarubicin hcl soln 10 mg/10ml</i> .....	40
<i>idarubicin hcl soln 20 mg/20ml</i> .....	40
<i>idarubicin hcl soln 5 mg/5ml</i> .....	40
IDHIFA TABS 100 MG .....	40
IDHIFA TABS 50 MG .....	40
IFOSFAMIDE SOLN 1 GM/20ML .....	40
IFOSFAMIDE SOLN 3 GM/60ML .....	40
IFOSFAMIDE SOLR 1 GM .....	40
IGALMI FILM 120 MCG .....	88
IGALMI FILM 180 MCG .....	88
ILARIS SOLN 150 MG/ML .....	73
ILUVIEN IMPL 0.19 MG .....	112
<i>imatinib mesylate tabs 100 mg</i> .....	40
<i>imatinib mesylate tabs 400 mg</i> .....	40
IMBRUVICA CAPS 140 MG .....	40
IMBRUVICA CAPS 70 MG .....	41
IMBRUVICA SUSP 70 MG/ML .....	41
IMBRUVICA TABS 140 MG .....	41
IMBRUVICA TABS 280 MG .....	41
IMBRUVICA TABS 420 MG .....	41
IMBRUVICA TABS 560 MG .....	41
IMDELLTRA SOLR 1 MG .....	41
IMDELLTRA SOLR 10 MG .....	41
IMFINZI SOLN 120 MG/2.4ML .....	41
IMFINZI SOLN 500 MG/10ML .....	41
IMIPENEM-CILASTATIN SOLR 250 MG .....	22
<i>imipenem-cilastatin solr 500 mg</i> .....	22
<i>imipramine hcl tabs 10 mg</i> .....	97
<i>imipramine hcl tabs 25 mg</i> .....	98
<i>imipramine hcl tabs 50 mg</i> .....	98
<i>imipramine pamoate caps 100 mg</i> .....	98
<i>imipramine pamoate caps 125 mg</i> .....	98

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후  
8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.





<i>imipramine pamoate caps 150 mg</i> .....	98	INREBIC CAPS 100 MG .....	41
<i>imipramine pamoate caps 75 mg</i> .....	98	INSULIN GLARGINE-YFGN SOLN 100	
<i>imiquimod crea 5 %</i> .....	153	UNIT/ML .....	123
IMJUDO SOLN 25 MG/1.25ML.....	41	INSULIN GLARGINE-YFGN SOPN 100	
IMJUDO SOLN 300 MG/15ML.....	41	UNIT/ML .....	123
IMOVAX RABIES SUSR 2.5 UNIT/ML....	146	INTELENCE TABS 25 MG .....	29
IMPAVIDO CAPS 50 MG.....	27	INTRALIPID EMUL 20 %.....	106
INBRIJA CAPS 42 MG .....	86	INVEGA HAFYERA SUSY 1092 MG/3.5ML	
INCRELEX SOLN 40 MG/4ML .....	127	.....	98
<i>indapamide tabs 1.25 mg</i> .....	107	INVEGA HAFYERA SUSY 1560 MG/5ML	98
<i>indapamide tabs 2.5 mg</i> .....	107	INVEGA SUSTENNA SUSY 117	
<i>indocin supp 50 mg</i> .....	73	MG/0.75ML .....	98
<i>indomethacin caps 25 mg</i> .....	73	INVEGA SUSTENNA SUSY 156 MG/ML .	98
<i>indomethacin caps 50 mg</i> .....	73	INVEGA SUSTENNA SUSY 234 MG/1.5ML	
<i>indomethacin er cpcr 75 mg</i> .....	73	.....	98
INDOMETHACIN SODIUM SOLR 1 MG ..	73	INVEGA SUSTENNA SUSY 39 MG/0.25ML	
INFANRIX SUSP 25-58-10.....	146	.....	98
INFLECTRA SOLR 100 MG .....	132	INVEGA SUSTENNA SUSY 78 MG/0.5ML	
INFLIXIMAB SOLR 100 MG .....	132	.....	98
INFUGEM SOLN 1200-0.9 MG/120ML-%	41	INVEGA TRINZA SUSY 273 MG/0.88ML .	98
INFUGEM SOLN 1300-0.9 MG/130ML-%	41	INVEGA TRINZA SUSY 410 MG/1.32ML .	98
INFUGEM SOLN 1400-0.9 MG/140ML-%	41	INVEGA TRINZA SUSY 546 MG/1.75ML .	98
INFUGEM SOLN 1500-0.9 MG/150ML-%	41	INVEGA TRINZA SUSY 819 MG/2.63ML .	98
INFUGEM SOLN 1600-0.9 MG/160ML-%	41	IPOL INJ.....	146
INFUGEM SOLN 1700-0.9 MG/170ML-%	41	<i>ipratropium bromide soln 0.02 %</i> .....	53
INFUGEM SOLN 1800-0.9 MG/180ML-%	41	<i>ipratropium bromide soln 0.03 %</i> .....	53
INFUGEM SOLN 1900-0.9 MG/190ML-%	41	<i>ipratropium bromide soln 0.06 %</i> .....	53
INFUGEM SOLN 2000-0.9 MG/200ML-%	41	<i>ipratropium-albuterol soln 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	
INFUGEM SOLN 2200-0.9 MG/220ML-%	41	.....	56
INGREZZA CAPS 40 MG .....	90	IQIRVO TABS 80 MG.....	117
INGREZZA CAPS 60 MG .....	90	<i>irbesartan tabs 150 mg</i> .....	69
INGREZZA CAPS 80 MG .....	90	<i>irbesartan tabs 300 mg</i> .....	69
INGREZZA CPPK 40 & 80 MG .....	90	<i>irbesartan tabs 75 mg</i> .....	69
INGREZZA CPSP 40 MG .....	90	<i>irinotecan hcl soln 100 mg/5ml</i> .....	41
INGREZZA CPSP 60 MG .....	90	<i>irinotecan hcl soln 300 mg/15ml</i> .....	41
INGREZZA CPSP 80 MG .....	90	<i>irinotecan hcl soln 40 mg/2ml</i> .....	41
INLYTA TABS 1 MG .....	41	IRINOTECAN HCL SOLN 500 MG/25ML .	41
INLYTA TABS 5 MG .....	41	ISENTRESS CHEW 100 MG.....	29
INQOVI TABS 35-100 MG .....	41	ISENTRESS CHEW 25 MG .....	29

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



ISENTRESS HD TABS 600 MG	29
ISENTRESS PACK 100 MG	29
ISENTRESS TABS 400 MG	29
ISONIAZID SOLN 100 MG/ML	26
<i>isoniazid syr</i> 50 mg/5ml	26
ISONIAZID TABS 100 MG	26
<i>isoniazid tabs</i> 300 mg	26
<i>isoproterenol hcl soln</i> 0.2 mg/ml	56
<i>isosorbide dinitrate tabs</i> 10 mg	70
<i>isosorbide dinitrate tabs</i> 20 mg	70
<i>isosorbide dinitrate tabs</i> 30 mg	71
<i>isosorbide dinitrate tabs</i> 5 mg	71
<i>isosorbide mononitrate er tb24</i> 120 mg	71
<i>isosorbide mononitrate er tb24</i> 30 mg	71
<i>isosorbide mononitrate er tb24</i> 60 mg	71
<i>isosorbide mononitrate tabs</i> 10 mg	71
<i>isosorbide mononitrate tabs</i> 20 mg	71
<i>isotretinoin caps</i> 20 mg	153
<i>isotretinoin caps</i> 30 mg	153
<i>isotretinoin caps</i> 40 mg	153
ISTURISA TABS 1 MG	136
ISTURISA TABS 10 MG	136
ISTURISA TABS 5 MG	136
<i>itraconazole caps</i> 100 mg	25
ITRACONAZOLE SOLN 10 MG/ML	26
<i>ivabradine hcl tabs</i> 5 mg	67
<i>ivabradine hcl tabs</i> 7.5 mg	67
<i>ivermectin tabs</i> 3 mg	18
IWILFIN TABS 192 MG	41
IXCHIQ SOLR	146
IXEMPRA KIT SOLR 45 MG	41
IXIARO SUSP	146
IZERVAY SOLN 2 MG/0.1ML	114

## J

JAKAFI TABS 10 MG	41
JAKAFI TABS 15 MG	41
JAKAFI TABS 20 MG	42
JAKAFI TABS 25 MG	42

JAKAFI TABS 5 MG	42
<i>jantoven tabs</i> 1 mg	58
<i>jantoven tabs</i> 10 mg	58
<i>jantoven tabs</i> 2 mg	58
<i>jantoven tabs</i> 2.5 mg	58
<i>jantoven tabs</i> 3 mg	58
<i>jantoven tabs</i> 4 mg	58
<i>jantoven tabs</i> 5 mg	58
<i>jantoven tabs</i> 6 mg	58
<i>jantoven tabs</i> 7.5 mg	58
JARDIANCE TABS 10 MG	123
JARDIANCE TABS 25 MG	123
JAYPIRCA TABS 100 MG	42
JAYPIRCA TABS 50 MG	42
JEMPERLI SOLN 500 MG/10ML	42
<i>jinteli tabs</i> 1-5 mg-mcg	125
JOENJA TABS 70 MG	136
JULUCA TABS 50-25 MG	29
<i>junel 1.5/30 tabs</i> 1.5-30 mg-mcg	121
<i>junel 1/20 tabs</i> 1-20 mg-mcg	121
<i>junel fe 1.5/30 tabs</i> 1.5-30 mg-mcg	121
<i>junel fe 1/20 tabs</i> 1-20 mg-mcg	121
<i>junel fe 24 tabs</i> 1-20 mg-mcg(24)	121
JYLAMVO SOLN 2 MG/ML	42
JYNNEOS SUSP 0.5 ML	146

## K

KABIVEN EMUL 3.3-10.8-3.9 %	106
KADCYLA SOLR 100 MG	42
KADCYLA SOLR 160 MG	42
KALYDECO PACK 13.4 MG	141
KALYDECO PACK 25 MG	141
KALYDECO PACK 5.8 MG	141
KALYDECO PACK 50 MG	141
KALYDECO PACK 75 MG	141
KALYDECO TABS 150 MG	141
KANJINTI SOLR 150 MG	42
KANJINTI SOLR 420 MG	42
KANUMA SOLN 20 MG/10ML	110

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



KCL (0.149%) IN NAACL SOLN 20-0.9 MEQ/L-%.....	108	<i>ketorolac tromethamine soln 60 mg/2ml</i> ...	73
KCL (0.298%) IN NAACL SOLN 40-0.9 MEQ/L-%.....	108	KEVZARA SOAJ 200 MG/1.14ML .....	132
<i>kcl in dextrose-nacl soln 10-5-0.45</i> <i>meq/l-%-%</i> .....	108	KEVZARA SOSY 150 MG/1.14ML .....	132
KCL IN DEXTROSE-NAACL SOLN 20-5-0.2 MEQ/L-%-% .....	108	KEVZARA SOSY 200 MG/1.14ML .....	132
<i>kcl in dextrose-nacl soln 20-5-0.45</i> <i>meq/l-%-%</i> .....	108	KEYTRUDA SOLN 100 MG/4ML.....	42
<i>kcl in dextrose-nacl soln 20-5-0.9</i> <i>meq/l-%-%</i> .....	108	KHAPZORY SOLR 175 MG .....	129
<i>kcl in dextrose-nacl soln 30-5-0.45</i> <i>meq/l-%-%</i> .....	108	KHAPZORY SOLR 300 MG .....	129
<i>kcl in dextrose-nacl soln 40-5-0.45</i> <i>meq/l-%-%</i> .....	108	KIMMTRAK SOLN 100 MCG/0.5ML.....	42
<i>kcl in dextrose-nacl soln 40-5-0.9</i> <i>meq/l-%-%</i> .....	108	KIMYRSA SOLR 1200 MG .....	23
KCL IN DEXTROSE-NAACL SOLN 40-5-0.9 MEQ/L-%-% .....	108	KINERET SOSY 100 MG/0.67ML .....	132
KCL-LACTATED RINGERS-D5W SOLN 20 MEQ/L.....	108	KINRIX SUSY 0.5 ML.....	145
<i>kelnor 1/35 tabs 1-35 mg-mcg</i> .....	121	KISQALI (200 MG DOSE) TBPK 200 MG	42
<i>kelnor 1/50 tabs 1-50 mg-mcg</i> .....	121	KISQALI (400 MG DOSE) TBPK 200 MG	42
KENALOG-10 SUSP 10 MG/ML.....	119	KISQALI (600 MG DOSE) TBPK 200 MG	42
KEPIVANCE SOLR 5.16 MG.....	151	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) TBPK 200 & 2.5 MG.....	42
KEPIVANCE SOLR 6.25 MG.....	151	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) TBPK 200 & 2.5 MG.....	42
KERENDIA TABS 10 MG .....	69	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) TBPK 200 & 2.5 MG.....	42
KERENDIA TABS 20 MG .....	69	KITABIS PAK NEBU 300 MG/5ML .....	141
KESIMPTA SOAJ 20 MG/0.4ML.....	136	KLISYRI OINT 1 %.....	153
<i>ketoconazole crea 2 %</i> .....	148	KLOR-CON 10 TBCR 10 MEQ.....	108
<i>ketoconazole sham 2 %</i> .....	148	KLOR-CON TBCR 8 MEQ.....	108
<i>ketoconazole tabs 200 mg</i> .....	26	KORLYM TABS 300 MG .....	123
KETOPROFEN CAPS 50 MG.....	73	KORSUVA SOLN 65 MCG/1.3ML .....	153
KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN 0.4 %.....	112	KOSELUGO CAPS 10 MG .....	42
<i>ketorolac tromethamine soln 0.5 %</i> .....	112	KOSELUGO CAPS 25 MG .....	42
<i>ketorolac tromethamine soln 15 mg/ml</i> .....	73	KRAZATI TABS 200 MG .....	42
<i>ketorolac tromethamine soln 30 mg/ml</i> .....	73	KRINTAFEL TABS 150 MG.....	27
		KYNMOBI FILM 10 MG .....	86
		KYNMOBI FILM 15 MG .....	86
		KYNMOBI FILM 20 MG .....	86
		KYNMOBI FILM 25 MG .....	86
		KYNMOBI FILM 30 MG .....	86
		KYPROLIS SOLR 10 MG .....	42
		KYPROLIS SOLR 30 MG .....	42
		KYPROLIS SOLR 60 MG .....	42

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



L

<i>labetalol hcl soln 5 mg/ml</i> .....	63	<i>lamotrigine tabs 200 mg</i> .....	80
LABETALOL HCL SOSY 10 MG/2ML.....	63	<i>lamotrigine tabs 25 mg</i> .....	80
LABETALOL HCL SOSY 20 MG/4ML.....	63	<i>lamotrigine tbdp 100 mg</i> .....	80
<i>labetalol hcl tabs 100 mg</i> .....	63	<i>lamotrigine tbdp 200 mg</i> .....	80
<i>labetalol hcl tabs 200 mg</i> .....	63	<i>lamotrigine tbdp 25 mg</i> .....	80
<i>labetalol hcl tabs 300 mg</i> .....	63	<i>lamotrigine tbdp 50 mg</i> .....	80
<i>lacosamide soln 10 mg/ml</i> .....	80	LAMZEDE SOLR 10 MG .....	110
<i>lacosamide soln 200 mg/20ml</i> .....	80	LANOXIN PEDIATRIC SOLN 0.1 MG/ML	67
<i>lacosamide tabs 100 mg</i> .....	80	LANREOTIDE ACETATE SOLN 120	
<i>lacosamide tabs 150 mg</i> .....	80	MG/0.5ML .....	127
<i>lacosamide tabs 200 mg</i> .....	80	<i>lanthanum carbonate chew 1000 mg</i> .....	107
<i>lacosamide tabs 50 mg</i> .....	80	<i>lanthanum carbonate chew 500 mg</i> .....	107
LACRISERT INST 5 MG.....	114	<i>lanthanum carbonate chew 750 mg</i> .....	107
LACTATED RINGERS SOLN .....	108, 136	<i>lapatinib ditosylate tabs 250 mg</i> .....	42
<i>lactulose encephalopathy soln 10 gm/15ml</i>		<i>latanoprost soln 0.005 %</i> .....	113
.....	105	LAZCLUZE TABS 240 MG .....	42
<i>lactulose soln 10 gm/15ml</i> .....	105	LAZCLUZE TABS 80 MG .....	42
<i>lamivudine soln 10 mg/ml</i> .....	29	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR TABS 90-400	
<i>lamivudine tabs 100 mg</i> .....	29	MG .....	29
<i>lamivudine tabs 150 mg</i> .....	29	LEENA TABS 0.5/1/0.5-35 MG-MCG .....	121
<i>lamivudine tabs 300 mg</i> .....	29	<i>leflunomide tabs 10 mg</i> .....	132
<i>lamivudine-zidovudine tabs 150-300 mg</i> .....	29	<i>leflunomide tabs 20 mg</i> .....	132
<i>lamotrigine chew 25 mg</i> .....	80	LEMTRADA SOLN 12 MG/1.2ML.....	91
<i>lamotrigine chew 5 mg</i> .....	80	<i>lenalidomide caps 10 mg</i> .....	42
<i>lamotrigine er tb24 100 mg</i> .....	80	<i>lenalidomide caps 15 mg</i> .....	42
<i>lamotrigine er tb24 200 mg</i> .....	80	<i>lenalidomide caps 2.5 mg</i> .....	42
<i>lamotrigine er tb24 25 mg</i> .....	80	<i>lenalidomide caps 20 mg</i> .....	42
<i>lamotrigine er tb24 250 mg</i> .....	80	<i>lenalidomide caps 25 mg</i> .....	42
<i>lamotrigine er tb24 300 mg</i> .....	80	<i>lenalidomide caps 5 mg</i> .....	42
<i>lamotrigine er tb24 50 mg</i> .....	80	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) CPPK 10	
<i>lamotrigine kit 25 &amp; 50 &amp; 100 mg</i> .....	80	MG .....	43
<i>lamotrigine starter kit-blue kit 35 x 25 mg</i>	80	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) CPPK 3 x	
<i>lamotrigine starter kit-green kit 84 x 25 mg &amp;</i>		4 MG .....	43
<i>14x100 mg</i> .....	80	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) CPPK 10	
<i>lamotrigine starter kit-orange kit 42 x 25 mg</i>		& 4 MG.....	43
& <i>7 x 100 mg</i> .....	80	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) CPPK 10	
<i>lamotrigine tabs 100 mg</i> .....	80	MG & 2 X 4 MG.....	43
<i>lamotrigine tabs 150 mg</i> .....	80	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) CPPK 2 x	
		10 MG .....	43

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) CPPK 2 x 10 MG & 4 MG .....	43	LEVOFLOXACIN INJ SOLN 25 MG/ML ...	23
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) CPPK 4 MG .....	43	levofloxacin oral soln 25 mg/ml.....	23
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) CPPK 2 x 4 MG .....	43	levofloxacin tabs 250 mg .....	23
letrozole tabs 2.5 mg .....	43	levofloxacin tabs 500 mg .....	23
leucovorin calcium solr 100 mg.....	129	levofloxacin tabs 750 mg .....	23
leucovorin calcium solr 200 mg.....	129	levoleucovorin calcium solr 50 mg .....	129
leucovorin calcium solr 350 mg.....	129	levonorgestrel tabs 1.5 mg .....	121
leucovorin calcium solr 50 mg.....	129	levora 0.15/30 (28) tabs 0.15-30 mg-mcg .....	121
leucovorin calcium tabs 10 mg.....	129	levorphanol tartrate tabs 2 mg.....	73
leucovorin calcium tabs 25 mg.....	129	levorphanol tartrate tabs 3 mg.....	73
leucovorin calcium tabs 5 mg.....	129	LEVOTHYROXINE SODIUM SOLN 100 MCG/ML .....	128
LEUKERAN TABS 2 MG .....	43	LEVOTHYROXINE SODIUM SOLR 100 MCG .....	128
LEUKINE SOLR 250 MCG .....	60	LEVOTHYROXINE SODIUM SOLR 200 MCG .....	128
leuprolide acetate kit 1 mg/0.2ml .....	43	LEVOTHYROXINE SODIUM SOLR 500 MCG .....	128
levetiracetam er tb24 500 mg .....	81	levothyroxine sodium tabs 100 mcg .....	128
levetiracetam er tb24 750 mg .....	81	levothyroxine sodium tabs 112 mcg .....	128
levetiracetam in nacl soln 1000 mg/100ml	81	levothyroxine sodium tabs 125 mcg .....	128
levetiracetam in nacl soln 1500 mg/100ml	81	levothyroxine sodium tabs 137 mcg .....	128
LEVETIRACETAM IN NAACL SOLN 250 MG/50ML .....	81	levothyroxine sodium tabs 150 mcg .....	128
levetiracetam in nacl soln 500 mg/100ml..	81	levothyroxine sodium tabs 175 mcg .....	128
levetiracetam soln 100 mg/ml .....	81	levothyroxine sodium tabs 200 mcg .....	128
levetiracetam soln 500 mg/5ml .....	81	levothyroxine sodium tabs 25 mcg .....	128
levetiracetam tabs 1000 mg.....	81	levothyroxine sodium tabs 300 mcg .....	128
levetiracetam tabs 250 mg.....	81	levothyroxine sodium tabs 50 mcg .....	128
levetiracetam tabs 500 mg.....	81	levothyroxine sodium tabs 75 mcg .....	128
levetiracetam tabs 750 mg.....	81	levothyroxine sodium tabs 88 mcg .....	128
LEVOBUNOLOL HCL SOLN 0.5 % .....	113	LEXIVA SUSP 50 MG/ML .....	29
levocarnitine soln 1 gm/10ml .....	136	l-glutamine pack 5 gm .....	136
levocarnitine tabs 330 mg.....	137	LIBERVANT FILM 10 MG.....	81
levocetirizine dihydrochloride soln 2.5 mg/5ml .....	33	LIBERVANT FILM 12.5 MG.....	81
levocetirizine dihydrochloride tabs 5 mg ...	33	LIBERVANT FILM 15 MG.....	81
levofloxacin in d5w soln 250 mg/50ml .....	23	LIBERVANT FILM 5 MG.....	81
levofloxacin in d5w soln 500 mg/100ml.....	23	LIBERVANT FILM 7.5 MG.....	81
levofloxacin in d5w soln 750 mg/150ml.....	23	LIBTAYO SOLN 350 MG/7ML.....	43

