
2024

SCAN Health Plan Formulary

List of Covered Drugs

SCAN Health Plan 처방집

보장 의약품 목록



This formulary was updated on 05/01/2024. For more recent information or other questions, please contact SCAN Health Plan Member Services at 1-800-559-3500 (TTY users should call 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day), or visit www.scanhealthplan.com.

본 처방집은 05/01/2024에 업데이트되었습니다. 최신 정보나 기타 질문은 SCAN Health Plan 가입자 서비스부 1-800-559-3500번(TTY 사용자는 711번)으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시~오후 8시에 문의해 주십시오. 4월 1일부터 9월 30일까지 영업시간은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시입니다 (휴일이나 영업시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준 1일 이내에 답변을 드립니다.). 또는 www.scanhealthplan.com을 방문해 주십시오.

24C-CAF0900KO

SCAN Health Plan 2024 Formulary (List of Covered Drugs)

PLEASE READ: THIS DOCUMENT CONTAINS INFORMATION ABOUT THE DRUGS WE COVER IN THIS PLAN

24429, 13

This formulary was updated on 05/01/2024. For more recent information or other questions, please contact SCAN Health Plan Member Services at 1-800-559-3500 (TTY users should call 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day), or visit www.scanhealthplan.com.

Note to existing members: This formulary has changed since last year. Please review this document to make sure that it still contains the drugs you take.

When this drug list (formulary) refers to “we,” “us,” or “our,” it means SCAN Health Plan. When it refers to “plan” or “our plan,” it means SCAN Affirm partnered with Included LGBTQ+ Health (HMO), SCAN Alta (HMO), SCAN Classic (HMO), SCAN Compass (HMO), SCAN Inspired by women for women (HMO), SCAN MyChoice (HMO), SCAN Navigate (HMO), SCAN Options (HMO), SCAN Prime (HMO), SCAN Venture (HMO), Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO), Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO), SCAN Balance (HMO C-SNP), SCAN Embrace (HMO I-SNP), SCAN Healthy at Home (HMO I-SNP), SCAN Heart First (HMO C-SNP), Scripps Heart First offered by SCAN Health Plan (HMO C-SNP) and SCAN Strive (HMO C-SNP).

This document includes a list of the drugs (formulary) for our plan which is current as of May 2024. For an updated formulary, please contact us. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

You must generally use network pharmacies to use your prescription drug benefit. Benefits, formulary, pharmacy network, and/or copayments/coinsurance may change on January 1, 2025, and from time to time during the year. You will receive notice when necessary.

You can get prescription drugs shipped to your home through our network mail-order delivery program. Express Scripts PharmacySM is one of our mail order pharmacies. You can fill your prescription medications at any of our network mail order pharmacies. Typically, you should expect to receive your prescription drugs within 14 days from the time that Express Scripts mail-order pharmacy receives the order. If you do not receive your prescription drug(s) within this time, please contact SCAN Health Plan’s Member Services. For your mail order prescriptions, you have the option to sign up for an automatic refill program by contacting Express Scripts Pharmacy at 1-866-553-4125, 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 711. You may opt out of automatic deliveries at any time.

SCAN Health Plan is an HMO plan with a Medicare contract. Enrollment in SCAN Health Plan depends on contract renewal.

Y0057_SCAN_20519_2024_C

Table of Contents

What is the SCAN Health Plan Formulary?.....	3
Can the Formulary (drug list) change?.....	3
How do I use the Formulary?.....	4
What are generic drugs?	4
Are there any restrictions on my coverage?.....	4
What if my drug is not on the Formulary?	5
How do I request an exception to the SCAN Health Plan's Formulary?	5
What do I do before I can talk to my doctor about changing my drugs or requesting an exception?	6
For more information	6
SCAN Health Plan's Formulary.....	28
Formulary Drugs Arranged by Therapeutic Class	57
Formulary Drugs with Quantity Limits	92
Index	94

What is the SCAN Health Plan Formulary?

A formulary is a list of covered drugs selected by SCAN Health Plan in consultation with a team of health care providers, which represents the prescription therapies believed to be a necessary part of a quality treatment program. SCAN Health Plan will generally cover the drugs listed in our formulary as long as the drug is medically necessary, the prescription is filled at a SCAN Health Plan network pharmacy, and other plan rules are followed. For more information on how to fill your prescriptions, please review your Evidence of Coverage.