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF SOSY 100 MG/5ML .....	67	LINZESS CAPS 145 MCG .....	117
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF SOSY 50 MG/5ML .....	67	LINZESS CAPS 290 MCG .....	117
<i>lidocaine hcl (cardiac) sosal 100 mg/5ml</i> ...	67	LINZESS CAPS 72 MCG .....	117
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) SOSY 50 MG/5ML .....	67	<i>liothyronine sodium tabs 25 mcg</i> .....	128
<i>lidocaine hcl (pf) soln 0.5 %</i> .....	137	<i>liothyronine sodium tabs 5 mcg</i> .....	128
<i>lidocaine hcl (pf) soln 1 %</i> .....	137	<i>liothyronine sodium tabs 50 mcg</i> .....	128
<i>lidocaine hcl (pf) soln 1.5 %</i> .....	137	LIRAGLUTIDE SOPN 18 MG/3ML .....	123
<i>lidocaine hcl (pf) soln 2 %</i> .....	137	<i>lisdexamphetamine dimesylate caps 10 mg</i> 76	
<i>lidocaine hcl (pf) soln 4 %</i> .....	137	<i>lisdexamphetamine dimesylate caps 20 mg</i> 76	
<i>lidocaine hcl soln 0.5 %</i> .....	137	<i>lisdexamphetamine dimesylate caps 30 mg</i> 76	
<i>lidocaine hcl soln 1 %</i> .....	137	<i>lisdexamphetamine dimesylate caps 40 mg</i> 76	
<i>lidocaine hcl soln 2 %</i> .....	137	<i>lisdexamphetamine dimesylate caps 50 mg</i> 77	
<i>lidocaine hcl soln 4 %</i> .....	151	<i>lisdexamphetamine dimesylate caps 60 mg</i> 77	
LIDOCAINE HCL SOLN 4 % .....	114	<i>lisdexamphetamine dimesylate caps 70 mg</i> 77	
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal prsy 2 %</i> ..	151	<i>lisinopril tabs 10 mg</i> .....	69
LIDOCAINE IN D5W SOLN 4-5 MG/ML-% .....	67	<i>lisinopril tabs 2.5 mg</i> .....	69
LIDOCAINE IN D5W SOLN 8-5 MG/ML-% .....	67	<i>lisinopril tabs 20 mg</i> .....	69
<i>lidocaine oint 5 %</i> .....	151	<i>lisinopril tabs 30 mg</i> .....	69
<i>lidocaine ptch 5 %</i> .....	151	<i>lisinopril tabs 40 mg</i> .....	69
<i>lidocaine viscous hcl soln 2 %</i> .....	114	<i>lisinopril tabs 5 mg</i> .....	70
<i>lidocaine-epinephrine soln 0.5 %-1</i> 200000 .....	137	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide tabs 10-12.5</i> <i>mg</i> .....	70
<i>lidocaine-epinephrine soln 1 %-1</i> 100000 .....	137	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide tabs 20-12.5</i> <i>mg</i> .....	70
<i>lidocaine-epinephrine soln 1.5 %-1</i> 200000 .....	137	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide tabs 20-25 mg</i> .....	70
<i>lidocaine-epinephrine soln 2 %-1</i> 100000 .....	137	LITFULO CAPS 50 MG .....	153
200000 .....	137	<i>lithium carbonate caps 150 mg</i> .....	98
<i>lidocaine-prilocaine crea 2.5-2.5 %</i> .....	151	<i>lithium carbonate caps 300 mg</i> .....	98
<i>lidocan ptch 5 %</i> .....	151	LITHIUM CARBONATE CAPS 600 MG....	98
<i>linezolid soln 600 mg/300ml</i> .....	23	<i>lithium carbonate er tbc 300 mg</i> .....	98
<i>linezolid susr 100 mg/5ml</i> .....	23	<i>lithium carbonate er tbc 450 mg</i> .....	98
<i>linezolid tabs 600 mg</i> .....	23	LITHIUM CARBONATE TABS 300 MG....	98
		<i>lithium soln 8 meq/5ml</i> .....	98
		LITHOSTAT TABS 250 MG .....	105
		LIVDELZI CAPS 10 MG .....	117
		LIVTENCITY TABS 200 MG .....	29
		<i>loestrin 1/20 (21) tabs 1-20 mg-mcg</i> .....	121
		<i>lofexidine hcl tabs 0.18 mg</i> .....	92

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



LOKELMA PACK 10 GM .....	107	<i>loxapine succinate caps 50 mg</i> .....	98
LOKELMA PACK 5 GM .....	107	<i>lubiprostone caps 24 mcg</i> .....	117
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT SOLN 25 MCG/ML.....	53	<i>lubiprostone caps 8 mcg</i> .....	117
LONSURF TABS 15-6.14 MG .....	43	LUCEMYRA TABS 0.18 MG .....	92
LONSURF TABS 20-8.19 MG .....	43	LUCENTIS SOLN 0.3 MG/0.05ML .....	114
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml</i> ....	30	LUCENTIS SOSY 0.3 MG/0.05ML .....	114
<i>lopinavir-ritonavir tabs 100-25 mg</i> .....	30	LUCENTIS SOSY 0.5 MG/0.05ML .....	114
<i>lopinavir-ritonavir tabs 200-50 mg</i> .....	30	LUMAKRAS TABS 120 MG.....	43
LOQTORZI SOLN 240 MG/6ML .....	43	LUMAKRAS TABS 320 MG.....	43
<i>lorazepam intensol conc 2 mg/ml</i> .....	88	LUMIZYME SOLR 50 MG .....	110
LORAZEPAM SOLN 2 MG/ML .....	88	LUMOXITI SOLR 1 MG.....	43
LORAZEPAM SOLN 4 MG/ML .....	88	LUNSUMIO SOLN 1 MG/ML .....	43
<i>lorazepam tabs 0.5 mg</i> .....	88	LUNSUMIO SOLN 30 MG/30ML .....	43
<i>lorazepam tabs 1 mg</i> .....	88	LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75 MG .....	43
<i>lorazepam tabs 2 mg</i> .....	88	LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 7.5 MG .....	43
LORBRENA TABS 100 MG .....	43	LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 11.25 MG .....	43
LORBRENA TABS 25 MG.....	43	LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25 MG .....	43
LORTAB ELIX 10-300 MG/15ML.....	73	LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 22.5 MG .....	43
<i>losartan potassium tabs 100 mg</i> .....	70	LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 43 MG .....	43
<i>losartan potassium tabs 25 mg</i> .....	70	LUPRON DEPOT (4-MONTH) KIT 30 MG.....	43
<i>losartan potassium tabs 50 mg</i> .....	70	LUPRON DEPOT (6-MONTH) KIT 45 MG.....	43
<i>losartan potassium-hctz tabs 100-12.5 mg</i> .....	70	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) KIT 11.25 MG .....	43
<i>losartan potassium-hctz tabs 100-25 mg</i> ..	70	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) KIT 15 MG .....	43
<i>losartan potassium-hctz tabs 50-12.5 mg</i> ..	70	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) KIT 7.5 MG .....	43
<i>lovastatin tabs 10 mg</i> .....	62	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) KIT 11.25 MG .....	43
<i>lovastatin tabs 20 mg</i> .....	62	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) KIT 30 MG .....	43
<i>lovastatin tabs 40 mg</i> .....	62	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) KIT 45 MG .....	43
LOVENOX SOLN 300 MG/3ML .....	58	<i>lurasidone hcl tabs 120 mg</i> .....	98
LOVENOX SOSY 100 MG/ML.....	58	<i>lurasidone hcl tabs 20 mg</i> .....	98
LOVENOX SOSY 120 MG/0.8ML.....	58	<i>lurasidone hcl tabs 40 mg</i> .....	98
LOVENOX SOSY 150 MG/ML.....	58	<i>lurasidone hcl tabs 60 mg</i> .....	98
LOVENOX SOSY 30 MG/0.3ML.....	58		
LOVENOX SOSY 40 MG/0.4ML.....	58		
LOVENOX SOSY 60 MG/0.6ML.....	58		
LOVENOX SOSY 80 MG/0.8ML.....	59		
<i>loxapine succinate caps 10 mg</i> .....	98		
<i>loxapine succinate caps 25 mg</i> .....	98		
<i>loxapine succinate caps 5 mg</i> .....	98		

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 1-800-805-2739 (TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



<i>lurasidone hcl tabs 80 mg</i> .....	98
<i>lutera tabs 0.1-20 mg-mcg</i> .....	121
LYBALVI TABS 10-10 MG.....	99
LYBALVI TABS 15-10 MG.....	99
LYBALVI TABS 20-10 MG.....	99
LYBALVI TABS 5-10 MG.....	99
LYMEPAK TABS 100 MG.....	23
LYNPARZA TABS 100 MG.....	44
LYNPARZA TABS 150 MG.....	44
LYSODREN TABS 500 MG.....	44
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4 MG.....	44
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4 MG.....	44
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4 MG.....	44

## M

<i>magnesium sulfate in d5w soln 1-5 gm/100ml-%</i> .....	108
<i>magnesium sulfate soln 4 gm/50ml</i> .....	81
<i>magnesium sulfate soln 50 %</i> .....	81
MAGNESIUM SULFATE SOLN 50 %.....	81
<i>malathion lotn 0.5 %</i> .....	148
MANNITOL SOLN 20 %.....	107
MANNITOL SOLN 25 %.....	107
<i>maraviroc tabs 150 mg</i> .....	30
<i>maraviroc tabs 300 mg</i> .....	30
MARGENZA SOLN 250 MG/10ML.....	44
MARPLAN TABS 10 MG.....	99
MATULANE CAPS 50 MG.....	44
MAVENCLAD (5 TABS) TBPK 10 MG....	134
MAVENCLAD (7 TABS) TBPK 10 MG....	134
MAVYRET PACK 50-20 MG.....	30
MAVYRET TABS 100-40 MG.....	30
MAYZENT TABS 2 MG.....	91
<i>meclizine hcl tabs 25 mg</i> .....	115
MECLOFENAMATE SODIUM CAPS 100 MG.....	73

MECLOFENAMATE SODIUM CAPS 50 MG .....	73
MEDROL TABS 2 MG.....	119
<i>medroxyprogesterone acetate susp 150 mg/ml</i> .....	126
MEDROXYPROGESTERONE ACETATE SUSY 150 MG/ML.....	126
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 10 mg</i> .....	126
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 2.5 mg</i> .....	126
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 5 mg</i>	126
<i>mefenamic acid caps 250 mg</i> .....	73
<i>mefloquine hcl tabs 250 mg</i> .....	27
<i>megestrol acetate susp 40 mg/ml</i> .....	44
<i>megestrol acetate tabs 20 mg</i> .....	44
<i>megestrol acetate tabs 40 mg</i> .....	44
MEKINIST SOLR 0.05 MG/ML.....	44
MEKINIST TABS 0.5 MG.....	44
MEKINIST TABS 2 MG.....	44
MEKTOVI TABS 15 MG.....	44
<i>meloxicam tabs 15 mg</i> .....	74
<i>meloxicam tabs 7.5 mg</i> .....	74
<i>melphalan hcl solr 50 mg</i> .....	44
<i>memantine hcl soln 2 mg/ml</i> .....	90
<i>memantine hcl tabs 10 mg</i> .....	90
MEMANTINE HCL TABS 28 x 5 MG & 21 X 10 MG.....	90
<i>memantine hcl tabs 5 mg</i> .....	90
MENACTRA SOLN.....	146
MENQUADFI SOLN.....	146
MENVEO SOLR.....	146
<i>mercaptopurine tabs 50 mg</i> .....	44
<i>meropenem solr 1 gm</i> .....	23
<i>meropenem solr 500 mg</i> .....	23
<i>merzee caps 1-20 mg-mcg(24)</i> .....	121
<i>mesalamine enem 4 gm</i> .....	115
<i>mesalamine er cpcr 500 mg</i> .....	115
<i>mesalamine supp 1000 mg</i> .....	115

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후  
8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.





<i>mesalamine tbec 1.2 gm</i> .....	115	METHYLPHENIDATE HCL ER (CD) CPR	10 MG .....	77
<i>mesna soln 100 mg/ml</i> .....	137	METHYLPHENIDATE HCL ER (CD) CPR	20 MG .....	77
MESNEX TABS 400 MG .....	137	METHYLPHENIDATE HCL ER (CD) CPR	30 MG .....	77
<i>metformin hcl er tb24 500 mg</i> .....	123	METHYLPHENIDATE HCL ER (CD) CPR	40 MG .....	77
<i>metformin hcl er tb24 750 mg</i> .....	123	METHYLPHENIDATE HCL ER (CD) CPR	50 MG .....	77
<i>metformin hcl tabs 1000 mg</i> .....	123	METHYLPHENIDATE HCL ER (CD) CPR	60 MG .....	77
<i>metformin hcl tabs 500 mg</i> .....	123	<i>methylphenidate hcl er (osm) tbc</i> 18 mg..	77	
<i>metformin hcl tabs 850 mg</i> .....	123	<i>methylphenidate hcl er (osm) tbc</i> 27 mg..	77	
<i>methadone hcl conc 10 mg/ml</i> .....	74	<i>methylphenidate hcl er (osm) tbc</i> 36 mg..	77	
<i>methadone hcl intensol conc 10 mg/ml</i> .....	74	<i>methylphenidate hcl er (osm) tbc</i> 54 mg..	77	
METHADONE HCL SOLN 5 MG/5ML .....	74	METHYLPHENIDATE HCL ER (XR) CP24	10 MG .....	77
<i>methadone hcl tabs 10 mg</i> .....	74	METHYLPHENIDATE HCL ER (XR) CP24	15 MG .....	77
<i>methadone hcl tabs 5 mg</i> .....	74	METHYLPHENIDATE HCL ER (XR) CP24	20 MG .....	77
<i>methazolamide tabs 25 mg</i> .....	113	METHYLPHENIDATE HCL ER (XR) CP24	30 MG .....	77
<i>methazolamide tabs 50 mg</i> .....	113	METHYLPHENIDATE HCL ER (XR) CP24	40 MG .....	77
<i>methenamine hippurate tabs 1 gm</i> .....	32	METHYLPHENIDATE HCL ER (XR) CP24	50 MG .....	77
<i>methergine tabs 0.2 mg</i> .....	125	METHYLPHENIDATE HCL ER (XR) CP24	60 MG .....	77
<i>methimazole tabs 10 mg</i> .....	128	<i>methylphenidate hcl er tbc</i> 10 mg.....	77	
<i>methimazole tabs 5 mg</i> .....	128	<i>methylphenidate hcl er tbc</i> 20 mg.....	77	
METHITEST TABS 10 MG .....	120	<i>methylphenidate hcl soln 5 mg/5ml</i> .....	77	
<i>methocarbamol tabs 500 mg</i> .....	55	<i>methylphenidate hcl tabs 10 mg</i> .....	77	
<i>methocarbamol tabs 750 mg</i> .....	55	<i>methylphenidate hcl tabs 20 mg</i> .....	77	
<i>methotrexate sodium (pf) soln 1 gm/40ml</i> ..	44	<i>methylphenidate hcl tabs 5 mg</i> .....	77	
<i>methotrexate sodium (pf) soln 250 mg/10ml</i>	44	<i>methylprednisolone acetate susp 40 mg/ml</i>	119	
<i>methotrexate sodium (pf) soln 50 mg/2ml</i> ..	44			
METHOTREXATE SODIUM SOLN 250				
MG/10ML .....	44			
METHOTREXATE SODIUM SOLN 50				
MG/2ML .....	44			
<i>methotrexate sodium solr 1 gm</i> .....	44			
<i>methotrexate sodium tabs 2.5 mg</i> .....	44			
METHOXSALEN RAPID CAPS 10 MG ..	153			
METHYLDOPA TABS 500 MG .....	68			
<i>methylergonovine maleate soln 0.2 mg/ml</i>	125			
<i>methylergonovine maleate tabs 0.2 mg</i> ..	125			
<i>methylphenidate hcl chew 2.5 mg</i> .....	77			

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>methylprednisolone acetate susp 80 mg/ml</i>	119	<i>mexiletine hcl caps 150 mg</i>	67
.....	119	<i>mexiletine hcl caps 200 mg</i>	67
<i>methylprednisolone sodium succ solr 1000 mg</i>	119	<i>mexiletine hcl caps 250 mg</i>	67
.....	119	<i>microgestin 1/20 tabs 1-20 mg-mcg</i>	121
<i>methylprednisolone sodium succ solr 125 mg</i>	119	<i>microgestin 24 fe tabs 1-20 mg-mcg</i>	121
.....	119	<i>microgestin fe 1.5/30 tabs 1.5-30 mg-mcg</i>	121
<i>methylprednisolone sodium succ solr 40 mg</i>	119	.....	121
.....	119	<i>microgestin fe 1/20 tabs 1-20 mg-mcg</i>	122
<i>methylprednisolone tabs 16 mg</i>	119	<i>midazolam hcl (pf) soln 10 mg/2ml</i>	88
<i>methylprednisolone tabs 32 mg</i>	119	<i>midazolam hcl (pf) soln 2 mg/2ml</i>	88
<i>methylprednisolone tabs 4 mg</i>	119	<i>midazolam hcl (pf) soln 5 mg/ml</i>	88
<i>methylprednisolone tabs 8 mg</i>	119	<i>midazolam hcl soln 10 mg/2ml</i>	88
<i>methylprednisolone tbpk 4 mg</i>	119	<i>midazolam hcl soln 2 mg/2ml</i>	88
<i>methyltestosterone caps 10 mg</i>	120	<i>midazolam hcl soln 25 mg/5ml</i>	88
<i>metoclopramide hcl soln 5 mg/5ml</i>	117	<i>midazolam hcl soln 5 mg/5ml</i>	88
<i>metoclopramide hcl soln 5 mg/ml</i>	117	<i>midazolam hcl soln 5 mg/ml</i>	88
<i>metoclopramide hcl tabs 10 mg</i>	117	<i>midazolam hcl soln 50 mg/10ml</i>	88
<i>metoclopramide hcl tabs 5 mg</i>	117	<i>midodrine hcl tabs 10 mg</i>	56
<i>metolazone tabs 10 mg</i>	107	<i>midodrine hcl tabs 2.5 mg</i>	56
<i>metolazone tabs 2.5 mg</i>	107	<i>midodrine hcl tabs 5 mg</i>	56
<i>metolazone tabs 5 mg</i>	107	MIEBO SOLN 1.338 GM/ML	114
<i>metoprolol succinate er tb24 100 mg</i>	63	MIFEPREX TABS 200 MG	125
<i>metoprolol succinate er tb24 200 mg</i>	63	<i>mifepristone tabs 200 mg</i>	125
<i>metoprolol succinate er tb24 25 mg</i>	63	<i>mifepristone tabs 300 mg</i>	123
<i>metoprolol succinate er tb24 50 mg</i>	64	<i>miglustat caps 100 mg</i>	110
<i>metoprolol tartrate soln 5 mg/5ml</i>	64	<i>millipred tabs 5 mg</i>	119
<i>metoprolol tartrate tabs 100 mg</i>	64	<i>milrinone lactate in dextrose soln 20-5 mg/100ml-%</i>	67
<i>metoprolol tartrate tabs 25 mg</i>	64	<i>milrinone lactate in dextrose soln 40-5 mg/200ml-%</i>	67
<i>metoprolol tartrate tabs 50 mg</i>	64	<i>milrinone lactate soln 10 mg/10ml</i>	67
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide tabs 100-50 mg</i>	64	<i>minocycline hcl caps 100 mg</i>	23
.....	64	<i>minocycline hcl caps 50 mg</i>	23
<i>metronidazole caps 375 mg</i>	27	<i>minocycline hcl caps 75 mg</i>	23
<i>metronidazole crea 0.75 %</i>	148	<i>minocycline hcl tabs 100 mg</i>	23
<i>metronidazole gel 0.75 %</i>	148	<i>minoxidil tabs 10 mg</i>	68
METRONIDAZOLE LOTN 0.75 %	148	<i>minoxidil tabs 2.5 mg</i>	68
<i>metronidazole soln 500 mg/100ml</i>	27	<i>mirabegron er tb24 25 mg</i>	154
<i>metronidazole tabs 250 mg</i>	27	<i>mirabegron er tb24 50 mg</i>	154
<i>metronidazole tabs 500 mg</i>	27		
METYROSINE CAPS 250 MG	61		

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



MIRENA (52 MG) IUD 20 MCG/DAY .....	122	MORPHINE SULFATE SOLN 20 MG/5ML	
<i>mirtazapine tabs 15 mg</i> .....	99	.....	74
<i>mirtazapine tabs 30 mg</i> .....	99	<i>morphine sulfate tabs 15 mg</i> .....	74
<i>mirtazapine tabs 45 mg</i> .....	99	<i>morphine sulfate tabs 30 mg</i> .....	74
<i>mirtazapine tabs 7.5 mg</i> .....	99	MOTPOLY XR CP24 100 MG .....	81
<i>mirtazapine tbdp 15 mg</i> .....	99	MOTPOLY XR CP24 150 MG .....	81
<i>mirtazapine tbdp 30 mg</i> .....	99	MOTPOLY XR CP24 200 MG .....	81
<i>mirtazapine tbdp 45 mg</i> .....	99	MOVANTIK TABS 25 MG.....	117
<i>misoprostol tabs 100 mcg</i> .....	116	MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL SOLN 400	
<i>misoprostol tabs 200 mcg</i> .....	116	MG/250ML .....	23
<i>mitomycin solr 20 mg</i> .....	44	<i>moxifloxacin hcl soln 0.5 %</i> .....	111
<i>mitomycin solr 40 mg</i> .....	44	<i>moxifloxacin hcl tabs 400 mg</i> .....	23
<i>mitomycin solr 5 mg</i> .....	44	MOZOBIL SOLN 24 MG/1.2ML.....	60
<i>mitoxantrone hcl conc 20 mg/10ml</i> .....	44	MRESVIA SUSY 50 MCG/0.5ML .....	146
<i>mitoxantrone hcl conc 25 mg/12.5ml</i> .....	44	MULTAQ TABS 400 MG .....	68
<i>mitoxantrone hcl conc 30 mg/15ml</i> .....	44	<i>mupirocin calcium crea 2 %</i> .....	148
M-M-R II SOLR.....	146	<i>mupirocin oint 2 %</i> .....	148
<i>modafinil tabs 100 mg</i> .....	77	<i>mutamycin solr 20 mg</i> .....	44
<i>modafinil tabs 200 mg</i> .....	77	<i>mutamycin solr 40 mg</i> .....	44
MOLINDONE HCL TABS 10 MG.....	99	<i>mutamycin solr 5 mg</i> .....	45
MOLINDONE HCL TABS 25 MG.....	99	MVASI SOLN 100 MG/4ML.....	45
MOLINDONE HCL TABS 5 MG.....	99	MVASI SOLN 400 MG/16ML.....	45
<i>mometasone furoate crea 0.1 %</i> .....	150	<i>mycophenolate mofetil caps 250 mg</i> .....	134
<i>mometasone furoate oint 0.1 %</i> .....	150	<i>mycophenolate mofetil hcl solr 500 mg</i> ..	134
<i>mometasone furoate soln 0.1 %</i> .....	150	<i>mycophenolate mofetil susr 200 mg/ml</i> ..	134
<i>mometasone furoate susp 50 mcg/act</i> ....	112	<i>mycophenolate mofetil tabs 500 mg</i> .....	134
MONJUVI SOLR 200 MG .....	44	<i>mycophenolate sodium tbec 180 mg</i> .....	134
<i>montelukast sodium chew 4 mg</i> .....	141	<i>mycophenolate sodium tbec 360 mg</i> .....	134
<i>montelukast sodium chew 5 mg</i> .....	141	MYHIBBIN SUSP 200 MG/ML.....	134
<i>montelukast sodium pack 4 mg</i> .....	141	MYLOTARG SOLR 4.5 MG.....	45
<i>montelukast sodium tabs 10 mg</i> .....	141	MYRBETRIQ TB24 25 MG .....	154
<i>morphine sulfate (concentrate) soln 100</i>		MYRBETRIQ TB24 50 MG.....	154
<i>mg/5ml</i> .....	74		
<i>morphine sulfate er tbc 100 mg</i> .....	74	<b>N</b>	
<i>morphine sulfate er tbc 15 mg</i> .....	74	NABI-HB SOLN 312 UNIT/ML.....	145
<i>morphine sulfate er tbc 200 mg</i> .....	74	<i>nabumetone tabs 500 mg</i> .....	74
<i>morphine sulfate er tbc 30 mg</i> .....	74	<i>nabumetone tabs 750 mg</i> .....	74
<i>morphine sulfate er tbc 60 mg</i> .....	74	<i>nadolol tabs 20 mg</i> .....	64
<i>morphine sulfate soln 10 mg/5ml</i> .....	74	<i>nadolol tabs 40 mg</i> .....	64

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>nadolol tabs 80 mg</i> .....	64	<i>nelarabine soln 5 mg/ml</i> .....	45
<i>nafcillin sodium solr 1 gm</i> .....	23	NEMBUTAL SOLN 50 MG/ML.....	88
<i>nafcillin sodium solr 10 gm</i> .....	23	NEMLUVIO AUIJ 30 MG .....	150
<i>nafcillin sodium solr 2 gm</i> .....	23	<i>neomycin sulfate tabs 500 mg</i> .....	23
NAFCILLIN SODIUM SOLR 2 GM.....	23	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx oint 5-400-10000</i> .....	111
<i>nafrinse chew 2.2 (1 f) mg</i> .....	137	NEOMYCIN-POLYMYXIN B GU SOLN 40-200000.....	148
NAFRINSE DROPS SOLN 0.275 (0.125 F) MG/DROP.....	137	NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETH OINT 3.5-10000-0.1 .....	112
NAGLAZYME SOLN 1 MG/ML .....	110	<i>neomycin-polymyxin-dexameth susp 3.5-10000-0.1</i> .....	112
<i>nalbuphine hcl soln 10 mg/ml</i> .....	74	NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN SOLN 1.75-10000-.025 .....	111
<i>nalbuphine hcl soln 20 mg/ml</i> .....	74	<i>neomycin-polymyxin-hc soln 1 %</i> .....	112
<i>naloxone hcl liqd 4 mg/0.1ml</i> .....	92	<i>neomycin-polymyxin-hc susp 3.5-10000-1</i> .....	112
NALOXONE HCL SOCT 0.4 MG/ML .....	92	NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC SUSP 3.5-10000-1.....	112
<i>naloxone hcl soln 0.4 mg/ml</i> .....	92	NERLYNX TABS 40 MG .....	45
<i>naloxone hcl soln 4 mg/10ml</i> .....	92	NEULASTA ONPRO PSKT 6 MG/0.6ML..	60
<i>naloxone hcl sosy 2 mg/2ml</i> .....	92	NEVIRAPINE ER TB24 100 MG.....	30
<i>naltrexone hcl tabs 50 mg</i> .....	92	<i>nevirapine er tb24 400 mg</i> .....	30
<i>naproxen susp 125 mg/5ml</i> .....	74	NEVIRAPINE SUSP 50 MG/5ML .....	30
<i>naproxen tabs 250 mg</i> .....	74	<i>nevirapine tabs 200 mg</i> .....	30
<i>naproxen tabs 375 mg</i> .....	74	NEXPLANON IMPL 68 MG .....	122
<i>naproxen tabs 500 mg</i> .....	74	NEXVIAZYME SOLR 100 MG .....	110
<i>naproxen tbec 375 mg</i> .....	74	NGENLA SOPN 24 MG/1.2ML .....	126
<i>naratriptan hcl tabs 1 mg</i> .....	84	NGENLA SOPN 60 MG/1.2ML .....	126
<i>naratriptan hcl tabs 2.5 mg</i> .....	84	<i>niacin er (antihyperlipidemic) tbc 500 mg</i>	62
NARCAN LIQD 4 MG/0.1ML.....	93	NIACOR TABS 500 MG .....	62
NATACYN SUSP 5 %.....	111	NICARDIPINE HCL SOLN 2.5 MG/ML .....	66
<i>nateglinide tabs 120 mg</i> .....	124	nicotine dis 14mg/24h.....	54
<i>nateglinide tabs 60 mg</i> .....	124	nicotine dis 21mg/24h.....	54
NAYZILAM SOLN 5 MG/0.1ML .....	81	nicotine polacrilex gum 2 mg .....	54
<i>nebivolol hcl tabs 10 mg</i> .....	64	nicotine polacrilex gum 4 mg .....	54
<i>nebivolol hcl tabs 2.5 mg</i> .....	64	nicotine pt24 7 mg/24hr.....	54
<i>nebivolol hcl tabs 20 mg</i> .....	64	NICOTROL INHA 10 MG.....	54
<i>nebivolol hcl tabs 5 mg</i> .....	64	<i>nifedipine caps 10 mg</i> .....	66
<i>necon 0.5/35 (28) tabs 0.5-35 mg-mcg</i> ...	122		
NEFAZODONE HCL TABS 100 MG.....	99		
NEFAZODONE HCL TABS 150 MG.....	99		
NEFAZODONE HCL TABS 200 MG.....	99		
NEFAZODONE HCL TABS 250 MG.....	99		
NEFAZODONE HCL TABS 50 MG.....	99		

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 1-800-805-2739 (TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



<i>nifedipine caps 20 mg</i> .....	66	NORA-BE TABS 0.35 MG .....	122
<i>nifedipine er osmotic release tb24 30 mg</i> .66		NORDITROPIN FLEXPPO SOPN 10	
<i>nifedipine er osmotic release tb24 60 mg</i> .66		MG/1.5ML .....	127
<i>nifedipine er osmotic release tb24 90 mg</i> .66		NORDITROPIN FLEXPPO SOPN 15	
<i>nifedipine er tb24 30 mg</i> .....	66	MG/1.5ML .....	127
<i>nifedipine er tb24 60 mg</i> .....	66	NORDITROPIN FLEXPPO SOPN 5	
<i>nifedipine er tb24 90 mg</i> .....	66	MG/1.5ML .....	127
<i>nikki tabs 3-0.02 mg</i> .....	122	<i>norepinephrine bitartrate soln 1 mg/ml</i> .....	56
<i>nilutamide tabs 150 mg</i> .....	45	<i>norethin ace-eth estrad-fe chew 1-20 mg-</i>	
<i>nimodipine caps 30 mg</i> .....	66	<i>mcg(24)</i> .....	122
NINLARO CAPS 2.3 MG .....	45	<i>norethindrone acetate tabs 5 mg</i> .....	127
NINLARO CAPS 3 MG .....	45	<i>norethindrone tabs 0.35 mg</i> .....	122
NINLARO CAPS 4 MG .....	45	NORPACE CR CP12 100 MG .....	68
NITAZOXANIDE TABS 500 MG .....	27	NORPACE CR CP12 150 MG .....	68
NITRO-BID OINT 2 %.....	71	<i>nortrel 0.5/35 (28) tabs 0.5-35 mg-mcg</i> ..	122
NITRO-DUR PT24 0.3 MG/HR .....	71	<i>nortrel 1/35 (21) tabs 1-35 mg-mcg</i> .....	122
NITRO-DUR PT24 0.8 MG/HR .....	71	<i>nortrel 1/35 (28) tabs 1-35 mg-mcg</i> .....	122
<i>nitrofurantoin macrocrystal caps 100 mg</i> ..	32	<i>nortrel 7/7/7 tabs 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i> .	122
<i>nitrofurantoin macrocrystal caps 25 mg</i> ....	32	<i>nortriptyline hcl caps 10 mg</i> .....	99
<i>nitrofurantoin macrocrystal caps 50 mg</i> ....	32	<i>nortriptyline hcl caps 25 mg</i> .....	99
<i>nitrofurantoin monohyd macro caps 100 mg</i>		<i>nortriptyline hcl caps 50 mg</i> .....	99
.....	32	<i>nortriptyline hcl caps 75 mg</i> .....	99
<i>nitrofurantoin susp 25 mg/5ml</i> .....	32	<i>nortriptyline hcl soln 10 mg/5ml</i> .....	99
NITROFURANTOIN SUSP 50 MG/5ML ...	32	NORVIR CAPS 100 MG .....	30
<i>nitroglycerin oint 0.4 %</i> .....	153	NORVIR PACK 100 MG .....	30
<i>nitroglycerin pt24 0.1 mg/hr</i> .....	71	NORVIR SOLN 80 MG/ML .....	30
<i>nitroglycerin pt24 0.2 mg/hr</i> .....	71	NOURIANZ TABS 20 MG.....	90
<i>nitroglycerin pt24 0.4 mg/hr</i> .....	71	NOURIANZ TABS 40 MG.....	90
<i>nitroglycerin pt24 0.6 mg/hr</i> .....	71	NPLATE SOLR 125 MCG .....	60
<i>nitroglycerin soln 0.4 mg/spray</i> .....	71	NUBEQA TABS 300 MG .....	45
NITROGLYCERIN SOLN 5 MG/ML.....	71	NUCALA SOAJ 100 MG/ML.....	141
<i>nitroglycerin subl 0.3 mg</i> .....	71	NUCALA SOSY 100 MG/ML .....	141
<i>nitroglycerin subl 0.4 mg</i> .....	71	NUCALA SOSY 40 MG/0.4ML .....	141
<i>nitroglycerin subl 0.6 mg</i> .....	71	NUCYNTA ER TB12 200 MG.....	74
<i>nitroprusside sodium soln 25 mg/ml</i> .....	68	NUCYNTA TABS 100 MG .....	74
NIVESTYM SOLN 300 MCG/ML .....	60	NUDEXTA CAPS 20-10 MG .....	90
NIVESTYM SOLN 480 MCG/1.6ML .....	60	NULIBRY SOLR 9.5 MG .....	137
NIVESTYM SOSY 300 MCG/0.5ML .....	60	NULOJIX SOLR 250 MG.....	134
NIVESTYM SOSY 480 MCG/0.8ML .....	60	NUPLAZID CAPS 34 MG .....	99

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



NUPLAZID TABS 10 MG.....	99
NURTEC TBDP 75 MG .....	84
NUZYRA TABS 150 MG.....	23
<i>nylia 1/35 tabs 1-35 mg-mcg.....</i>	122
NYMALIZE SOLN 6 MG/ML.....	66
<i>nystatin crea 100000 unit/gm.....</i>	148
<i>nystatin oint 100000 unit/gm.....</i>	148
<i>nystatin powd 100000 unit/gm .....</i>	148
<i>nystatin susp 100000 unit/ml .....</i>	26
<i>nystatin tabs 500000 unit.....</i>	26
<i>nystatin-triamcinolone crea 100000-0.1</i> <i>unit/gm-%.....</i>	150
<i>nystatin-triamcinolone oint 100000-0.1</i> <i>unit/gm-%.....</i>	150
<i>nystop powd 100000 unit/gm.....</i>	148

O

OCALIVA TABS 10 MG.....	117
OCALIVA TABS 5 MG.....	117
OCELLA TABS 3-0.03 MG.....	122
OCREVUS SOLN 300 MG/10ML.....	91
OCTAGAM SOLN 1 GM/20ML.....	145
<i>octreotide acetate soln 100 mcg/ml .....</i>	127
<i>octreotide acetate soln 1000 mcg/ml .....</i>	127
<i>octreotide acetate soln 200 mcg/ml .....</i>	127
<i>octreotide acetate soln 50 mcg/ml .....</i>	127
<i>octreotide acetate soln 500 mcg/ml .....</i>	127
ODACTRA SUBL 12 SQ-HDM.....	137
ODEFSEY TABS 200-25-25 MG.....	30
ODOMZO CAPS 200 MG.....	45
OFEV CAPS 100 MG.....	142
OFEV CAPS 150 MG.....	142
<i>ofloxacin ophthalmic soln 0.3 %.....</i>	111
<i>ofloxacin otic soln 0.3 % .....</i>	111
OGIVRI SOLR 150 MG.....	45
OGIVRI SOLR 420 MG.....	45
OGSIVEO TABS 100 MG.....	45
OGSIVEO TABS 150 MG.....	45
OGSIVEO TABS 50 MG.....	45

OHTUVAYRE SUSP 3 MG/2.5ML.....	142
OJEMDA SUSR 25 MG/ML.....	45
OJEMDA TABS 100 MG.....	45
OJJAARA TABS 100 MG.....	45
OJJAARA TABS 150 MG.....	45
OJJAARA TABS 200 MG.....	45
<i>olanzapine solr 10 mg .....</i>	99
<i>olanzapine tabs 10 mg .....</i>	99
<i>olanzapine tabs 15 mg .....</i>	99
<i>olanzapine tabs 2.5 mg .....</i>	99
<i>olanzapine tabs 20 mg .....</i>	99
<i>olanzapine tabs 5 mg .....</i>	99
<i>olanzapine tabs 7.5 mg .....</i>	100
<i>olanzapine tbdp 10 mg .....</i>	100
<i>olanzapine tbdp 15 mg .....</i>	100
<i>olanzapine tbdp 20 mg .....</i>	100
<i>olanzapine tbdp 5 mg .....</i>	100
<i>olanzapine-fluoxetine hcl caps 12-25 mg</i>	100
<i>olanzapine-fluoxetine hcl caps 12-50 mg</i>	100
<i>olanzapine-fluoxetine hcl caps 3-25 mg .</i>	100
<i>olanzapine-fluoxetine hcl caps 6-25 mg .</i>	100
<i>olanzapine-fluoxetine hcl caps 6-50 mg .</i>	100
OLPRUVA (2 GM DOSE) THPK 2 GM...	105
OLPRUVA (3 GM DOSE) THPK 3 GM...	105
OLPRUVA (4 GM DOSE) THPK 2 & 2 GM	105
.....	105
OLPRUVA (5 GM DOSE) THPK 2 & 3 GM	105
.....	105
OLPRUVA (6 GM DOSE) THPK 3 & 3 GM	105
.....	105
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) THPK 3 & 3.67	105
GM.....	105
OLUMIANT TABS 1 MG.....	132
OLUMIANT TABS 2 MG.....	132
<i>omega-3-acid ethyl esters caps 1 gm.....</i>	62
<i>omeprazole cpdr 10 mg.....</i>	116
<i>omeprazole cpdr 20 mg.....</i>	116
<i>omeprazole cpdr 40 mg.....</i>	116
OMNITROPE SOCT 10 MG/1.5ML.....	127