Can the Formulary (drug list) change?

Most changes in drug coverage happen on January 1, but we may add or remove drugs on the Drug List during the year, move them to different cost-sharing tiers, or add new restrictions. We must follow the Medicare rules in making these changes.

Changes that can affect you this year: In the below cases, you will be affected by coverage changes during the year:

- **New generic drugs.** We may immediately remove a brand-name drug on our Drug List if we are replacing it with a new generic drug that will appear on the same or lower cost-sharing tier and with the same or fewer restrictions. Also, when adding the new generic drug, we may decide to keep the brand-name drug on our Drug List, but immediately move it to a different cost-sharing tier or add new restrictions. If you are currently taking that brand-name drug, we may not tell you in advance before we make that change, but we will later provide you with information about the specific change(s) we have made.
 - If we make such a change, you or your prescriber can ask us to make an exception and continue to cover the brand-name drug for you. The notice we provide you will also include information on how to request an exception, and you can find information in the section below titled “How do I request an exception to the SCAN Health Plan’s Formulary?”
- **Drugs removed from the market.** If the Food and Drug Administration deems a drug on our formulary to be unsafe or the drug’s manufacturer removes the drug from the market, we will immediately remove the drug from our formulary and provide notice to members who take the drug.
- **Other changes.** We may make other changes that affect members currently taking a drug. For instance, we may add a generic drug that is not new to the market to replace a brand-name drug currently on the formulary, or add new restrictions to the brand-name drug or move it to a different cost-sharing tier or both. Or we may make changes based on new clinical guidelines. If we remove drugs from our formulary, or add prior authorization, quantity limits and/or step therapy restrictions on a drug or move a drug to a higher cost-sharing tier, we must notify affected members of the change at least 30 days before the change becomes effective, or at the time the member requests a refill of the drug, at which time the member will receive a 30-day supply of the drug.
 - If we make these other changes, you or your prescriber can ask us to make an exception and continue to cover the brand-name drug for you. The notice we provide you will also include information on how to request an exception, and you can also find information in the section below entitled “How do I request an exception to the SCAN Health Plan’s Formulary?”

Changes that will not affect you if you are currently taking the drug. Generally, if you are taking a drug on our 2024 formulary that was covered at the beginning of the year, we will not discontinue or reduce coverage of the drug during the 2024 coverage year except as described above. This means these drugs will remain

available at the same cost-sharing and with no new restrictions for those members taking them for the remainder of the coverage year. You will not get direct notice this year about changes that do not affect you. However, on January 1 of the next year, such changes would affect you, and it is important to check the Drug List for the new benefit year for any changes to drugs.

The enclosed formulary is current as of May, 2024. To get updated information about the drugs covered by SCAN Health Plan, please contact us. Our contact information appears on the front and back cover pages.

How do I use the Formulary?

There are two ways to find your drug within the formulary:

Medical Condition

The formulary begins on page 57. The drugs in this formulary are grouped into categories depending on the type of medical conditions that they are used to treat. For example, drugs used to treat a heart condition are listed under the category, “Cardiovascular Agents”. If you know what your drug is used for, look for the category name in the list that begins on page number 57. Then look under the category name for your drug.

Alphabetical Listing

If you are not sure what category to look under, you should look for your drug in the Index that begins on page 94. The Index provides an alphabetical list of all of the drugs included in this document. Both brand-name drugs and generic drugs are listed in the Index. Look in the Index and find your drug. Next to your drug, you will see the page number where you can find coverage information. Turn to the page listed in the Index and find the name of your drug in the first column of the list.

What are generic drugs?

SCAN Health Plan covers both brand-name drugs and generic drugs. A generic drug is approved by the FDA as having the same active ingredient as the brand-name drug. Generally, generic drugs cost less than brand-name drugs.

Are there any restrictions on my coverage?

Some covered drugs may have additional requirements or limits on coverage. These requirements and limits may include:

- **Prior Authorization:** SCAN Health Plan requires you or your physician to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval from SCAN Health Plan before you fill your prescriptions. If you don't get approval, SCAN Health Plan may not cover the drug.
- **Quantity Limits:** For certain drugs, SCAN Health Plan limits the amount of the drug that SCAN Health Plan will cover. For example, SCAN Health Plan provides 30 tablets per prescription for BELSOMRA. This may be in addition to a standard one-month or three-month supply.