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



OMNITROPE SOCT 5 MG/1.5ML .....	127	ORLISSA TABS 150 MG .....	125
OMNITROPE SOLR 5.8 MG.....	127	ORLISSA TABS 200 MG .....	125
OMVOH SOAJ 100 MG/ML .....	117	ORKAMBI PACK 100-125 MG .....	141
OMVOH SOLN 300 MG/15ML.....	117	ORKAMBI PACK 150-188 MG .....	141
OMVOH SOSY 100 MG/ML .....	117	ORKAMBI PACK 75-94 MG .....	141
<i>ondansetron hcl soln 4 mg/2ml</i> .....	115	ORKAMBI TABS 100-125 MG.....	141
<i>ondansetron hcl soln 4 mg/5ml</i> .....	115	ORKAMBI TABS 200-125 MG.....	141
<i>ondansetron hcl soln 40 mg/20ml</i> .....	115	ORLADEYO CAPS 150 MG .....	137
ONDANSETRON HCL SOSY 4 MG/2ML	115	<i>ormalvi tabs 50 mg</i> .....	137
<i>ondansetron hcl tabs 4 mg</i> .....	115	ORSERDU TABS 345 MG .....	45
<i>ondansetron hcl tabs 8 mg</i> .....	115	ORSERDU TABS 86 MG .....	45
<i>ondansetron tbdp 4 mg</i> .....	115	ORTIKOS CP24 6 MG.....	119
<i>ondansetron tbdp 8 mg</i> .....	115	ORTIKOS CP24 9 MG.....	120
ONIVYDE INJ 43 MG/10ML.....	45	<i>oseltamivir phosphate caps 30 mg</i> .....	30
ONPATTRO SOLN 10 MG/5ML .....	137	<i>oseltamivir phosphate caps 45 mg</i> .....	30
ONTRUZANT SOLR 150 MG .....	45	<i>oseltamivir phosphate caps 75 mg</i> .....	30
ONTRUZANT SOLR 420 MG .....	45	<i>oseltamivir phosphate susr 6 mg/ml</i> .....	30
ONUREG TABS 200 MG.....	45	OSMITROL SOLN 20 %.....	107
ONUREG TABS 300 MG.....	45	OTEZLA TABS 20 MG .....	132
OPDIVO SOLN 100 MG/10ML .....	45	OTEZLA TABS 30 MG .....	132
OPDIVO SOLN 120 MG/12ML .....	45	OTEZLA TBPK 10 & 20 & 30 MG.....	132
OPDIVO SOLN 240 MG/24ML .....	45	OTEZLA TBPK 4 x 10 & 51 x20 MG.....	132
OPDIVO SOLN 40 MG/4ML .....	45	OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE SOLN	
OPDUALAG SOLN 240-80 MG/20ML .....	45	1 GM/50ML .....	23
OPSYNVI TABS 10-20 MG.....	143	OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE SOLN	
OPSYNVI TABS 10-40 MG.....	143	2 GM/50ML .....	23
OPZELURA CREA 1.5 % .....	153	<i>oxacillin sodium solr 1 gm</i> .....	23
ORBACTIV SOLR 400 MG.....	23	<i>oxacillin sodium solr 2 gm</i> .....	23
ORENCIA CLICKJECT SOAJ 125 MG/ML		OXALIPLATIN SOLN 100 MG/20ML .....	46
.....	132	<i>oxaliplatin soln 50 mg/10ml</i> .....	46
ORENCIA SOLR 250 MG.....	132	<i>oxaliplatin solr 100 mg</i> .....	46
ORENCIA SOSY 125 MG/ML.....	132	<i>oxaliplatin solr 50 mg</i> .....	46
ORENCIA SOSY 50 MG/0.4ML.....	132	OXAPROZIN CAPS 300 MG .....	74
ORENCIA SOSY 87.5 MG/0.7ML.....	132	OXAYDO TABS 5 MG.....	74
ORENITRAM TBCR 0.25 MG.....	143	<i>oxazepam caps 10 mg</i> .....	88
ORENITRAM TBCR 1 MG.....	143	<i>oxazepam caps 15 mg</i> .....	88
ORENITRAM TBCR 2.5 MG.....	143	<i>oxazepam caps 30 mg</i> .....	88
ORENITRAM TBCR 5 MG.....	143	OXBRYTA TABS 500 MG .....	57
ORGOVYX TABS 120 MG .....	125	<i>oxcarbazepine susp 300 mg/5ml</i> .....	81

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.







<i>pamidronate disodium soln 30 mg/10ml</i> .129	PEMETREXED DISODIUM SOLN 100
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6	MG/4ML ..... 46
MG/ML ..... 129	PEMETREXED DISODIUM SOLN 500
<i>pamidronate disodium soln 90 mg/10ml</i> .129	MG/20ML ..... 46
PANRETIN GEL 0.1 % ..... 151	PEMETREXED DISODIUM SOLN 850
PANTOPRAZOLE SODIUM SOLR 40 MG	MG/34ML ..... 46
..... 116	<i>pemetrexed disodium solr 100 mg</i> ..... 46
<i>pantoprazole sodium tbec 20 mg</i> ..... 116	<i>pemetrexed disodium solr 1000 mg</i> ..... 46
<i>pantoprazole sodium tbec 40 mg</i> ..... 116	<i>pemetrexed disodium solr 500 mg</i> ..... 46
PARAPLATIN SOLN 1000 MG/100ML .... 46	<i>pemetrexed disodium solr 750 mg</i> ..... 46
PARICALCITOL SOLN 2 MCG/ML..... 155	PEMETREXED DITROMETHAMINE SOLR
<i>paroxetine hcl er tb24 12.5 mg</i> ..... 100	100 MG ..... 46
<i>paroxetine hcl er tb24 25 mg</i> ..... 100	PEMETREXED DITROMETHAMINE SOLR
<i>paroxetine hcl er tb24 37.5 mg</i> ..... 100	500 MG ..... 46
<i>paroxetine hcl susp 10 mg/5ml</i> ..... 100	PEMETREXED SOLN 1 GM/40ML ..... 46
<i>paroxetine hcl tabs 10 mg</i> ..... 100	PEMETREXED SOLN 100 MG/4ML ..... 46
<i>paroxetine hcl tabs 20 mg</i> ..... 100	PEMETREXED SOLN 500 MG/20ML ..... 46
<i>paroxetine hcl tabs 30 mg</i> ..... 100	PEMFEXY SOLN 500 MG/20ML ..... 46
<i>paroxetine hcl tabs 40 mg</i> ..... 100	PEMRYDI RTU SOLN 100 MG/10ML ..... 46
<i>paroxetine mesylate caps 7.5 mg</i> ..... 100	PEMRYDI RTU SOLN 500 MG/50ML ..... 46
PAXLOVID (150/100) TBPK 10 x 150 MG &	PENBRAYA SUSR..... 146
10 X 100MG ..... 30	<i>penicillamine caps 250 mg</i> ..... 118
PAXLOVID (300/100) TBPK 20 x 150 MG &	<i>penicillamine tabs 250 mg</i> ..... 118
10 X 100MG ..... 30	PENICILLIN G POT IN DEXTROSE SOLN
<i>pazopanib hcl tabs 200 mg</i> ..... 46	40000 UNIT/ML..... 23
PEDIARIX SUSY ..... 146	PENICILLIN G POT IN DEXTROSE SOLN
PEDMARK SOLN 12.5 % ..... 129	60000 UNIT/ML..... 24
PEDVAX HIB SUSP 7.5 MCG/0.5ML .... 146	<i>penicillin g potassium solr 20000000 unit</i> . 24
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl solr 420 gm</i> 116	PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000
PEG-3350/ELECTROLYTES SOLR 236 GM	UNIT/ML ..... 24
..... 116	PENICILLIN G SODIUM SOLR 5000000
PEGASYS SOLN 180 MCG/ML..... 30	UNIT ..... 24
PEGASYS SOSY 180 MCG/0.5ML ..... 30	PENICILLIN V POTASSIUM SOLR 125
PEMAZYRE TABS 13.5 MG ..... 46	MG/5ML ..... 24
PEMAZYRE TABS 4.5 MG ..... 46	PENICILLIN V POTASSIUM SOLR 250
PEMAZYRE TABS 9 MG ..... 46	MG/5ML ..... 24
PEMETREXED DISODIUM SOLN 1	<i>penicillin v potassium tabs 250 mg</i> ..... 24
GM/40ML ..... 46	<i>penicillin v potassium tabs 500 mg</i> ..... 24
	PENTACEL SUSR ..... 146

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>pentamidine isethionate inhalation solr 300 mg</i> .....	27	<i>phenylephrine hcl (pressors) soln 10 mg/ml</i> .....	56
<i>pentamidine isethionate inj solr 300 mg</i> ....	27	PHENYLEPHRINE HCL SOLN 10 % .....	114
PENTASA CPCR 250 MG .....	115	PHENYLEPHRINE HCL SOLN 2.5 % ....	114
PENTASA CPCR 500 MG .....	115	<i>phenytek caps 200 mg</i> .....	81
<i>pentoxifylline er tbcr 400 mg</i> .....	59	<i>phenytek caps 300 mg</i> .....	81
PERCOCET TABS 10-325 MG.....	75	<i>phenytoin chew 50 mg</i> .....	81
PERCOCET TABS 7.5-325 MG.....	75	<i>phenytoin sodium extended caps 100 mg</i>	81
PERJETA SOLN 420 MG/14ML .....	46	<i>phenytoin sodium extended caps 200 mg</i>	81
<i>permethrin crea 5 %</i> .....	148	<i>phenytoin sodium extended caps 300 mg</i>	82
<i>perphenazine tabs 16 mg</i> .....	100	<i>phenytoin sodium soln 50 mg/ml</i> .....	82
<i>perphenazine tabs 2 mg</i> .....	100	<i>phenytoin susp 125 mg/5ml</i> .....	82
<i>perphenazine tabs 4 mg</i> .....	100	PHESGO SOLN 60-60-2000 MG-MG-U/ML	
<i>perphenazine tabs 8 mg</i> .....	100	.....	47
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TABS 2-10 MG .....	100	PHESGO SOLN 80-40-2000 MG-MG-U/ML	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TABS 2-25 MG .....	100	.....	47
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TABS 4-10 MG .....	100	PHOSLYRA SOLN 667 MG/5ML.....	108
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TABS 4-25 MG .....	100	PHOSPHOLINE IODIDE SOLR 0.125 %	113
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TABS 4-50 MG .....	100	PHYSIOLYTE SOLN .....	138
PERSERIS PRSY 120 MG .....	100	PHYSIOSOL IRRIGATION SOLN .....	138
PERSERIS PRSY 90 MG .....	101	PIASKY SOLN 340 MG/2ML .....	138
PHENELZINE SULFATE TABS 15 MG ..	101	PIFELTRO TABS 100 MG.....	30
<i>phenobarbital elix 20 mg/5ml</i> .....	88	PILOCARPINE HCL SOLN 1 % .....	113
<i>phenobarbital sodium soln 130 mg/ml</i> .....	88	PILOCARPINE HCL SOLN 2 % .....	113
<i>phenobarbital sodium soln 65 mg/ml</i> .....	88	PILOCARPINE HCL SOLN 4 % .....	113
<i>phenobarbital tabs 100 mg</i> .....	88	<i>pilocarpine hcl tabs 5 mg</i> .....	54
<i>phenobarbital tabs 15 mg</i> .....	88	PIMECROLIMUS CREA 1 %.....	153
<i>phenobarbital tabs 16.2 mg</i> .....	88	PIMOZIDE TABS 1 MG .....	101
<i>phenobarbital tabs 30 mg</i> .....	89	PIMOZIDE TABS 2 MG .....	101
<i>phenobarbital tabs 32.4 mg</i> .....	89	<i>pioglitazone hcl tabs 15 mg</i> .....	124
<i>phenobarbital tabs 60 mg</i> .....	89	<i>pioglitazone hcl tabs 30 mg</i> .....	124
<i>phenobarbital tabs 64.8 mg</i> .....	89	<i>pioglitazone hcl tabs 45 mg</i> .....	124
<i>phenobarbital tabs 97.2 mg</i> .....	89	<i>piperacillin sod-tazobactam so solr 2.25 (2-0.25) gm</i> .....	24
<i>phenoxybenzamine hcl caps 10 mg</i> .....	55	<i>piperacillin sod-tazobactam so solr 3.375 (3-0.375) gm</i> .....	24
		<i>piperacillin sod-tazobactam so solr 4.5 (4-0.5) gm</i> .....	24

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>piperacillin sod-tazobactam so solr 40.5 (36-4.5) gm</i> .....	24	POMALYST CAPS 4 MG .....	47
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) TBPK 200 MG .....	47	POMBILITI SOLR 105 MG .....	110
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) TBPK 200 & 50 MG.....	47	<i>portia-28 tabs 0.15-30 mg-mcg</i> .....	122
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) TBPK 2 x 150 MG .....	47	PORTRAZZA SOLN 800 MG/50ML .....	47
<i>pirfenidone caps 267 mg</i> .....	142	<i>posaconazole susp 40 mg/ml</i> .....	26
<i>pirfenidone tabs 267 mg</i> .....	142	<i>posaconazole tbec 100 mg</i> .....	26
PIRFENIDONE TABS 534 MG .....	142	<i>pot &amp; sod cit-cit ac soln 550-500-334 mg/5ml</i> .....	105
<i>pirfenidone tabs 801 mg</i> .....	142	POTASSIUM ACETATE SOLN 2 MEQ/ML .....	108
<i>piroxicam caps 10 mg</i> .....	75	<i>potassium chloride crys er tbcr 10 meq</i> ..	109
<i>piroxicam caps 20 mg</i> .....	75	<i>potassium chloride crys er tbcr 20 meq</i> ..	109
PLASMA-LYTE 148 SOLN .....	108	<i>potassium chloride er cpcr 10 meq</i> .....	109
PLASMA-LYTE A SOLN.....	108	<i>potassium chloride er cpcr 8 meq</i> .....	109
PLEGRIDY SOPN 125 MCG/0.5ML .....	91	<i>potassium chloride er tbcr 10 meq</i> .....	109
PLEGRIDY SOSY 125 MCG/0.5ML .....	91	<i>potassium chloride er tbcr 20 meq</i> .....	109
PLEGRIDY STARTER PACK SOPN 63 & 94 MCG/0.5ML.....	91	POTASSIUM CHLORIDE ER TBCR 8 MEQ .....	109
PLEGRIDY STARTER PACK SOSY 63 & 94 MCG/0.5ML.....	91	<i>potassium chloride in nacl soln 20-0.9 meq/l-%</i> .....	109
<i>plenamine soln 15 %</i> .....	106	<i>potassium chloride in nacl soln 40-0.9 meq/l-%</i> .....	109
PLERIXAFOR SOLN 24 MG/1.2ML.....	60	<i>potassium chloride pack 20 meq</i> .....	109
PODOFILOX SOLN 0.5 %.....	153	POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10 MEQ/100ML.....	109
POKONZA PACK 10 MEQ .....	108	<i>potassium chloride soln 2 meq/ml</i> .....	109
POLIVY SOLR 140 MG .....	47	POTASSIUM CHLORIDE SOLN 20 MEQ/100ML.....	109
POLIVY SOLR 30 MG .....	47	<i>potassium chloride soln 20 meq/15ml (10%)</i> .....	109
POLOCAINE SOLN 1 % .....	138	.....	109
POLOCAINE SOLN 2 %.....	138	POTASSIUM CHLORIDE SOLN 40 MEQ/100ML.....	109
POLOCAINE-MPF SOLN 1 % .....	138	<i>potassium chloride soln 40 meq/15ml (20%)</i> .....	109
POLOCAINE-MPF SOLN 1.5 % .....	138	.....	109
POLOCAINE-MPF SOLN 2 % .....	138	<i>potassium citrate er tbcr 10 meq (1080 mg)</i> .....	105
polyethylene glycol 3350 pack 17 gm .....	116	.....	105
<i>polymyxin b-trimethoprim soln 10000-0.1 unit/ml-%</i> .....	111	<i>potassium citrate er tbcr 15 meq (1620 mg)</i> .....	105
POMALYST CAPS 1 MG.....	47	.....	105
POMALYST CAPS 2 MG.....	47	<i>potassium citrate er tbcr 5 meq (540 mg)</i> .....	105
POMALYST CAPS 3 MG.....	47		

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 1-800-805-2739 (TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



<i>potassium cl in dextrose 5% soln 20 meq/l</i>	PREDNISONE INTENSOL CONC 5 MG/ML
..... 109	..... 120
<i>potassium phosphates(66 meq k) soln 45 mmole/15ml</i> ..... 109	PREDNISONE SOLN 5 MG/5ML ..... 120
POTELIGEO SOLN 20 MG/5ML.....47	<i>prednisone tabs 1 mg</i> ..... 120
PRADAXA CAPS 110 MG .....59	<i>prednisone tabs 10 mg</i> ..... 120
PRADAXA CAPS 150 MG .....59	<i>prednisone tabs 2.5 mg</i> ..... 120
PRADAXA CAPS 75 MG .....59	<i>prednisone tabs 20 mg</i> ..... 120
PRALATREXATE SOLN 20 MG/ML .....47	<i>prednisone tabs 5 mg</i> ..... 120
PRALATREXATE SOLN 40 MG/2ML .....47	<i>prednisone tabs 50 mg</i> ..... 120
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 0.125 mg</i>	<i>prednisone tbpk 10 mg (21)</i> ..... 120
.....86	<i>prednisone tbpk 10 mg (48)</i> ..... 120
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 0.25 mg</i> 86	<i>prednisone tbpk 5 mg (21)</i> ..... 120
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 0.5 mg</i> .86	<i>prednisone tbpk 5 mg (48)</i> ..... 120
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 0.75 mg</i> 86	<i>pregabalin caps 100 mg</i> ..... 82
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 1 mg</i> ....86	<i>pregabalin caps 150 mg</i> ..... 82
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 1.5 mg</i> .86	<i>pregabalin caps 200 mg</i> ..... 82
<i>prasugrel hcl tabs 10 mg</i> .....59	<i>pregabalin caps 225 mg</i> ..... 82
<i>prasugrel hcl tabs 5 mg</i> .....59	<i>pregabalin caps 25 mg</i> ..... 82
<i>pravastatin sodium tabs 10 mg</i> .....62	<i>pregabalin caps 300 mg</i> ..... 82
<i>pravastatin sodium tabs 20 mg</i> .....62	<i>pregabalin caps 50 mg</i> ..... 82
<i>pravastatin sodium tabs 40 mg</i> .....62	<i>pregabalin caps 75 mg</i> ..... 82
<i>pravastatin sodium tabs 80 mg</i> .....62	<i>pregabalin soln 20 mg/ml</i> ..... 82
<i>praziquantel tabs 600 mg</i> ..... 18	PREHEVBRIO SUSP 10 MCG/ML ..... 146
<i>prazosin hcl caps 1 mg</i> .....61	PREMARIN SOLR 25 MG ..... 125
<i>prazosin hcl caps 2 mg</i> .....61	PREMASOL SOLN 10 %..... 106
<i>prazosin hcl caps 5 mg</i> .....61	PRENATAL TABS 27-1 MG ..... 155
PRED MILD SUSP 0.12 % ..... 112	PRETOMANID TABS 200 MG..... 26
PRED-G S.O.P. OINT 0.3-0.6 % ..... 112	<i>prevalite pack 4 gm</i> ..... 62
PREDNISOLONE ACETATE SUSP 1 % 112	<i>prevalite powd 4 gm/dose</i> ..... 62
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	PREVYMIS SOLN 240 MG/12ML..... 30
SOLN 1 % ..... 112	PREVYMIS SOLN 480 MG/24ML..... 30
<i>prednisolone sodium phosphate soln 15 mg/5ml</i> ..... 120	PREVYMIS TABS 240 MG ..... 30
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	PREVYMIS TABS 480 MG ..... 30
SOLN 6.7 (5 Base) MG/5ML ..... 120	PREZCOBIX TABS 800-150 MG..... 30
<i>prednisolone soln 15 mg/5ml</i> ..... 120	PREZISTA SUSP 100 MG/ML..... 30
<i>prednisolone tabs 5 mg</i> ..... 120	PREZISTA TABS 150 MG..... 30
	PREZISTA TABS 75 MG..... 30
	PRIFTIN TABS 150 MG ..... 26

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3 (15 Base) MG.....	27	<i>promethazine hcl tabs 25 mg</i> .....	33
PRIMIDONE TABS 125 MG .....	82	<i>promethazine hcl tabs 50 mg</i> .....	33
<i>primidone tabs 250 mg</i> .....	82	<i>promethegan supp 12.5 mg</i> .....	33
<i>primidone tabs 50 mg</i> .....	82	<i>promethegan supp 25 mg</i> .....	33
PRIORIX SUSR.....	146	<i>propafenone hcl tabs 150 mg</i> .....	68
<i>probenecid tabs 500 mg</i> .....	109	<i>propafenone hcl tabs 225 mg</i> .....	68
<i>procainamide hcl soln 100 mg/ml</i> .....	68	<i>propafenone hcl tabs 300 mg</i> .....	68
PROCAINAMIDE HCL SOLN 500 MG/ML	68	<i>proparacaine hcl soln 0.5 %</i> .....	114
<i>prochlorperazine edisylate soln 10 mg/2ml</i> .....	101	<i>propranolol hcl er cp24 120 mg</i> .....	64
<i>prochlorperazine maleate tabs 10 mg</i> .....	101	<i>propranolol hcl er cp24 160 mg</i> .....	64
<i>prochlorperazine maleate tabs 5 mg</i> .....	101	<i>propranolol hcl er cp24 60 mg</i> .....	64
<i>prochlorperazine supp 25 mg</i> .....	101	<i>propranolol hcl er cp24 80 mg</i> .....	64
PROCRIT SOLN 10000 UNIT/ML.....	60	<i>propranolol hcl soln 1 mg/ml</i> .....	64
PROCRIT SOLN 2000 UNIT/ML.....	60	<i>propranolol hcl soln 20 mg/5ml</i> .....	64
PROCRIT SOLN 20000 UNIT/ML.....	60	PROPRANOLOL HCL SOLN 40 MG/5ML	64
PROCRIT SOLN 3000 UNIT/ML.....	60	<i>propranolol hcl tabs 10 mg</i> .....	64
PROCRIT SOLN 4000 UNIT/ML.....	60	<i>propranolol hcl tabs 20 mg</i> .....	64
PROCRIT SOLN 40000 UNIT/ML.....	60	<i>propranolol hcl tabs 40 mg</i> .....	64
PROCTOFOAM HC FOAM 1-1 % .....	151	<i>propranolol hcl tabs 60 mg</i> .....	64
<i>proctozone-hc crea 2.5 %</i> .....	150	<i>propranolol hcl tabs 80 mg</i> .....	64
PROCYSBI CPDR 25 MG .....	138	<i>propylthiouracil tabs 50 mg</i> .....	128
PROCYSBI CPDR 75 MG .....	138	PROQUAD SUSR .....	146
<i>progesterone caps 100 mg</i> .....	127	<i>protriptyline hcl tabs 10 mg</i> .....	101
<i>progesterone caps 200 mg</i> .....	127	<i>protriptyline hcl tabs 5 mg</i> .....	101
<i>progesterone oil 50 mg/ml</i> .....	127	PULMOZYME SOLN 2.5 MG/2.5ML .....	110
PROGRAF PACK 0.2 MG .....	134	PURIXAN SUSP 2000 MG/100ML .....	47
PROGRAF PACK 1 MG .....	134	<i>pyrazinamide tabs 500 mg</i> .....	26
PROGRAF SOLN 5 MG/ML.....	135	<i>pyridostigmine bromide er tbc 180 mg</i> .....	54
PROMACTA PACK 12.5 MG .....	60	<i>pyridostigmine bromide soln 60 mg/5ml</i> ...	54
PROMACTA PACK 25 MG.....	60	<i>pyridostigmine bromide tabs 60 mg</i> .....	54
PROMACTA TABS 12.5 MG .....	60	<i>pyrimethamine tabs 25 mg</i> .....	27
PROMACTA TABS 25 MG .....	60	PYRUKYND TABS 20 MG .....	138
PROMACTA TABS 50 MG .....	60	PYRUKYND TABS 5 MG .....	138
PROMACTA TABS 75 MG .....	60	PYRUKYND TABS 50 MG .....	138
<i>promethazine hcl soln 25 mg/ml</i> .....	33	PYRUKYND TAPER PACK TBPK 5 MG	138
<i>promethazine hcl soln 6.25 mg/5ml</i> .....	33	PYRUKYND TAPER PACK TBPK 7 x 20 MG & 7 X 5 MG.....	138
<i>promethazine hcl tabs 12.5 mg</i> .....	33	PYRUKYND TAPER PACK TBPK 7 x 50 MG & 7 X 20 MG.....	138

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



**Q**

QALSODY SOLN 100 MG/15ML .....90  
 QDOLO SOLN 5 MG/ML .....75  
 QINLOCK TABS 50 MG .....47  
 QUADRACEL SUSP.....145  
 QUADRACEL SUSY 0.5 ML.....145  
*quetiapine fumarate er tb24 150 mg* ..... 101  
*quetiapine fumarate er tb24 200 mg* ..... 101  
*quetiapine fumarate er tb24 300 mg* ..... 101  
*quetiapine fumarate er tb24 400 mg* ..... 101  
*quetiapine fumarate er tb24 50 mg* ..... 101  
*quetiapine fumarate tabs 100 mg* ..... 101  
 QUETIAPINE FUMARATE TABS 150 MG  
 ..... 101  
*quetiapine fumarate tabs 200 mg* ..... 101  
*quetiapine fumarate tabs 25 mg* ..... 101  
*quetiapine fumarate tabs 300 mg* ..... 101  
*quetiapine fumarate tabs 400 mg* ..... 101  
*quetiapine fumarate tabs 50 mg* ..... 101  
*quinidine gluconate er tbc 324 mg*.....68  
 QUINIDINE SULFATE TABS 200 MG ..... 68  
 QUINIDINE SULFATE TABS 300 MG .....68  
*quinine sulfate caps 324 mg*.....27  
 QULIPTA TABS 10 MG .....84  
 QULIPTA TABS 30 MG .....84  
 QULIPTA TABS 60 MG .....84

**R**

RABAVERT SUSR ..... 146  
 RADIAURA CREA 3-0.5 %.....151  
 RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 105  
 MG/5ML .....90  
 RADICAVA ORS SUSP 105 MG/5ML .....90  
 RADICAVA SOLN 30 MG/100ML .....90  
*raloxifene hcl tabs 60 mg*.....125  
*ramipril caps 1.25 mg* .....70  
*ramipril caps 10 mg* .....70  
*ramipril caps 2.5 mg* .....70

*ramipril caps 5 mg* .....70  
*ranolazine er tb12 1000 mg*.....68  
 RAPIVAB SOLN 200 MG/20ML.....30  
*rasagiline mesylate tabs 0.5 mg* .....86  
*rasagiline mesylate tabs 1 mg* .....86  
 RASUVO SOAJ 10 MG/0.2ML .....132  
 RASUVO SOAJ 12.5 MG/0.25ML .....132  
 RASUVO SOAJ 15 MG/0.3ML .....132  
 RASUVO SOAJ 17.5 MG/0.35ML .....132  
 RASUVO SOAJ 20 MG/0.4ML .....132  
 RASUVO SOAJ 22.5 MG/0.45ML .....132  
 RASUVO SOAJ 25 MG/0.5ML .....132  
 RASUVO SOAJ 30 MG/0.6ML .....132  
 RASUVO SOAJ 7.5 MG/0.15ML .....132  
 RAVICTI LIQD 1.1 GM/ML .....105  
 RAYALDEE CPCR 30 MCG .....155  
 REBIF REBIDOSE SOAJ 22 MCG/0.5ML 91  
 REBIF REBIDOSE SOAJ 44 MCG/0.5ML 91  
 REBIF REBIDOSE TITRATION PACK  
 SOAJ 6X8.8 & 6X22 MCG .....91  
 REBIF TITRATION PACK SOSY 6X8.8 &  
 6X22 MCG .....91  
 REBLOZYL SOLR 25 MG .....61  
 REBLOZYL SOLR 75 MG .....61  
 RECARBRIO SOLR 1.25 GM.....24  
*reclipsen tabs 0.15-30 mg-mcg* .....122  
 RECOMBIVAX HB SUSP 10 MCG/ML...146  
 RECOMBIVAX HB SUSP 40 MCG/ML...146  
 RECOMBIVAX HB SUSP 5 MCG/0.5ML 146  
 RECOMBIVAX HB SUSY 10 MCG/ML...147  
 RECOMBIVAX HB SUSY 5 MCG/0.5ML 147  
 REGONOL SOLN 10 MG/2ML .....54  
 REGRANEX GEL 0.01 % .....153  
 RELENZA DISKHALER AEPB 5 MG/ACT31  
 RELISTOR SOLN 12 MG/0.6ML .....117  
 RELYVRIO PACK 3-1 GM.....90  
*repaglinide tabs 0.5 mg* .....124  
*repaglinide tabs 1 mg* .....124  
*repaglinide tabs 2 mg* .....124

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후  
 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



REPATHA SURECLICK SOAJ 140 MG/ML	<i>rifampin caps 300 mg</i> .....	26
.....62	<i>rifampin solr 600 mg</i> .....	26
RETACRIT SOLN 20000 UNIT/ML.....61	<i>riluzole tabs 50 mg</i> .....	90
RETEVMO CAPS 40 MG .....	RIMANTADINE HCL TABS 100 MG.....	31
47	RIMSO-50 SOLN 50 %.....	138
RETEVMO CAPS 80 MG .....	RINGERS IRRIGATION SOLN.....	138
47	RINGERS SOLN .....	108, 109, 136
RETEVMO TABS 120 MG.....47	RINVOQ LQ SOLN 1 MG/ML .....	132
RETEVMO TABS 160 MG.....47	RINVOQ TB24 15 MG .....	132
RETEVMO TABS 40 MG.....47	RINVOQ TB24 30 MG .....	132
RETEVMO TABS 80 MG.....47	RINVOQ TB24 45 MG .....	132
RETIN-A CREA 0.025 % .....	RISPERDAL CONSTA SRER 12.5 MG..	101
151	RISPERDAL CONSTA SRER 25 MG.....	101
RETIN-A CREA 0.05 % .....	RISPERDAL CONSTA SRER 37.5 MG..	101
151	RISPERDAL CONSTA SRER 50 MG.....	101
RETIN-A CREA 0.1 % .....	<i>risperidone microspheres er srer 12.5 mg</i>	
151	.....	101
RETIN-A GEL 0.01 % .....	<i>risperidone microspheres er srer 25 mg</i> .	102
151	<i>risperidone microspheres er srer 37.5 mg</i>	
RETIN-A GEL 0.025 % .....	.....	102
152	<i>risperidone microspheres er srer 50 mg</i> .	102
RETISERT IMPL 0.59 MG .....	<i>risperidone soln 1 mg/ml</i> .....	102
112	<i>risperidone tabs 0.25 mg</i> .....	102
RETROVIR SOLN 10 MG/ML.....31	<i>risperidone tabs 0.5 mg</i> .....	102
REVLIMID CAPS 2.5 MG .....	<i>risperidone tabs 1 mg</i> .....	102
47	<i>risperidone tabs 2 mg</i> .....	102
REVLIMID CAPS 20 MG .....	<i>risperidone tabs 3 mg</i> .....	102
47	<i>risperidone tabs 4 mg</i> .....	102
REXULTI TABS 0.25 MG .....	RISPERIDONE TBDP 0.25 MG.....	102
101	<i>risperidone tbdp 0.5 mg</i> .....	102
REXULTI TABS 0.5 MG .....	<i>risperidone tbdp 1 mg</i> .....	102
101	<i>risperidone tbdp 2 mg</i> .....	102
REXULTI TABS 1 MG .....	<i>risperidone tbdp 3 mg</i> .....	102
101	<i>risperidone tbdp 4 mg</i> .....	102
REXULTI TABS 2 MG .....	RITUXAN HYCELA SOLN 1400-23400 MG	
101	-UT/11.7ML .....	47
REXULTI TABS 3 MG .....	RITUXAN HYCELA SOLN 1600-26800 MG	
101	-UT/13.4ML .....	47
REXULTI TABS 4 MG .....		
101		
REYATAZ PACK 50 MG.....31		
REZDIFFRA TABS 100 MG.....128		
REZDIFFRA TABS 60 MG .....		
128		
REZDIFFRA TABS 80 MG .....		
128		
REZLIDHIA CAPS 150 MG.....47		
REZUROCK TABS 200 MG.....138		
REZZAYO SOLR 200 MG .....		
26		
RIABNI SOLN 100 MG/10ML .....		
47		
RIABNI SOLN 500 MG/50ML .....		
47		
RIBAVIRIN CAPS 200 MG .....		
31		
<i>ribavirin solr 6 gm</i> .....		
31		
RIBAVIRIN TABS 200 MG.....31		
RIDAURA CAPS 3 MG .....		
138		
RIFABUTIN CAPS 150 MG .....		
26		
<i>rifampin caps 150 mg</i> .....		
26		

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



RITUXAN SOLN 100 MG/10ML.....	47	<i>roweepra tabs 500 mg</i> .....	82
RITUXAN SOLN 500 MG/50ML.....	47	ROZLYTREK CAPS 100 MG.....	47
<i>rivastigmine tartrate caps 1.5 mg</i> .....	54	ROZLYTREK CAPS 200 MG.....	47
<i>rivastigmine tartrate caps 3 mg</i> .....	55	ROZLYTREK PACK 50 MG .....	48
<i>rivastigmine tartrate caps 4.5 mg</i> .....	55	RUBRACA TABS 200 MG.....	48
<i>rivastigmine tartrate caps 6 mg</i> .....	55	RUBRACA TABS 250 MG.....	48
RIVFLOZA SOLN 80 MG/0.5ML.....	138	RUBRACA TABS 300 MG.....	48
RIVFLOZA SOSY 128 MG/0.8ML.....	138	<i>rufinamide susp 40 mg/ml</i> .....	82
RIVFLOZA SOSY 160 MG/ML.....	138	<i>rufinamide tabs 200 mg</i> .....	82
<i>rizatriptan benzoate tabs 10 mg</i> .....	84	<i>rufinamide tabs 400 mg</i> .....	82
<i>rizatriptan benzoate tabs 5 mg</i> .....	84	RUKOBIA TB12 600 MG.....	31
<i>rizatriptan benzoate tbdp 10 mg</i> .....	84	RUXIENCE SOLN 100 MG/10ML.....	48
<i>rizatriptan benzoate tbdp 5 mg</i> .....	84	RUXIENCE SOLN 500 MG/50ML.....	48
<i>roflumilast tabs 250 mcg</i> .....	142	RYBREVANT SOLN 350 MG/7ML .....	48
<i>roflumilast tabs 500 mcg</i> .....	142	RYDAPT CAPS 25 MG .....	48
ROLVEDON SOSY 13.2 MG/0.6ML .....	61	RYKINDO SRER 25 MG .....	102
<i>ropinirole hcl er tb24 12 mg</i> .....	86	RYKINDO SRER 37.5 MG .....	102
<i>ropinirole hcl er tb24 2 mg</i> .....	86	RYKINDO SRER 50 MG .....	102
<i>ropinirole hcl er tb24 4 mg</i> .....	86	RYLAZE SOLN 10 MG/0.5ML .....	48
<i>ropinirole hcl er tb24 6 mg</i> .....	86	RYSTIGGO SOLN 280 MG/2ML .....	138
<i>ropinirole hcl er tb24 8 mg</i> .....	86	RYSTIGGO SOLN 420 MG/3ML .....	138
<i>ropinirole hcl tabs 0.25 mg</i> .....	86	RYSTIGGO SOLN 560 MG/4ML .....	138
<i>ropinirole hcl tabs 0.5 mg</i> .....	86	RYSTIGGO SOLN 840 MG/6ML .....	139
<i>ropinirole hcl tabs 1 mg</i> .....	86	RYTELO SOLR 188 MG.....	48
<i>ropinirole hcl tabs 2 mg</i> .....	86	RYTELO SOLR 47 MG.....	48
<i>ropinirole hcl tabs 3 mg</i> .....	86		
<i>ropinirole hcl tabs 4 mg</i> .....	86		
<i>ropinirole hcl tabs 5 mg</i> .....	86		
<i>ropivacaine hcl soln 10 mg/ml</i> .....	138		
<i>ropivacaine hcl soln 2 mg/ml</i> .....	138		
<i>ropivacaine hcl soln 5 mg/ml</i> .....	138		
<i>ropivacaine hcl soln 7.5 mg/ml</i> .....	138		
<i>rosuvastatin calcium tabs 10 mg</i> .....	62		
<i>rosuvastatin calcium tabs 20 mg</i> .....	62		
<i>rosuvastatin calcium tabs 40 mg</i> .....	62		
<i>rosuvastatin calcium tabs 5 mg</i> .....	62		
ROTARIX SUSP .....	147		
ROTARIX SUSR.....	147		
ROTATEQ SOLN .....	147		

## S

<i>sajazir sosy 30 mg/3ml</i> .....	57
<i>salicylic acid sham 6 %</i> .....	153
saline laxative soln 0.9-2.4 gm/5ml.....	116
<i>salsalate tabs 500 mg</i> .....	75
<i>salsalate tabs 750 mg</i> .....	75
SANDIMMUNE SOLN 100 MG/ML.....	135
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 10 MG	
.....	127
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 20 MG	
.....	127
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 30 MG	
.....	127

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.





SANTYL OINT 250 UNIT/GM .....	153	<i>sertraline hcl tabs 100 mg</i> .....	102
SAPHNELO SOLN 300 MG/2ML.....	135	<i>sertraline hcl tabs 25 mg</i> .....	102
<i>sapropterin dihydrochloride pack 100 mg</i>	139	<i>sertraline hcl tabs 50 mg</i> .....	102
<i>sapropterin dihydrochloride pack 500 mg</i>	139	<i>sevelamer carbonate pack 0.8 gm</i> .....	107
<i>sapropterin dihydrochloride tabs 100 mg</i>	139	<i>sevelamer carbonate pack 2.4 gm</i> .....	107
SARCLISA SOLN 100 MG/5ML.....	48	<i>sevelamer carbonate tabs 800 mg</i> .....	107
SARCLISA SOLN 500 MG/25ML.....	48	SEYSARA TABS 100 MG .....	24
<i>saxagliptin hcl tabs 5 mg</i> .....	124	SEZABY SOLR 100 MG.....	89
SCEMBLIX TABS 100 MG .....	48	SHINGRIX SUSR 50 MCG/0.5ML .....	147
SCEMBLIX TABS 20 MG .....	48	SIGNIFOR LAR SRER 10 MG.....	127
SCEMBLIX TABS 40 MG .....	48	SIGNIFOR LAR SRER 20 MG.....	127
<i>scopolamine pt72 1 mg/3days</i> .....	115	SIGNIFOR LAR SRER 30 MG.....	127
SECUADO PT24 3.8 MG/24HR.....	102	SIGNIFOR LAR SRER 40 MG.....	127
SECUADO PT24 5.7 MG/24HR.....	102	SIGNIFOR LAR SRER 60 MG.....	127
SECUADO PT24 7.6 MG/24HR.....	102	SIGNIFOR SOLN 0.3 MG/ML.....	127
<i>selegiline hcl caps 5 mg</i> .....	86	SIGNIFOR SOLN 0.6 MG/ML.....	127
<i>selegiline hcl tabs 5 mg</i> .....	86	SIGNIFOR SOLN 0.9 MG/ML.....	127
<i>selenium sulfide lotn 2.5 %</i> .....	148	SIKLOS TABS 1000 MG .....	48
<i>selenium sulfide sham 2.25 %</i> .....	148	<i>sildenafil citrate susr 10 mg/ml</i> .....	71
SELZENTRY SOLN 20 MG/ML .....	31	<i>sildenafil citrate tabs 20 mg</i> .....	71
SELZENTRY TABS 25 MG.....	31	SILIQ SOSY 210 MG/1.5ML.....	153
SELZENTRY TABS 75 MG.....	31	<i>silodosin caps 4 mg</i> .....	55
SENSORCAINE SOLN 0.5 %.....	139	<i>silodosin caps 8 mg</i> .....	55
<i>sensorcaine/epinephrine soln 0.25% -1</i>		SILVER SULFADIAZINE CREA 1 % .....	148
200000 .....	139	SIMLANDI (1 PEN) AJKT 40 MG/0.4ML. 132	
<i>sensorcaine/epinephrine soln 0.5% -1</i>		SIMLANDI (2 PEN) AJKT 40 MG/0.4ML. 132	
200000 .....	139	SIMPONI ARIA SOLN 50 MG/4ML.....	133
<i>sensorcaine-mpf soln 0.25 %</i> .....	139	SIMPONI SOAJ 100 MG/ML .....	133
<i>sensorcaine-mpf soln 0.5 %</i> .....	139	SIMPONI SOAJ 50 MG/0.5ML .....	133
<i>sensorcaine-mpf soln 0.75 %</i> .....	139	SIMPONI SOSY 100 MG/ML.....	133
<i>sensorcaine-mpf/epinephrine soln 0.25% -1</i>		SIMPONI SOSY 50 MG/0.5ML.....	133
200000 .....	139	<i>simvastatin tabs 10 mg</i> .....	62
SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE		<i>simvastatin tabs 20 mg</i> .....	63
SOLN 0.5% -1		<i>simvastatin tabs 40 mg</i> .....	63
200000 .....	139	<i>simvastatin tabs 5 mg</i> .....	63
SEREVENT DISKUS AEPB 50 MCG/ACT56		<i>simvastatin tabs 80 mg</i> .....	63
SERTRALINE HCL CAPS 150 MG.....	102	<i>sirolimus soln 1 mg/ml</i> .....	135
SERTRALINE HCL CAPS 200 MG.....	102	<i>sirolimus tabs 0.5 mg</i> .....	135
<i>sertraline hcl conc 20 mg/ml</i> .....	102	<i>sirolimus tabs 1 mg</i> .....	135