You can find out if your drug has any additional requirements or limits by looking in the formulary that begins on page 57. You can also get more information about the restrictions applied to specific covered drugs by visiting our website. We have posted online a document that explain our prior authorization restriction. You may also ask us to send you a copy. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

You can ask SCAN Health Plan to make an exception to these restrictions or limits or for a list of other, similar drugs that may treat your health condition. See the section, “How do I request an exception to the SCAN Health Plan’s formulary?” on page 5 for information about how to request an exception.

What if my drug is not on the Formulary?

If your drug is not included in this formulary (list of covered drugs), you should first contact Member Services and ask if your drug is covered.

If you learn that SCAN Health Plan does not cover your drug, you have two options:

- You can ask Member Services for a list of similar drugs that are covered by SCAN Health Plan. When you receive the list, show it to your doctor and ask them to prescribe a similar drug that is covered by SCAN Health Plan.
- You can ask SCAN Health Plan to make an exception and cover your drug. See below for information about how to request an exception.

How do I request an exception to the SCAN Health Plan’s Formulary?

You can ask SCAN Health Plan to make an exception to our coverage rules. There are several types of exceptions that you can ask us to make.

- You can ask us to cover a drug even if it is not on our formulary. If approved, this drug will be covered at a pre-determined cost-sharing level, and you would not be able to ask us to provide the drug at a lower cost-sharing level.
- You can ask us to cover a formulary drug at lower cost-sharing level unless the drug is on the specialty tier. If approved, this would lower the amount you must pay for your drug.
- You can ask us to waive coverage restrictions or limits on your drug. For example, for certain drugs, SCAN Health Plan limits the amount of the drug that we will cover. If your drug has a quantity limit, you can ask us to waive the limit and cover a greater amount.

Generally, SCAN Health Plan will only approve your request for an exception if the alternative drugs included on the plan’s formulary, the lower cost-sharing drug or additional utilization restrictions would not be as effective in treating your condition and/or would cause you to have adverse medical effects.

You should contact us to ask us for an initial coverage decision for a formulary, tier, or utilization restriction exception. **When you request a formulary, tier, or utilization restriction exception you should submit a statement from your prescriber or physician supporting your request.** Generally, we must make our decision within 72 hours of getting your prescriber’s supporting statement. You can request an expedited (fast) exception if you or your doctor believe that your health could be seriously harmed by waiting up to 72 hours for a decision. If your request to expedite is granted, we must give you a decision no later than 24 hours after we get a supporting statement from your doctor or other prescriber.

What do I do before I can talk to my doctor about changing my drugs or requesting an exception?

As a new or continuing member in our plan you may be taking drugs that are not on our formulary. Or, you may be taking a drug that is on our formulary but your ability to get it is limited. For example, you may need a prior authorization from us before you can fill your prescription. You should talk to your doctor to decide if you should switch to an appropriate drug that we cover or request a formulary exception so that we will cover the drug you take. While you talk to your doctor to determine the right course of action for you, we may cover your drug in certain cases during the first 90 days you are a member of our plan.

For each of your drugs that is not on our formulary or if your ability to get your drugs is limited, we will cover a temporary 30-day supply if you are not in a long-term care facility or a 31-day supply if you are a resident of a long-term care facility. If your prescription is written for fewer days, we'll allow refills to provide up to a maximum 30-day supply of medication if you are not in a long-term care facility or a 31-day supply of medication if you are a resident of a long-term care facility. After your first 30-day supply if you are not in a long-term care facility or a 31-day supply if you are a resident of a long-term care facility, we will not pay for these drugs, even if you have been a member of the plan less than 90 days.

If you are a resident of a long-term care facility and you need a drug that is not on our formulary or if your ability to get your drugs is limited, but you are past the first 90 days of membership in our plan, we will cover a 31-day emergency supply of that drug while you pursue a formulary exception.

If you are a current member transitioning to a different level of care, you may be prescribed medications not on our formulary or your ability to get your drugs may be limited. In these instances, you need to talk with your doctor about the appropriate alternative therapies available on our formulary. If there are no appropriate alternative therapies on our formulary, you or your doctor can request an exception and ask the plan to cover the drug or remove restrictions from the drug. While you are talking with your doctor to determine the course of action, you are eligible to receive a 30-day transition supply of the drug if you are moving from a long-term care facility or a hospital stay to home or a 31-day transition supply of the drug if you are moving from home or a hospital stay to a long-term care facility.