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>sirolimus tabs 2 mg</i> .....	135	SOHONOS CAPS 2.5 MG.....	139
SIRTURO TABS 100 MG .....	26	SOHONOS CAPS 5 MG.....	139
SIRTURO TABS 20 MG .....	26	<i>solifenacin succinate tabs 10 mg</i> .....	154
SITAGLIPTIN TABS 100 MG.....	124	<i>solifenacin succinate tabs 5 mg</i> .....	154
SITAGLIPTIN TABS 25 MG.....	124	SOLTAMOX SOLN 10 MG/5ML .....	48
SITAGLIPTIN TABS 50 MG.....	124	SOLU-CORTEF SOLR 100 MG .....	120
SIVEXTRO TABS 200 MG .....	24	SOLU-CORTEF SOLR 1000 MG .....	120
SKYCLARYS CAPS 50 MG.....	139	SOLU-CORTEF SOLR 250 MG .....	120
SKYRIZI PEN SOAJ 150 MG/ML .....	153	SOLU-CORTEF SOLR 500 MG .....	120
SKYRIZI SOCT 180 MG/1.2ML .....	117	SOLU-MEDROL SOLR 2 GM.....	120
SKYRIZI SOCT 360 MG/2.4ML .....	117	SOMATULINE DEPOT SOLN 120	
SKYRIZI SOLN 600 MG/10ML .....	117	MG/0.5ML .....	127
SKYRIZI SOSY 150 MG/ML .....	153	SOMATULINE DEPOT SOLN 60 MG/0.2ML	
<i>sodium bicarbonate soln 4.2 %</i> .....	105	.....	127
<i>sodium bicarbonate soln 8.4 %</i> .....	105	SOMATULINE DEPOT SOLN 90 MG/0.3ML	
SODIUM CHLORIDE (PF) SOLN 0.9 % .	109	.....	127
SODIUM CHLORIDE SOLN 0.45 % .....	109	SOMAVERT SOLR 10 MG .....	128
<i>sodium chloride soln 0.9 %</i> .....	109	SOMAVERT SOLR 15 MG .....	128
SODIUM CHLORIDE SOLN 0.9 % .....	139	SOMAVERT SOLR 20 MG .....	128
SODIUM CHLORIDE SOLN 3 % .....	109	SOMAVERT SOLR 25 MG .....	128
SODIUM CHLORIDE SOLN 4 MEQ/ML .	109	SOMAVERT SOLR 30 MG .....	128
SODIUM CHLORIDE SOLN 5 % .....	109	<i>sorafenib tosylate tabs 200 mg</i> .....	48
<i>sodium fluoride chew 0.55 (0.25 f) mg</i> ....	139	<i>sotalol hcl (af) tabs 120 mg</i> .....	64
<i>sodium fluoride chew 1.1 (0.5 f) mg</i> .....	139	<i>sotalol hcl (af) tabs 160 mg</i> .....	64
<i>sodium fluoride chew 2.2 (1 f) mg</i> .....	139	<i>sotalol hcl (af) tabs 80 mg</i> .....	64
SODIUM FLUORIDE SOLN 1.1 (0.5 F)		<i>sotalol hcl tabs 120 mg</i> .....	64
MG/ML .....	139	<i>sotalol hcl tabs 160 mg</i> .....	64
SODIUM OXYBATE SOLN 500 MG/ML ...	90	<i>sotalol hcl tabs 240 mg</i> .....	64
<i>sodium phenylbutyrate powd 3 gm/tsp</i> ....	105	<i>sotalol hcl tabs 80 mg</i> .....	64
<i>sodium phenylbutyrate tabs 500 mg</i> .....	105	SOTYKTU TABS 6 MG .....	153
<i>sodium phosphates soln 45 mmole/15ml</i>	109	SOVALDI PACK 150 MG .....	31
SODIUM PHOSPHATES SOLN 45		SOVALDI PACK 200 MG .....	31
MMOLE/15ML .....	109	SOVALDI TABS 200 MG.....	31
<i>sodium polystyrene sulfonate powd</i> .....	108	SOVALDI TABS 400 MG.....	31
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR TABS 400-		SPEVIGO SOLN 450 MG/7.5ML .....	153
100 MG .....	31	SPEVIGO SOSY 150 MG/ML.....	153
SOHONOS CAPS 1 MG .....	139	SPIRIVA RESPIMAT AERS 2.5 MCG/ACT	
SOHONOS CAPS 1.5 MG.....	139	.....	53
SOHONOS CAPS 10 MG.....	139	<i>spironolactone tabs 100 mg</i> .....	70

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>spironolactone tabs 25 mg</i> .....	70	STRIVERDI RESPIMAT AERS 2.5	
<i>spironolactone tabs 50 mg</i> .....	70	MCG/ACT .....	56
<i>spironolactone-hctz tabs 25-25 mg</i> .....	70	SUBLOCADE SOSY 100 MG/0.5ML.....	93
SPRAVATO (56 MG DOSE) SOPK 28		SUBLOCADE SOSY 300 MG/1.5ML.....	93
MG/DEVICE .....	102	<i>subvenite starter kit-blue kit 35 x 25 mg</i> ...	82
SPRAVATO (84 MG DOSE) SOPK 28		<i>subvenite starter kit-green kit 84 x 25 mg &amp;</i>	
MG/DEVICE .....	102	<i>14x100 mg</i> .....	82
<i>sprintec 28 tabs 0.25-35 mg-mcg</i> .....	122	<i>subvenite starter kit-orange kit 42 x 25 mg &amp;</i>	
SPRITAM TB3D 1000 MG.....	82	<i>7 x 100 mg</i> .....	82
SPRITAM TB3D 250 MG.....	82	<i>subvenite tabs 100 mg</i> .....	82
SPRITAM TB3D 500 MG.....	82	<i>subvenite tabs 150 mg</i> .....	82
SPRITAM TB3D 750 MG.....	82	<i>subvenite tabs 200 mg</i> .....	82
SPRYCEL TABS 100 MG.....	48	<i>subvenite tabs 25 mg</i> .....	82
SPRYCEL TABS 140 MG.....	48	<i>succinylcholine chloride soln 20 mg/ml</i> .....	55
SPRYCEL TABS 20 MG.....	48	SUCRAID SOLN 8500 UNIT/ML .....	110
SPRYCEL TABS 50 MG.....	48	<i>sucrafate susp 1 gm/10ml</i> .....	116
SPRYCEL TABS 70 MG.....	48	<i>sucrafate tabs 1 gm</i> .....	116
SPRYCEL TABS 80 MG.....	48	<i>sulfacetamide sodium (acne) lotn 10 %</i> ..	148
SSD CREA 1 % .....	148	<i>sulfacetamide sodium soln 10 %</i> .....	111
STAVUDINE CAPS 15 MG.....	31	SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE SOLN	
STAVUDINE CAPS 20 MG.....	31	10-0.23 % .....	112
STAVUDINE CAPS 30 MG.....	31	SULFADIAZINE TABS 500 MG.....	24
STAVUDINE CAPS 40 MG.....	31	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim soln 400-80</i>	
STELARA SOLN 130 MG/26ML .....	153	<i>mg/5ml</i> .....	24
STELARA SOLN 45 MG/0.5ML .....	153	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40</i>	
STELARA SOSY 45 MG/0.5ML.....	153	<i>mg/5ml</i> .....	24
STELARA SOSY 90 MG/ML.....	153	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tabs 400-80</i>	
STERILE WATER FOR IRRIGATION SOLN		<i>mg</i> .....	24
.....	139	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tabs 800-</i>	
STIMUFEND SOSY 6 MG/0.6ML .....	61	<i>160 mg</i> .....	24
STIOLTO RESPIMAT AERS 2.5-2.5		SULFAMYLON CREA 85 MG/GM.....	148
MCG/ACT.....	53	<i>sulfasalazine tabs 500 mg</i> .....	24
STIVARGA TABS 40 MG .....	48	SULFASALAZINE TBEC 500 MG .....	24
STRENSIQ SOLN 18 MG/0.45ML.....	110	<i>sulindac tabs 150 mg</i> .....	75
STRENSIQ SOLN 28 MG/0.7ML.....	110	<i>sulindac tabs 200 mg</i> .....	75
STRENSIQ SOLN 40 MG/ML.....	110	SUMATRIPTAN SOLN 20 MG/ACT .....	84
STRENSIQ SOLN 80 MG/0.8ML.....	110	SUMATRIPTAN SOLN 5 MG/ACT .....	84
STREPTOMYCIN SULFATE SOLR 1 GM24		SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL	
STRIBILD TABS 150-150-200-300 MG ....	31	SOCT 6 MG/0.5ML .....	84

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>sumatriptan succinate soaj 6 mg/0.5ml</i> .....	84
SUMATRIPTAN SUCCINATE SOAJ 6 MG/0.5ML .....	84
<i>sumatriptan succinate soln 6 mg/0.5ml</i> .....	84
<i>sumatriptan succinate tabs 100 mg</i> .....	84
<i>sumatriptan succinate tabs 25 mg</i> .....	84
<i>sumatriptan succinate tabs 50 mg</i> .....	85
<i>sunitinib malate caps 12.5 mg</i> .....	48
<i>sunitinib malate caps 25 mg</i> .....	48
<i>sunitinib malate caps 37.5 mg</i> .....	48
<i>sunitinib malate caps 50 mg</i> .....	48
SUNLENCA SOLN 463.5 MG/1.5ML.....	31
SUNLENCA TBPK 4 x 300 MG .....	31
SUNLENCA TBPK 5 x 300 MG .....	31
SUPREP BOWEL PREP KIT SOLN 17.5- 3.13-1.6 GM/177ML .....	116
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) SOLN 10 MG/0.1ML .....	114
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) SOLN 10 MG/0.1ML .....	114
SUTENT CAPS 12.5 MG.....	48
SUTENT CAPS 25 MG.....	48
SUTENT CAPS 37.5 MG.....	48
SUTENT CAPS 50 MG.....	48
SYFOVRE SOLN 15 MG/0.1ML .....	114
SYLVANT SOLR 100 MG.....	49
SYLVANT SOLR 400 MG.....	49
SYMDEKO TBPK 100-150 & 150 MG ....	141
SYMDEKO TBPK 50-75 & 75 MG .....	141
SYMFI LO TABS 400-300-300 MG.....	31
SYMFI TABS 600-300-300 MG .....	31
SYMLINPEN 120 SOPN 2700 MCG/2.7ML .....	124
SYMLINPEN 60 SOPN 1500 MCG/1.5ML .....	124
SYMPAZAN FILM 10 MG.....	82
SYMPAZAN FILM 20 MG.....	82
SYMPAZAN FILM 5 MG.....	82
SYMTUZA TABS 800-150-200-10 MG .....	31

SYNAGIS SOLN 100 MG/ML .....	31
SYNAGIS SOLN 50 MG/0.5ML .....	31
SYNAREL SOLN 2 MG/ML .....	126
SYNRIBO SOLR 3.5 MG.....	49

## T

TABLOID TABS 40 MG.....	49
TABRECTA TABS 150 MG .....	49
TABRECTA TABS 200 MG .....	49
<i>tacrolimus caps 0.5 mg</i> .....	135
<i>tacrolimus caps 1 mg</i> .....	135
<i>tacrolimus caps 5 mg</i> .....	135
<i>tacrolimus oint 0.03 %</i> .....	154
<i>tacrolimus oint 0.1 %</i> .....	154
<i>tadalafil (pah) tabs 20 mg</i> .....	71
<i>tadalafil tabs 2.5 mg</i> .....	71
<i>tadalafil tabs 5 mg</i> .....	71
TAFINLAR CAPS 50 MG.....	49
TAFINLAR CAPS 75 MG.....	49
TAFINLAR TBSO 10 MG.....	49
TAGRISO TABS 40 MG.....	49
TAGRISO TABS 80 MG .....	49
TAKHZYRO SOLN 300 MG/2ML.....	139
TAKHZYRO SOSY 150 MG/ML .....	139
TAKHZYRO SOSY 300 MG/2ML .....	139
TALTZ SOAJ 80 MG/ML .....	154
TALTZ SOSY 20 MG/0.25ML.....	154
TALTZ SOSY 40 MG/0.5ML.....	154
TALTZ SOSY 80 MG/ML.....	154
TALVEY SOLN 3 MG/1.5ML .....	49
TALVEY SOLN 40 MG/ML .....	49
TALZENNA CAPS 0.1 MG .....	49
TALZENNA CAPS 0.25 MG .....	49
TALZENNA CAPS 0.35 MG .....	49
TALZENNA CAPS 0.5 MG .....	49
TALZENNA CAPS 0.75 MG .....	49
TALZENNA CAPS 1 MG .....	49
<i>tamoxifen citrate tabs 10 mg</i> .....	49
<i>tamoxifen citrate tabs 20 mg</i> .....	49

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후  
8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>tamsulosin hcl caps 0.4 mg</i> .....	55	<i>terbutaline sulfate tabs 2.5 mg</i> .....	57
TASIGNA CAPS 150 MG .....	49	<i>terbutaline sulfate tabs 5 mg</i> .....	57
TASIGNA CAPS 200 MG .....	49	<i>terconazole crea 0.4 %</i> .....	148
TASIGNA CAPS 50 MG .....	49	<i>terconazole supp 80 mg</i> .....	148
<i>tasimelteon caps 20 mg</i> .....	89	<i>teriflunomide tabs 14 mg</i> .....	91
TAVALISSE TABS 100 MG .....	61	<i>teriflunomide tabs 7 mg</i> .....	91
TAVALISSE TABS 150 MG .....	61	TERIPARATIDE (RECOMBINANT) SOPN	
TAVNEOS CAPS 10 MG .....	139	620 MCG/2.48ML.....	126
<i>taysofy caps 1-20 mg-mcg(24)</i> .....	122	<i>teriparatide sopn 600 mcg/2.4ml</i> .....	126
<i>tazarotene crea 0.1 %</i> .....	154	<i>testosterone cypionate soln 100 mg/ml</i> ..	120
<i>tazarotene gel 0.05 %</i> .....	154	<i>testosterone cypionate soln 200 mg/ml</i> ..	120
<i>tazarotene gel 0.1 %</i> .....	154	TESTOSTERONE ENANTHATE SOLN 200	
<i>tazicef solr 1 gm</i> .....	24	MG/ML.....	121
<i>tazicef solr 2 gm</i> .....	24	<i>testosterone gel 12.5 mg/act (1%)</i> .....	121
TAZICEF SOLR 6 GM .....	24	<i>testosterone gel 20.25 mg/act (1.62%)</i> ...	121
TAZORAC CREA 0.05 % .....	154	<i>testosterone gel 25 mg/2.5gm (1%)</i> .....	121
TAZVERIK TABS 200 MG .....	49	<i>testosterone gel 50 mg/5gm (1%)</i> .....	121
TDVAX SUSP 2-2 LF/0.5ML.....	145	<i>tetrabenazine tabs 12.5 mg</i> .....	91
TECENTRIQ SOLN 1200 MG/20ML.....	49	<i>tetrabenazine tabs 25 mg</i> .....	91
TECENTRIQ SOLN 840 MG/14ML.....	49	<i>tetracaine hcl soln 0.5 %</i> .....	114
TECVAYLI SOLN 153 MG/1.7ML .....	49	TETRACAINE HCL SOLN 0.5 %.....	114
TECVAYLI SOLN 30 MG/3ML .....	49	<i>tetracycline hcl caps 250 mg</i> .....	24
TEFLARO SOLR 600 MG.....	24	<i>tetracycline hcl caps 500 mg</i> .....	24
TEGLUTIK SUSP 50 MG/10ML.....	91	TEVIMBRA SOLN 100 MG/10ML.....	49
<i>temazepam caps 15 mg</i> .....	89	TEZSPIRE SOAJ 210 MG/1.91ML .....	142
<i>temazepam caps 30 mg</i> .....	89	TEZSPIRE SOSY 210 MG/1.91ML .....	142
<i>temazepam caps 7.5 mg</i> .....	89	THALOMID CAPS 100 MG .....	49
<i>temsirolimus soln 25 mg/ml</i> .....	49	THALOMID CAPS 150 MG .....	50
TENIVAC INJ 5-2 LFU.....	145	THALOMID CAPS 200 MG .....	50
<i>tenofovir disoproxil fumarate tabs 300 mg</i> 31		THALOMID CAPS 50 MG .....	50
TEPADINA SOLR 100 MG .....	49	THEO-24 CP24 300 MG.....	155
TEPEZZA SOLR 500 MG .....	114	<i>theophylline elix 80 mg/15ml</i> .....	155
TEPMETKO TABS 225 MG .....	49	THEOPHYLLINE ER TB12 100 MG .....	155
<i>terazosin hcl caps 1 mg</i> .....	61	THEOPHYLLINE ER TB12 200 MG .....	155
<i>terazosin hcl caps 10 mg</i> .....	61	<i>theophylline er tb12 300 mg</i> .....	155
<i>terazosin hcl caps 2 mg</i> .....	61	<i>theophylline er tb12 450 mg</i> .....	155
<i>terazosin hcl caps 5 mg</i> .....	61	<i>theophylline er tb24 400 mg</i> .....	155
<i>terbinafine hcl tabs 250 mg</i> .....	26	<i>theophylline er tb24 600 mg</i> .....	155
<i>terbutaline sulfate soln 1 mg/ml</i> .....	57	<i>theophylline soln 80 mg/15ml</i> .....	155

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



THIOLA TABS 100 MG.....	139	<i>tobramycin nebu 300 mg/5ml</i> .....	141
<i>thioridazine hcl tabs 10 mg</i> .....	102	<i>tobramycin soln 0.3 %</i> .....	111
<i>thioridazine hcl tabs 100 mg</i> .....	102	TOBRAMYCIN SULFATE SOLN 10 MG/ML	
<i>thioridazine hcl tabs 25 mg</i> .....	102	.....	24
<i>thioridazine hcl tabs 50 mg</i> .....	103	<i>tobramycin sulfate soln 80 mg/2ml</i> .....	24
<i>thiotepa solr 100 mg</i> .....	50	<i>tobramycin-dexamethasone susp 0.3-0.1 %</i>	
<i>thiotepa solr 15 mg</i> .....	50	.....	113
<i>thiothixene caps 1 mg</i> .....	103	TOBREX OINT 0.3 % .....	111
<i>thiothixene caps 10 mg</i> .....	103	TOFIDENCE SOLN 200 MG/10ML .....	133
<i>thiothixene caps 2 mg</i> .....	103	TOFIDENCE SOLN 400 MG/20ML .....	133
<i>thiothixene caps 5 mg</i> .....	103	TOFIDENCE SOLN 80 MG/4ML .....	133
THYROGEN SOLR 0.9 MG .....	139	<i>tolcapone tabs 100 mg</i> .....	86
TIAGABINE HCL TABS 12 MG .....	83	TOLECTIN 600 TABS 600 MG .....	75
TIAGABINE HCL TABS 16 MG .....	83	TOLMETIN SODIUM TABS 600 MG .....	75
<i>tiagabine hcl tabs 2 mg</i> .....	83	<i>tolterodine tartrate tabs 1 mg</i> .....	155
<i>tiagabine hcl tabs 4 mg</i> .....	83	<i>tolterodine tartrate tabs 2 mg</i> .....	155
TIBSOVO TABS 250 MG .....	50	<i>tolvaptan tabs 15 mg</i> .....	107
TICOVAC SUSY 1.2 MCG/0.25ML .....	147	<i>tolvaptan tabs 30 mg</i> .....	107
TICOVAC SUSY 2.4 MCG/0.5ML .....	147	<i>topiramate csp 15 mg</i> .....	83
<i>tigecycline solr 50 mg</i> .....	24	<i>topiramate csp 25 mg</i> .....	83
TIGLUTIK SUSP 50 MG/10ML .....	91	<i>topiramate er cs24 100 mg</i> .....	83
<i>timolol maleate soln 0.25 %</i> .....	113	<i>topiramate er cs24 150 mg</i> .....	83
<i>timolol maleate soln 0.5 %</i> .....	113	<i>topiramate er cs24 200 mg</i> .....	83
<i>timolol maleate tabs 10 mg</i> .....	64	<i>topiramate er cs24 25 mg</i> .....	83
<i>tinidazole tabs 250 mg</i> .....	27	<i>topiramate er cs24 50 mg</i> .....	83
<i>tiopronin tabs 100 mg</i> .....	139	<i>topiramate tabs 100 mg</i> .....	83
<i>tiopronin tbec 100 mg</i> .....	139	<i>topiramate tabs 200 mg</i> .....	83
<i>tiopronin tbec 300 mg</i> .....	139	<i>topiramate tabs 25 mg</i> .....	83
TIS-U-SOL SOLN .....	140	<i>topiramate tabs 50 mg</i> .....	83
TIVDAK SOLR 40 MG .....	50	<i>toposar soln 1 gm/50ml</i> .....	50
TIVICAY PD TBSO 5 MG .....	31	<i>toposar soln 100 mg/5ml</i> .....	50
TIVICAY TABS 10 MG .....	31	<i>toposar soln 500 mg/25ml</i> .....	50
TIVICAY TABS 25 MG .....	31	<i>topotecan hcl soln 4 mg/4ml</i> .....	50
TIVICAY TABS 50 MG .....	32	<i>topotecan hcl solr 4 mg</i> .....	50
<i>tizanidine hcl tabs 2 mg</i> .....	55	<i>toremifene citrate tabs 60 mg</i> .....	50
<i>tizanidine hcl tabs 4 mg</i> .....	55	<i>torpenz tabs 10 mg</i> .....	50
TOBI PODHALER CAPS 28 MG .....	141	<i>torpenz tabs 2.5 mg</i> .....	50
TOBRADEX OINT 0.3-0.1 % .....	112	<i>torpenz tabs 5 mg</i> .....	50
TOBRAMYCIN NEBU 300 MG/4ML .....	141	<i>torpenz tabs 7.5 mg</i> .....	50

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



<i>torseamide tabs 10 mg</i> .....	107	<i>tretinoin gel 0.025 %</i> .....	152
<i>torseamide tabs 100 mg</i> .....	107	TREXALL TABS 10 MG .....	50
<i>torseamide tabs 20 mg</i> .....	107	TREXALL TABS 15 MG .....	50
<i>torseamide tabs 5 mg</i> .....	107	TREXALL TABS 5 MG .....	50
TRACLEER TBSO 32 MG .....	143	TREXALL TABS 7.5 MG .....	50
TRADJENTA TABS 5 MG .....	124	<i>triamcinolone acetonide aers 0.147 mg/gm</i> .....	151
TRAMADOL HCL SOLN 5 MG/ML .....	75	<i>triamcinolone acetonide crea 0.025 %</i> ....	151
<i>tramadol hcl tabs 50 mg</i> .....	75	<i>triamcinolone acetonide crea 0.1 %</i> .....	151
<i>tramadol-acetaminophen tabs 37.5-325 mg</i> .....	75	<i>triamcinolone acetonide crea 0.5 %</i> .....	151
<i>tranexamic acid soln 1000 mg/10ml</i> .....	59	<i>triamcinolone acetonide lotn 0.025 %</i> ....	151
<i>tranexamic acid tabs 650 mg</i> .....	59	<i>triamcinolone acetonide lotn 0.1 %</i> .....	151
<i>tranylcypromine sulfate tabs 10 mg</i> .....	103	<i>triamcinolone acetonide oint 0.025 %</i> ....	151
TRAVASOL SOLN 10 %.....	106	<i>triamcinolone acetonide oint 0.1 %</i> .....	151
TRAVOPROST (BAK FREE) SOLN 0.004 % .....	113	<i>triamcinolone acetonide oint 0.5 %</i> .....	151
TRAZIMERA SOLR 150 MG.....	50	<i>triamcinolone acetonide pste 0.1 %</i> .....	151
TRAZIMERA SOLR 420 MG.....	50	<i>triamcinolone acetonide susp 40 mg/ml</i> ..	120
<i>trazodone hcl tabs 100 mg</i> .....	103	TRIAMTERENE CAPS 100 MG .....	107
<i>trazodone hcl tabs 150 mg</i> .....	103	TRIAMTERENE CAPS 50 MG .....	107
<i>trazodone hcl tabs 300 mg</i> .....	103	<i>triamterene-hctz caps 37.5-25 mg</i> .....	107
<i>trazodone hcl tabs 50 mg</i> .....	103	<i>triamterene-hctz tabs 37.5-25 mg</i> .....	107
TREANDA SOLR 100 MG .....	50	<i>triamterene-hctz tabs 75-50 mg</i> .....	107
TREANDA SOLR 25 MG .....	50	<i>triazolam tabs 0.125 mg</i> .....	89
TRECTOR TABS 250 MG .....	26	<i>triazolam tabs 0.25 mg</i> .....	89
TRELSTAR MIXJECT SUSR 11.25 MG ...	50	<i>tricitrates soln 550-500-334 mg/5ml</i> .....	105
TRELSTAR MIXJECT SUSR 22.5 MG ....	50	<i>trientine hcl caps 250 mg</i> .....	118
TRELSTAR MIXJECT SUSR 3.75 MG ....	50	TRIENTINE HCL CAPS 500 MG .....	118
TREMFYA SOPN 100 MG/ML.....	154	<i>trifluoperazine hcl tabs 1 mg</i> .....	103
TREMFYA SOSY 100 MG/ML .....	154	<i>trifluoperazine hcl tabs 10 mg</i> .....	103
<i>treprostinil soln 100 mg/20ml</i> .....	143	<i>trifluoperazine hcl tabs 2 mg</i> .....	103
<i>treprostinil soln 20 mg/20ml</i> .....	144	<i>trifluoperazine hcl tabs 5 mg</i> .....	103
<i>treprostinil soln 200 mg/20ml</i> .....	144	TRIFLURIDINE SOLN 1 %.....	111
<i>treprostinil soln 50 mg/20ml</i> .....	144	TRIHEXYPHENIDYL HCL SOLN 0.4 MG/ML.....	87
<i>tretinoin caps 10 mg</i> .....	50	<i>trihexyphenidyl hcl tabs 2 mg</i> .....	87
<i>tretinoin crea 0.025 %</i> .....	152	<i>trihexyphenidyl hcl tabs 5 mg</i> .....	87
<i>tretinoin crea 0.05 %</i> .....	152	TRIKAFTA TBPK 100-50-75 & 150 MG..	141
<i>tretinoin crea 0.1 %</i> .....	152	TRIKAFTA TBPK 50-25-37.5 & 75 MG...	141
<i>tretinoin gel 0.01 %</i> .....	152	TRIKAFTA THPK 100-50-75 & 75 MG ...	141

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



TRIKAFTA THPK 80-40-60 & 59.5 MG... 141	TYENNE SOAJ 162 MG/0.9ML ..... 133
<i>tri-lo-sprintec tabs 0.18/0.215/0.25 mg-25</i>	TYENNE SOLN 200 MG/10ML..... 133
<i>mcg</i> ..... 122	TYENNE SOLN 400 MG/20ML..... 133
<i>trimethoprim tabs 100 mg</i> ..... 32	TYENNE SOLN 80 MG/4ML..... 133
<i>trimipramine maleate caps 100 mg</i> ..... 103	TYENNE SOSY 162 MG/0.9ML ..... 133
<i>trimipramine maleate caps 25 mg</i> ..... 103	TYPHIM VI SOLN 25 MCG/0.5ML..... 147
<i>trimipramine maleate caps 50 mg</i> ..... 103	TYPHIM VI SOSY 25 MCG/0.5ML ..... 147
TRINTELLIX TABS 10 MG ..... 103	TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT POWD
TRINTELLIX TABS 20 MG ..... 103	16 MCG ..... 144
TRINTELLIX TABS 5 MG ..... 103	TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT POWD
TRIPTODUR SRER 22.5 MG ..... 125	32 MCG ..... 144
<i>tri-sprintec tabs 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT POWD
..... 122	48 MCG ..... 144
TRIUMEQ PD TBSO 60-5-30 MG ..... 32	TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT POWD
TRIUMEQ TABS 600-50-300 MG ..... 32	64 MCG ..... 144
<i>trivora (28) tabs 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	TYVASO DPI MAINTENANCE KIT POWD
..... 122	16 MCG ..... 144
TRIZIVIR TABS 300-150-300 MG ..... 32	TYVASO DPI MAINTENANCE KIT POWD
TRODELVY SOLR 180 MG ..... 50	32 MCG ..... 144
TROPHAMINE SOLN 10 % ..... 106	TYVASO DPI MAINTENANCE KIT POWD
<i>tropium chloride tabs 20 mg</i> ..... 155	48 MCG ..... 144
TRULANCE TABS 3 MG ..... 117	TYVASO DPI MAINTENANCE KIT POWD
TRUMENBA SUSY ..... 147	64 MCG ..... 144
TRUQAP TABS 160 MG ..... 50	TYVASO DPI TITRATION KIT POWD 112 x
TRUQAP TABS 200 MG ..... 50	16MCG & 84 X 32MCG..... 144
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) CPPK	TYVASO DPI TITRATION KIT POWD 16 &
100 MG ..... 50	32 & 48 MCG ..... 144
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) CPPK	TYVASO REFILL KIT SOLN 0.6 MG/ML 144
100 & 25 MG ..... 51	TYVASO STARTER KIT SOLN 0.6 MG/ML
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) CPPK	..... 144
25 MG ..... 51	TZIELD SOLN 2 MG/2ML..... 124
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) CPPK	
25 MG ..... 51	
TUKYSA TABS 150 MG ..... 51	
TUKYSA TABS 50 MG ..... 51	
TURALIO CAPS 125 MG ..... 51	
TURALIO CAPS 200 MG ..... 51	
TWINRIX SUSY 720-20 ELU-MCG/ML .. 147	
TYBOST TABS 150 MG ..... 32	

## U

UBRELVY TABS 100 MG..... 85
UBRELVY TABS 50 MG..... 85
UDENYCA ONBODY SOSY 6 MG/0.6ML 61
UDENYCA SOAJ 6 MG/0.6ML ..... 61
ULTOMIRIS SOLN 1100 MG/11ML..... 140
ULTOMIRIS SOLN 300 MG/3ML..... 140

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)** 번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)**를 방문하십시오.





UNITUXIN SOLN 17.5 MG/5ML .....	51	<i>valsartan tabs 80 mg</i> .....	70
UPTRAVI SOLR 1800 MCG .....	144	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tabs 160-12.5 mg</i> .....	70
UPTRAVI TABS 1000 MCG .....	144	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tabs 160-25 mg</i> .....	70
UPTRAVI TABS 1200 MCG .....	144	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tabs 320-12.5 mg</i> .....	70
UPTRAVI TABS 1400 MCG .....	144	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tabs 320-25 mg</i> .....	70
UPTRAVI TABS 1600 MCG .....	144	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tabs 80-12.5 mg</i> .....	70
UPTRAVI TABS 200 MCG .....	144	VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10 MG/0.1ML .....	83
UPTRAVI TABS 400 MCG .....	144	VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5 MG/0.1ML .....	83
UPTRAVI TABS 600 MCG .....	144	VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10 MG/0.1ML .....	83
UPTRAVI TABS 800 MCG .....	144	VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5 MG/0.1ML .....	83
UPTRAVI TITRATION TBPK 200 & 800 MCG.....	144	<i>vancomycin hcl caps 125 mg</i> .....	24
<i>ursodiol caps 300 mg</i> .....	117	<i>vancomycin hcl caps 250 mg</i> .....	25
<i>ursodiol tabs 250 mg</i> .....	117	<i>vancomycin hcl solr 1 gm</i> .....	25
<i>ursodiol tabs 500 mg</i> .....	117	<i>vancomycin hcl solr 10 gm</i> .....	25
UZEDY SUSY 100 MG/0.28ML .....	103	<i>vancomycin hcl solr 250 mg/5ml</i> .....	25
UZEDY SUSY 125 MG/0.35ML .....	103	<i>vancomycin hcl solr 5 gm</i> .....	25
UZEDY SUSY 150 MG/0.42ML .....	103	<i>vancomycin hcl solr 500 mg</i> .....	25
UZEDY SUSY 200 MG/0.56ML .....	103	VANDAZOLE GEL 0.75 % .....	148
UZEDY SUSY 250 MG/0.7ML .....	103	VANFLYTA TABS 17.7 MG .....	51
UZEDY SUSY 50 MG/0.14ML .....	103	VANFLYTA TABS 26.5 MG .....	51
UZEDY SUSY 75 MG/0.21ML .....	103	VAQTA SUSP 25 UNIT/0.5ML .....	147
		VAQTA SUSP 50 UNIT/ML .....	147
		<i>varenicline tartrate (starter) tbpk 0.5 mg x 11 &amp; 1 mg x 42</i> .....	54
		<i>varenicline tartrate tabs 0.5 mg</i> .....	54
		<i>varenicline tartrate tabs 1 mg</i> .....	54
		VARIVAX INJ 1350 PFU/0.5ML.....	147
		VAXCHORA SUSR .....	147
		VECTICAL OINT 3 MCG/GM .....	154
		VEGZELMA SOLN 100 MG/4ML.....	51

## V

VABYSMO SOLN 6 MG/0.05ML.....	114
VABYSMO SOSY 6 MG/0.05ML .....	114
VAFSEO TABS 300 MG .....	61
<i>valacyclovir hcl tabs 1 gm</i> .....	32
<i>valacyclovir hcl tabs 500 mg</i> .....	32
VALCHLOR GEL 0.016 % .....	154
<i>valganciclovir hcl solr 50 mg/ml</i> .....	32
<i>valganciclovir hcl tabs 450 mg</i> .....	32
<i>valproate sodium soln 100 mg/ml</i> .....	83
<i>valproic acid caps 250 mg</i> .....	83
<i>valproic acid soln 250 mg/5ml</i> .....	83
<i>valrubicin soln 40 mg/ml</i> .....	51
<i>valsartan tabs 160 mg</i> .....	70
<i>valsartan tabs 320 mg</i> .....	70
<i>valsartan tabs 40 mg</i> .....	70

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



VEGZELMA SOLN 400 MG/16ML.....	51	VERZENIO TABS 50 MG .....	51
VEKLURY SOLR 100 MG .....	32	VEVYE SOLN 0.1 %.....	113
VELPHORO CHEW 500 MG .....	108	VIBERZI TABS 100 MG .....	117
VELSIPITY TABS 2 MG .....	117	VIBERZI TABS 75 MG .....	117
VEMLIDY TABS 25 MG.....	32	VIEKIRA PAK TBPK 12.5-75-50 &250 MG	
VENCLEXTA STARTING PACK TBPK 10 &		.....	32
50 & 100 MG .....	51	<i>vigabatin pack 500 mg</i> .....	83
VENCLEXTA TABS 10 MG .....	51	<i>vigabatin tabs 500 mg</i> .....	83
VENCLEXTA TABS 100 MG .....	51	<i>vigadrone tabs 500 mg</i> .....	83
VENCLEXTA TABS 50 MG .....	51	VIGAFYDE SOLN 100 MG/ML.....	83
VENLAFAXINE BESYLATE ER TB24 112.5		VIIBRYD STARTER PACK KIT 10 & 20 MG	
MG .....	103	.....	104
<i>venlafaxine hcl er cp24 150 mg</i> .....	103	VIJOICE PACK 50 MG .....	140
<i>venlafaxine hcl er cp24 37.5 mg</i> .....	103	VIJOICE TBPK 125 MG .....	140
<i>venlafaxine hcl er cp24 75 mg</i> .....	103	VIJOICE TBPK 50 MG .....	140
<i>venlafaxine hcl er tb24 150 mg</i> .....	103	<i>vilazodone hcl tabs 10 mg</i> .....	104
<i>venlafaxine hcl er tb24 225 mg</i> .....	103	<i>vilazodone hcl tabs 20 mg</i> .....	104
<i>venlafaxine hcl er tb24 37.5 mg</i> .....	104	<i>vilazodone hcl tabs 40 mg</i> .....	104
VENLAFAXINE HCL ER TB24 37.5 MG.	104	VILTEPSO SOLN 250 MG/5ML.....	140
<i>venlafaxine hcl er tb24 75 mg</i> .....	104	VIMIZIM SOLN 5 MG/5ML .....	110
<i>venlafaxine hcl tabs 100 mg</i> .....	104	VINBLASTINE SULFATE SOLN 1 MG/ML	
<i>venlafaxine hcl tabs 25 mg</i> .....	104	.....	51
<i>venlafaxine hcl tabs 37.5 mg</i> .....	104	<i>vincasar pfs soln 1 mg/ml</i> .....	51
<i>venlafaxine hcl tabs 50 mg</i> .....	104	VINCRISTINE SULFATE SOLN 1 MG/ML	51
<i>venlafaxine hcl tabs 75 mg</i> .....	104	<i>vinorelbine tartrate soln 10 mg/ml</i> .....	51
VEOPOZ SOLN 400 MG/2ML .....	140	<i>vinorelbine tartrate soln 50 mg/5ml</i> .....	51
<i>verapamil hcl er tbc 120 mg</i> .....	66	VIRACEPT TABS 250 MG .....	32
<i>verapamil hcl er tbc 180 mg</i> .....	66	VIRACEPT TABS 625 MG .....	32
<i>verapamil hcl er tbc 240 mg</i> .....	66	VIREAD POWD 40 MG/GM.....	32
<i>verapamil hcl soln 2.5 mg/ml</i> .....	66	VIREAD TABS 150 MG .....	32
<i>verapamil hcl tabs 120 mg</i> .....	66	VIREAD TABS 200 MG .....	32
<i>verapamil hcl tabs 40 mg</i> .....	66	VIREAD TABS 250 MG .....	32
<i>verapamil hcl tabs 80 mg</i> .....	66	VISTOGARD PACK 10 GM.....	129
VERKAZIA EMUL 0.1 %.....	113	VITRAKVI CAPS 100 MG.....	51
VERQUVO TABS 10 MG.....	71	VITRAKVI CAPS 25 MG.....	51
VERSACLOZ SUSP 50 MG/ML.....	104	VITRAKVI SOLN 20 MG/ML.....	51
VERZENIO TABS 100 MG .....	51	VIVIMUSTA SOLN 100 MG/4ML.....	51
VERZENIO TABS 150 MG .....	51	VIVITROL SUSR 380 MG .....	93
VERZENIO TABS 200 MG .....	51	VIZIMPRO TABS 15 MG .....	51

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



VIZIMPRO TABS 30 MG	51
VIZIMPRO TABS 45 MG	51
VOCABRIA TABS 30 MG	32
VONJO CAPS 100 MG	51
VORANIGO TABS 10 MG	52
VORANIGO TABS 40 MG	52
VORAXAZE SOLR 1000 UNIT	129
<i>voriconazole solr 200 mg</i>	26
<i>voriconazole susr 40 mg/ml</i>	26
<i>voriconazole tabs 200 mg</i>	26
<i>voriconazole tabs 50 mg</i>	26
VOSEVI TABS 400-100-100 MG	32
VOWST CAPS	140
VOYDEYA TABS 100 MG	140
VOYDEYA TBPK 50 & 100 MG	140
VPRIV SOLR 400 UNIT	110
VRAYLAR CAPS 1.5 MG	104
VRAYLAR CAPS 3 MG	104
VRAYLAR CAPS 4.5 MG	104
VRAYLAR CAPS 6 MG	104
VRAYLAR CPPK 1.5 & 3 MG	104
VTAMA CREA 1 %	154
VUMERITY CPDR 231 MG	140
VYJUVEK GEL 5000000000 PFU/2.5ML	140
VYNDAMAX CAPS 61 MG	68
VYNDAQEL CAPS 20 MG	68
VYONDYS 53 SOLN 100 MG/2ML	140
VYVGART HYTRULO SOLN 180-2000 MG-UNIT/ML	140
VYVGART SOLN 400 MG/20ML	140
VYXEOS SUSR 44-100 MG	52

**W**

WAINUA SOAJ 45 MG/0.8ML	140
WAKIX TABS 17.8 MG	77
WAKIX TABS 4.45 MG	77
<i>warfarin sodium tabs 1 mg</i>	59
<i>warfarin sodium tabs 10 mg</i>	59
<i>warfarin sodium tabs 2 mg</i>	59

<i>warfarin sodium tabs 2.5 mg</i>	59
<i>warfarin sodium tabs 3 mg</i>	59
<i>warfarin sodium tabs 4 mg</i>	59
<i>warfarin sodium tabs 5 mg</i>	59
<i>warfarin sodium tabs 6 mg</i>	59
<i>warfarin sodium tabs 7.5 mg</i>	59
WATER FOR IRRIGATION, STERILE SOLN	140
WELIREG TABS 40 MG	52
WINREVAIR KIT 2 x 45 MG	142
WINREVAIR KIT 2 x 60 MG	142
WINREVAIR KIT 45 MG	142
WINREVAIR KIT 60 MG	142
<i>wixela inhub aepb 100-50 mcg/act</i>	143
<i>wixela inhub aepb 250-50 mcg/act</i>	143
<i>wixela inhub aepb 500-50 mcg/act</i>	143
WYNZORA CREA 0.005-0.064 %	151