For more information

For more detailed information about your SCAN Health Plan prescription drug coverage, please review your Evidence of Coverage and other plan materials.

If you have questions about SCAN Health Plan, please contact us. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

If you have general questions about Medicare prescription drug coverage, please call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 hours a day/7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. Or, visit <http://www.medicare.gov>.

The charts below list what you will pay as your share of the costs for covered prescription drugs at our network pharmacies when you are in the Initial Coverage Stage.

Preferred cost-sharing is lower cost-sharing that may be available to you for certain covered Part D drugs at certain network pharmacies. For more information, please visit our online searchable Pharmacy Directory at www.scanhealthplan.com or call Member Services. Our contact information appears on the front and back cover pages.

Please refer to your Evidence of Coverage for information about the costs at Long-Term Care (LTC) pharmacies and out-of-network pharmacies.

If you receive “Extra Help,” your share of the cost for covered prescription drugs may vary based on the level of “Extra Help” you receive. For more information about your drug costs, look at the "LIS Rider".

You won't pay more than \$35 for a one-month supply and no more than \$105 for a three-month supply of each insulin product covered by our plan, no matter what cost-sharing tier it's on.

Most adult Part D vaccines are covered by our plan at no cost to you.

SCAN Classic (HMO): Los Angeles and Orange Counties

SCAN Alta (HMO): San Diego County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$35	\$85	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Classic (HMO): Riverside County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$9	\$18
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$35	\$85	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Classic (HMO): San Bernardino County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$9	\$18
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$35	\$85	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Classic (HMO): Santa Clara and San Francisco Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
2	Generic		\$0	\$0	\$12	\$24
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$106	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Classic (HMO): Fresno and Madera Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$35	\$85	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Classic (HMO): Stanislaus County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$40	\$100	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

SCAN Classic (HMO): Alameda County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$37	\$91	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

SCAN Classic (HMO): San Mateo County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$40	\$100	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Classic (HMO): Ventura County

SCAN Options (HMO): Ventura County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$37	\$91	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Options (HMO): Santa Clara County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
2	Generic		\$0	\$0	\$17.50	\$35
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$40	\$100	\$45	\$115
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$95	\$265
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Venture (HMO): Los Angeles, Orange, Riverside and San Bernardino Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$35	\$85	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO): San Diego County

Drug Tier	Tier Name		Retail				Mail Order	
			Preferred		Standard		Preferred	Standard
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply	100-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$9	\$18	\$0	\$18
2	Generic		\$5	\$10	\$15	\$30	\$0	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85	\$55	\$85
		Other Drugs	\$42	\$106	\$47	\$121	\$106	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280	\$265	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A	N/A	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33	\$33	\$33
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>								

Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO): San Diego County

Drug Tier	Tier Name		Retail				Mail Order	
			Preferred		Standard		Preferred	Standard
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply	100-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$9	\$18	\$0	\$18
2	Generic		\$3	\$6	\$12	\$24	\$0	\$24
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85	\$55	\$85
		Other Drugs	\$37	\$91	\$47	\$121	\$91	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280	\$265	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A	N/A	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33	\$33	\$33
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>								

Scriptts Heart First offered by SCAN Health Plan (HMO C-SNP): San Diego County

Drug Tier	Tier Name		Retail				Mail Order	
			Preferred		Standard		Preferred	Standard
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply	100-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$7	\$14	\$0	\$14
2	Generic		\$5	\$10	\$12	\$24	\$0	\$24
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85	\$55	\$85
		Other Drugs	\$42	\$106	\$47	\$121	\$106	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280	\$265	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A	N/A	N/A
6	Select Care Drugs		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.

SCAN Prime (HMO): Los Angeles and Orange Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$12	\$24
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$35	\$85	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33

We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.

SCAN Prime (HMO): Riverside and San Bernardino Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Generic		\$0	\$0	\$14	\$28
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$35	\$85	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

SCAN Affirm (HMO): Los Angeles, Orange, Riverside and San Diego Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$35	\$85	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		25%	N/A	25%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

SCAN Affirm (HMO): San Francisco County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
2	Generic		\$0	\$0	\$12	\$24
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$35	\$85	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		25%	N/A	25%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Balance (HMO C-SNP): Los Angeles and Orange Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$9	\$18
3	Preferred Brand	Insulin	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$30	\$70	\$35	\$85
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$0	\$0	\$0	\$0
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Balance (HMO C-SNP): Stanislaus and Santa Clara Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$35	\$85	\$45	\$115
4	Non-Preferred Drug		\$85	\$235	\$95	\$265
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$0	\$0	\$0	\$0
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Balance (HMO C-SNP): Alameda and San Mateo Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
3	Preferred Brand	Insulin	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$40	\$100	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$0	\$0	\$0	\$0
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Balance (HMO C-SNP): Riverside and San Bernardino Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$9	\$18
3	Preferred Brand	Insulin	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$30	\$70	\$35	\$85
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$0	\$0	\$0	\$0
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

SCAN Balance (HMO C-SNP): Fresno and Madera Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$35	\$85	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$0	\$0	\$0	\$0
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

SCAN Balance (HMO C-SNP): San Diego County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$9	\$18
3	Preferred Brand	Insulin	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$30	\$70	\$35	\$85
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$0	\$0	\$0	\$0
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

SCAN Balance (HMO C-SNP): San Francisco County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$35	\$85	\$45	\$115
4	Non-Preferred Drug		\$85	\$235	\$95	\$265
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$0	\$0	\$0	\$0
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

SCAN Heart First (HMO C-SNP): Orange and Los Angeles Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$9	\$18
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$35	\$85	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$0	\$0	\$0	\$0
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Heart First (HMO C-SNP): Riverside and San Bernardino Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Generic		\$0	\$0	\$14	\$28
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$35	\$85	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$0	\$0	\$0	\$0
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Heart First (HMO C-SNP): Alameda and San Mateo Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$40	\$100	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$0	\$0	\$0	\$0
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Heart First (HMO C-SNP): Santa Clara and Stanislaus Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$40	\$100	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$0	\$0	\$0	\$0
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Heart First (HMO C-SNP): Fresno and Madera Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$35	\$85	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$0	\$0	\$0	\$0
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Heart First (HMO C-SNP): San Francisco County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$40	\$100	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$0	\$0	\$0	\$0
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Embrace (HMO I-SNP): Los Angeles, Orange and San Bernardino Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
2	Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
3	Preferred Brand	Insulin	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$37	\$91	\$37	\$91
4	Non-Preferred Drug		\$99	\$277	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Healthy at Home (HMO I-SNP): Los Angeles, Orange, Riverside and San Bernardino Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$15
2	Generic		\$0	\$0	\$12	\$36
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$285	\$100	\$300
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Compass (HMO): Los Angeles, Orange, Riverside and San Bernardino Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$35	\$85	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33

We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.

SCAN Inspired (HMO): Los Angeles and Orange Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$12	\$24
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$35	\$85	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33

We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.

SCAN Navigate (HMO): Los Angeles, Orange, Riverside and San Bernardino Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$35	\$85	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33	\$11	\$33
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN MyChoice (HMO): Orange County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order	
			30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0
2	Generic		\$0	\$0
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55
		Other Drugs	\$35	\$85
4	Non-Preferred Drug		\$70	\$190
5	Specialty Tier		33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.				

SCAN MyChoice (HMO): San Diego County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order	
			30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0
2	Generic		\$0	\$0
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55
		Other Drugs	\$35	\$85
4	Non-Preferred Drug		\$70	\$190
5	Specialty Tier		33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33

We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.

SCAN MyChoice (HMO): Alameda and San Mateo Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order	
			30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0
2	Generic		\$0	\$0
3	Preferred Brand	Insulin	\$25	\$55
		Other Drugs	\$35	\$85
4	Non-Preferred Drug		\$70	\$190
5	Specialty Tier		33%	N/A
6	Select Care Drugs		\$11	\$33

We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.

The chart below lists what you will pay as your share of the costs for covered prescription drugs at our network pharmacies when you are in the Initial Coverage Stage.

Please refer to your Evidence of Coverage for information about the costs at Long-Term Care (LTC) pharmacies and out-of-network pharmacies.