**X**

XACDURO SOLR 1-1 GM	25
XALKORI CAPS 200 MG	52
XALKORI CAPS 250 MG	52
XALKORI CPSP 150 MG	52
XALKORI CPSP 20 MG	52
XALKORI CPSP 50 MG	52
XARELTO STARTER PACK TBPK 15 & 20 MG	59
XARELTO SUSR 1 MG/ML	59
XARELTO TABS 10 MG	59
XARELTO TABS 15 MG	59
XARELTO TABS 2.5 MG	59
XARELTO TABS 20 MG	59
XATMEP SOLN 2.5 MG/ML	52
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) TBPK 100 & 150 MG	83
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) TBPK 150 & 200 MG	83
XCOPRI TABS 100 MG	83
XCOPRI TABS 150 MG	83

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에 1-800-805-2739 (TTY 711)번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



XCOPRI TABS 200 MG.....	83	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) TBPK	
XCOPRI TABS 25 MG.....	83	40 MG.....	52
XCOPRI TABS 50 MG.....	83	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) TBPK	60
XCOPRI TBPK 14 x 12.5 MG & 14 X 25 MG		MG.....	52
.....	84	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) TBPK	
XCOPRI TBPK 14 x 150 MG & 14 X200 MG		20 MG.....	52
.....	84	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) TBPK	40
XCOPRI TBPK 14 x 50 MG & 14 X100 MG		MG.....	52
.....	84	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) TBPK	
XDEMVY SOLN 0.25 %.....	112	20 MG.....	52
XELJANZ SOLN 1 MG/ML.....	133	XTANDI CAPS 40 MG.....	52
XELJANZ TABS 10 MG.....	133	XTANDI TABS 40 MG.....	52
XELJANZ TABS 5 MG.....	133	XTANDI TABS 80 MG.....	52
XELJANZ XR TB24 11 MG.....	133	<i>xulane ptwk 150-35 mcg/24hr</i> .....	122
XELJANZ XR TB24 22 MG.....	133		
XENLETA SOLN 150 MG/15ML.....	25		
XENPOZYME SOLR 20 MG.....	111		
XENPOZYME SOLR 4 MG.....	111		
XEOMIN SOLR 200 UNIT.....	140		
XERMELO TABS 250 MG.....	115		
XGEVA SOLN 120 MG/1.7ML.....	129		
XIFAXAN TABS 200 MG.....	25		
XIFAXAN TABS 550 MG.....	25		
XOLAIR SOAJ 150 MG/ML.....	143		
XOLAIR SOAJ 300 MG/2ML.....	143		
XOLAIR SOAJ 75 MG/0.5ML.....	143		
XOLAIR SOLR 150 MG.....	143		
XOLAIR SOSY 150 MG/ML.....	143		
XOLAIR SOSY 300 MG/2ML.....	143		
XOLAIR SOSY 75 MG/0.5ML.....	143		
XOLREMDI CAPS 100 MG.....	61		
XOSPATA TABS 40 MG.....	52		
XPHOZAH TABS 20 MG.....	108		
XPHOZAH TABS 30 MG.....	108		
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) TBPK			
50 MG.....	52		
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK	40		
MG.....	52		

## Y

<i>yargesa caps 100 mg</i> .....	111
YERVOY SOLN 200 MG/40ML.....	52
YERVOY SOLN 50 MG/10ML.....	52
YF-VAX INJ.....	147
YONDELIS SOLR 1 MG.....	52
YONSA TABS 125 MG.....	52
YORVIPATH SOPN 168 MCG/0.56ML...	126
YORVIPATH SOPN 294 MCG/0.98ML...	126
YORVIPATH SOPN 420 MCG/1.4ML....	126
YUFLYMA (1 PEN) AJKT 40 MG/0.4ML.	133
YUFLYMA (1 PEN) AJKT 80 MG/0.8ML.	133
YUFLYMA (2 PEN) AJKT 40 MG/0.4ML.	133
YUFLYMA (2 SYRINGE) PSKT 20	
MG/0.2ML.....	133
YUFLYMA (2 SYRINGE) PSKT 40	
MG/0.4ML.....	133
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER AJKT 80	
MG/0.8ML.....	133
YUPELRI SOLN 175 MCG/3ML.....	54
YUTIQ IMPL 0.18 MG.....	113
<i>yuvafem tabs 10 mcg</i> .....	125

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



**Z**

*zaleplon caps 10 mg* .....89  
*zaleplon caps 5 mg*.....89  
 ZALTRAP SOLN 100 MG/4ML .....52  
 ZALTRAP SOLN 200 MG/8ML .....52  
 ZARXIO SOSY 300 MCG/0.5ML .....61  
 ZARXIO SOSY 480 MCG/0.8ML .....61  
 ZAVZPRET SOLN 10 MG/ACT .....85  
 ZEJULA CAPS 100 MG .....52  
 ZEJULA TABS 100 MG .....52  
 ZEJULA TABS 200 MG .....52  
 ZEJULA TABS 300 MG .....52  
 ZELAPAR TBDP 1.25 MG .....87  
 ZELBORAF TABS 240 MG .....52  
 ZEMAIRA SOLR 4000 MG .....143  
 ZEMAIRA SOLR 5000 MG .....143  
 ZENPEP CPEP 10000-32000 UNIT .....111  
 ZENPEP CPEP 15000-47000 UNIT .....111  
 ZENPEP CPEP 20000-63000 UNIT .....111  
 ZENPEP CPEP 25000-79000 UNIT .....111  
 ZENPEP CPEP 3000-10000 UNIT .....111  
 ZENPEP CPEP 40000-126000 UNIT .....111  
 ZENPEP CPEP 5000-24000 UNIT .....111  
 ZENPEP CPEP 60000-189600 UNIT .....111  
 ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK CPPK 4  
 x 0.23MG & 3 X 0.46MG .....91  
 ZEPOSIA CAPS 0.92 MG .....91  
 ZEPOSIA STARTER KIT CPPK 0.23MG &  
 0.46MG & 0.92MG .....91  
 ZEPOSIA STARTER KIT CPPK 0.23MG  
 &0.46MG 0.92MG(21) .....92  
 ZEPZELCA SOLR 4 MG .....52  
 ZERBAXA SOLR 1.5 (1-0.5) GM .....25  
*zidovudine caps 100 mg* .....32  
*zidovudine syrp 50 mg/5ml* .....32  
*zidovudine tabs 300 mg*.....32  
 ZILBRYSQ SOSY 16.6 MG/0.416ML .....140  
 ZILBRYSQ SOSY 23 MG/0.574ML .....140  
 ZILBRYSQ SOSY 32.4 MG/0.81ML .....140

*zileuton er tb12 600 mg* .....141  
*ziprasidone hcl caps 20 mg* .....104  
*ziprasidone hcl caps 40 mg* .....104  
*ziprasidone hcl caps 60 mg* .....104  
*ziprasidone hcl caps 80 mg* .....104  
*ziprasidone mesylate solr 20 mg* .....104  
 ZIRABEV SOLN 100 MG/4ML .....52  
 ZIRABEV SOLN 400 MG/16ML .....53  
 ZOKINVY CAPS 50 MG .....140  
 ZOKINVY CAPS 75 MG .....140  
*zoledronic acid conc 4 mg/5ml* .....130  
 ZOLEDRONIC ACID SOLN 4 MG/100ML  
 .....130  
*zoledronic acid soln 5 mg/100ml* .....130  
 ZOLINZA CAPS 100 MG .....53  
*zolmitriptan tabs 2.5 mg* .....85  
*zolmitriptan tabs 5 mg* .....85  
*zolmitriptan tbdp 2.5 mg* .....85  
*zolmitriptan tbdp 5 mg* .....85  
*zolpidem tartrate tabs 10 mg* .....89  
*zolpidem tartrate tabs 5 mg* .....89  
 ZONISADE SUSP 100 MG/5ML .....84  
*zonisamide caps 100 mg* .....84  
*zonisamide caps 25 mg* .....84  
*zonisamide caps 50 mg* .....84  
 ZTALMY SUSP 50 MG/ML .....84  
 ZURZUVAE CAPS 20 MG .....104  
 ZURZUVAE CAPS 25 MG .....104  
 ZURZUVAE CAPS 30 MG .....104  
 ZYDELIG TABS 100 MG .....53  
 ZYDELIG TABS 150 MG .....53  
 ZYKADIA TABS 150 MG .....53  
 ZYMFENTRA (1 PEN) AJKT 120 MG/ML  
 .....133  
 ZYMFENTRA (2 PEN) AJKT 120 MG/ML  
 .....133  
 ZYMFENTRA (2 SYRINGE) PSKT 120  
 MG/ML .....133  
 ZYNLONTA SOLR 10 MG .....53

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후  
 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면kp.org**를 방문하십시오.



ZYNYZ SOLN 500 MG/20ML..... 53  
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210 MG .. 104

ZYTIGA TABS 500 MG ..... 53

---

문의 사항이 있으시면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 (HMO D-SNP) 에  
**1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화 문의해 주십시오. 운영 시간은 **주 7일 오전 8시~오후 8시**입니다. 이 전화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**[kp.org](http://kp.org)를 방문하십시오.



## 차별 금지에 관한 고지

Kaiser Permanente는 관련 연방 민권법을 준수하며 다음과 같은 이유로 사람들을 차별 또는 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다:

- 인종
- 국적
- 장애
- 피부색
- 연령
- 성별

Kaiser Permanente는 장애자의 원활한 의사 소통을 위해 무료 지원 및 서비스를 다음과 같이 제공합니다:

- 자격이 있는 수화 통역사
- 기타 형식(대형 활자, 음성, 장애인용 전자 문서 형식, 그 외 다른 형식)으로 작성된 서면 정보

Kaiser Permanente는 주 언어가 영어가 아닌 분들께 무료 언어 서비스를 다음과 같이 제공합니다:

- 자격이 있는 통역사
- 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요한 경우 **808-432-5330**, 무료 전화 **1-800-651-2237** 또는 TTY **711** 번으로 문의 하십시오.

Kaiser Permanente가 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 달리 차별했다고 판단하는 경우 다음과 같이 불만 사항을 제기할 수 있습니다: Kaiser Civil Rights Coordinator, 711 Kapiolani Blvd., Honolulu, HI 96813. 전화: **808-432-5330** 또는 무료 전화 **1-800-651-2237**; TTY: **711**; 팩스: **808-432-5300**; 이메일: [civil-rights-coordinator@kp.org](mailto:civil-rights-coordinator@kp.org). 직접 방문, 우편 또는 팩스로 불만 사항을 제기할 수 있습니다. 불만 사항 제기에 도움이 필요한 경우 Kaiser 민권 조정관의 도움을 받을 수 있습니다.

또한 미국 보건 복지부 산하 민권 사무소의 불만 제기 포털

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>을 통한 온라인 방식이나 다음과 같이 우편 또는 전화를 통해 불만을 제기할 수 있습니다: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; **1-800-368-1019, 1-800-537-7697**(TDD) 불만 제기 양식은 <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 제공 받을 수 있습니다.

## HELP IN YOUR LANGUAGE

<p><b>(English)</b> Do you need help in another language? We will get you a free interpreter. Call <b>1-800-651-2237</b> to tell us which language you speak. (TTY: <b>711</b>).</p>
<p><b>(Cantonese)</b> 您需要其它語言嗎? 如有需要, 請致電<b>1-800-651-2237</b>, 我們會提供免費翻譯服務 (TTY: <b>711</b>).</p>
<p><b>(Chuukese)</b> En mi niit alilis lon pwal eu kapas? Sipwe angei emon chon chiaku ngonuk ese kamo. Kokori <b>1-800-651-2237</b> omw kopwe ureni kich meni kapas ka ani. (TTY: <b>711</b>).</p>
<p><b>(French)</b> Avez-vous besoin d'aide dans une autre langue? Nous pouvons vous fournir gratuitement des services d'un interprète. Appelez le <b>1-800-651-2237</b> pour nous indiquer quelle langue vous parlez. (TTY: <b>711</b>).</p>
<p><b>(German)</b> Brauchen Sie Hilfe in einer anderen Sprache? Wir koennen Ihnen gern einen kostenlosen Dolmetscher besorgen. Bitte rufen Sie uns an unter <b>1-800-651-2237</b> und sagen Sie uns Bescheid, welche Sprache Sie sprechen. (TTY: <b>711</b>).</p>
<p><b>(Hawaiian)</b> Makemake `oe i kokua i pili kekahi `olelo o na `aina `e? Makemake la maua i ki`i `oe mea unuhi manuahi. E kelepona <b>1-800-651-2237</b> `oe ia la kua a e ha`ina `oe ia la maua mea `olelo o na `aina `e. (TTY: <b>711</b>).</p>
<p><b>(Ilocano)</b> Masapulyo kadi ti tulong iti sabali a pagsasao? Ikkandakayo iti libre nga paraipatarus. Awaganyo ti <b>1-800-651-2237</b> tapno ibagayo kadakami no ania ti pagsasao nga ar-aramatenyo. (TTY: <b>711</b>).</p>
<p><b>(Japanese)</b> 貴方は、他の言語に、助けを必要としていますか? 私たちは、貴方のために、無料で通訳を用意できます。電話番号の、<b>1-800-651-2237</b>に、電話して、私たちに貴方の話されている言語を申し出てください。 (TTY: <b>711</b>).</p>
<p><b>(Korean)</b> 다른언어로 도움이 필요하십니까? 저희가 무료로 통역을 제공합니다. <b>1-800-651-2237</b>로 전화해서 사용하는 언어를 알려주세요 (TTY: <b>711</b>).</p>
<p><b>(Mandarin)</b> 您需要其它语言吗? 如有需要,请致电<b>1-800-651-2237</b>, 我们会提供免费翻译服务 (TTY: <b>711</b>).</p>
<p><b>(Marshallese)</b> Kwoj aikuij ke jiban kin juon bar kajin? Kim naj lewaj juon am dri ukok eo ejjelok wonen. Kirtok <b>1-800-651-2237</b> im kwalok non kim kajin ta eo kwo melele im kenono kake. (TTY: <b>711</b>).</p>
<p><b>(Samoan)</b> E te mana'omia se fesoasoani i se isi gagana? Matou te fesoasoani e ave atu fua se faaliliu upu mo oe. Vili mai i le numera lea <b>1-800-651-2237</b> pea e mana'omia se fesoasoani mo se faaliliu upu. (TTY: <b>711</b>).</p>
<p><b>(Spanish)</b> ¿Necesita ayuda en otro idioma? Nosotros le ayudaremos a conseguir un intérprete gratuito. Llame al <b>1-800-651-2237</b> y díganos que idioma habla. (TTY: <b>711</b>).</p>
<p><b>(Tagalog)</b> Kailangan ba ninyo ng tulong sa ibang lengguwahe? Ikukuha namin kayo ng libreng tagasalin. Tumawag sa <b>1-800-651-2237</b> para sabihin kung anong lengguwahe ang nais ninyong gamitin. (TTY: <b>711</b>).</p>
<p><b>(Tongan)</b> 'Oku ke fiema'u tokoni 'iha lea makehe? Te mau malava 'o 'oatu ha fakatonulea ta'etotongi. Telefoni ki he <b>1-800-651-2237</b> 'o fakaha mai pe koe ha 'ae lea fakafonua 'oku ke ngaue'aki. (TTY: <b>711</b>).</p>
<p><b>(Vietnamese)</b> Bạn có cần giúp đỡ bằng ngôn ngữ khác không? Chúng tôi sẽ yêu cầu một người thông dịch viên miễn phí cho bạn. Gọi <b>1-800-651-2237</b> nói cho chúng tôi biết bạn dùng ngôn ngữ nào. (TTY: <b>711</b>).</p>
<p><b>(Visayan)</b> Gakinahanglan ka ba ug tabang sa imong pinulongan? Amo kang mahatagan ug libre nga maghuhubad. Tawag sa <b>1-800-651-2237</b> aron magpahibalo kung unsa ang imong sinulti-han. (TTY: <b>711</b>).</p>



## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-805-2739** (TTY **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-805-2739** (TTY **711**). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电**1-800-805-2739** (TTY **711**)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電**1-800-805-2739** (TTY **711**)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-805-2739** (TTY **711**). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-805-2739** (TTY **711**). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-805-2739** (TTY **711**). sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-805-2739** (TTY **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화**1-800-805-2739** (TTY **711**). 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-805-2739 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-805-2739 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-805-2739 (TTY 711)** पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-805-2739 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-805-2739 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-805-2739 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-805-2739 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-805-2739 (TTY 711)**。にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Tongan:** 'Oku 'i ai 'emau sēvesi fakatonu lea ta'etotongi ke ne ala tali ha'o ngaahi fehu'i fekau'aki mo 'emau palani mo'ui leleí pe faito'ó. Te ke ma'u ha tokotaha fakatonulea 'i ha'o fetu'utaki ki he **1-800-805-2739 (TTY 711)**. 'E 'i ai ha tokotaha 'oku lea Faka-Pilitānia ke ne tokoni'i koe. Ko e sēvesi ta'etotongi eni.

**Ilocano:** Addaankami kadagiti libre a serbisio ti mangitarus tapno sungbatan ti aniaman a saludsod nga addaan ka maipapan ti plano iti salun-at wenno agasmi. Tapno mangala ti mangitarus, maidawat a tawagannakam iti **1-800-805-2739** (TTY **711**). Maysa a tao nga agsasao iti Ilocano ti makatulong kenka. Daytoy ket libre a serbisio.

**Pohnpeian:** Mie sahpis ni soh isepe oang kawehwe peidek kan me komwi sohte wehwehki oang palien roson mwahu de wasa me pwain kohdahn wini. Komwi en kak iang alehdi sawas wet, komw telepwohndo reht ni **1-800-805-2739** (TTY **711**). Mie me kak Lokaiahn Pohnpei me pahn seweseiuk. Sawas wet sohte isepe.

**Samoa:** E iai a matou auaunaga faaliliuupu e tali i soo sau fesili e uiga i lou soifua maloloina poo fuafuaga o vailaau. A fia maua se faaliliuupu, na’o lou valaau mai lava ia matou i le **1-800-805-2739** (TTY **711**). O le fesoasoani atu se tasi e tautala Gagana Samoa. E le totogia lea auaunaga.

**Laotian:**

ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາພຣີເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໃບຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ **1-800-805-2739** (TTY **711**). ຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ເປັນບໍລິການພຣີ.

**Bisayan:** Duna mi’y libreng serbisyo sa tig-interpret aron motubag sa bisan unsa nimong mga pangutana mahitungod sa imong panglawas o plan sa tambal. Aron mokuha og tig-interpret, tawagi lang mi sa **1-800-805-2739** (TTY **711**). Ang usa ka tawo nga nagsulti og Pinulongan makatabang kanimo. Kini usa ka libreng serbisyo.

**Marshallese:** Ewor ad jermal in ukok ko ñan uak jabdewōt kajitok emaroñ in wōt am ikijen bŭlāān in ājmour ako uno ko rekajur. Ñan bukot juon riukok, kurtok kij ilo **1-800-805-2739** (TTY **711**). Juon armij ej kajiton Kajin eo ñan jibañ eok. Ejelok onean jermal in.

**Hawaiian:** Inā kekahi mau nīnau nāu e pili ana i kā mākou papahana ‘inikua mālama olakino a i ‘ole ka ‘inikua lā‘au kuhikuhi, loa‘a ia pū ke kōkua unuhi manuahi i ka ‘ōlelo Hawai‘i. Inā makemake ‘oe i kēia kōkua, e ‘olu‘olu ke kelepona mai iā mākou i ka helu **1-800-805-2739** (TTY **711**). no ka wala‘au ‘ana e pili ana i kēia mau papahana i ka ‘ōlelo Hawai‘i. Eia la ke kōkua manuahi.

**Chuukese:** Mi kawor anininis chiaku ika awewen kapas ika epwe wor omw kapas eis fan iten ach kei okot ren pekin manaw me sefei. Ika ke mochen nōunōu emon chon chiaku, kopwe kori kich ren en namba **1-800-805-2739** (TTY **711**). Emon aramas mi sine Chuuk mi tongeni anisuk. Ei aninis ese kamo.

이 처방집은 10/01/2024 에 업데이트되었습니다.

자세한 최신 정보 또는 기타 궁금한 점이 있으시면 **1-800-805-2739 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 이 전화 운영 시간은 주 7일, 오전 8시~오후 8시입니다. 또는 **kp.org/seniorrx**를 방문하십시오.



[kp.org/seniorrx](https://kp.org/seniorrx)

10/01/2024