SCAN Strive (HMO C-SNP): Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, Ventura, Santa Clara, Stanislaus, Fresno and Madera Counties

Members with no "Extra Help" Retail & Mail Order Pharmacies (one-, two- or three-month supply)	Members with "Extra Help" Retail & Mail Order Pharmacies (one-, two- or three-month supply)
You pay a 25% coinsurance of the total drug cost for all Part D prescription drugs covered on our Drug List, which begins on page 57.	You pay a \$0 copayment for all Part D prescription drugs covered on our Drug List, which begins on page 57.
You won't pay more than \$35 for a one-month supply and no more than \$105 for a three-month supply of each insulin product covered by our plan, even if you haven't paid your deductible.	You won't pay more than \$0 for a one-month through three-month supply of each insulin product covered by our plan.
Most adult Part D vaccines are covered by our plan at no cost to you, even if you haven't paid your deductible.	Most Part D vaccines are covered by our plan at no cost to you.
Some medications (e.g., Specialty drugs) are available for up to a one-month supply. To see which medications are available for an extended day supply, turn to page 57.	

SCAN Health Plan's Formulary

The formulary that begins on page 57 provides coverage information about the drugs covered by SCAN Health Plan. If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Index that begins on page 94.

The first column of the chart lists the drug name. Brand-name drugs are capitalized (e.g., JANUVIA) and generic drugs are listed in lower-case italics (e.g., *metformin*).

The information in the Requirements/Limits column tells you if SCAN Health Plan has any special requirements for coverage of your drug.

- The symbol [PA] indicates that prior authorization applies.
- The symbol [B vs D] indicates that this drug may be covered under Medicare Part B or Part D depending upon the circumstances. Information may need to be submitted describing the use and setting of the drug to make the determination.
- The symbol [QL] indicates that quantities dispensed are limited. To see the quantity limit amount for the formulary drugs with quantity limits, turn to the page 92.
- The symbol [LD] indicates that limited distribution applies. This prescription may be available only at certain pharmacies. For more information consult your Pharmacy Directory or call Member Services at 1-800-559-3500 (TTY users should call 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day), or visit www.scanhealthplan.com.
- The symbol [EDS] indicates that this drug is available for an extended day supply (e.g., greater than a 30-day supply) at mail-order and many retail pharmacies.

SCAN Health Plan

2024 처방집(보장 의약품 목록)

내용을 확인하시기 바랍니다. 본 문서에는 본 플랜에서 보장하는 약에 관한 정보가 들어 있습니다.

24429, 13

본 처방집은 05/01/2024에 업데이트되었습니다. 최신 정보나 기타 질문은 SCAN Health Plan 가입자 서비스부 1-800-559-3500번(TTY 사용자는 711번)으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시~오후 8시에 문의해 주십시오. 4월 1일부터 9월 30일까지 영업시간은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시입니다(휴일이나 영업시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준 1일 이내에 답변을 드립니다.). 또는 www.scanhealthplan.com을 방문해 주십시오.

기존 가입자 참고 사항: 본 처방집은 작년 이후 변경되었습니다. 본 문서를 검토하여 귀하가 복용하는 약이 계속 포함되어 있는지 확인하십시오.

본 의약품 목록(처방집)에서 '당사' 또는 '저희'라는 단어는 SCAN Health Plan을 의미합니다. '플랜' 또는 '당사 플랜'은 SCAN Affirm partnered with Included LGBTQ+ Health(HMO), SCAN Alta(HMO), SCAN Classic(HMO), SCAN Compass(HMO), 여성이 만든, 여성을 위한 SCAN Inspired(HMO), SCAN MyChoice(HMO), SCAN Navigate(HMO), SCAN Options(HMO), SCAN Prime(HMO), SCAN Venture(HMO), Scripps Classic offered by SCAN Health Plan(HMO), Scripps Signature offered by SCAN Health Plan(HMO), SCAN Balance(HMO C-SNP), SCAN Embrace(HMO I-SNP), SCAN Healthy at Home(HMO I-SNP), SCAN Heart First(HMO C-SNP), Scripps Heart First offered by SCAN Health Plan(HMO C-SNP), SCAN Strive(HMO C-SNP)을 의미합니다.

본 문서에는 2024년 5월 기준 당사 플랜의 의약품 목록(처방집)이 포함되어 있습니다. 최신 처방집이 필요하면 당사에 문의해 주십시오. 처방집을 마지막으로 업데이트한 날짜와 당사 연락처 정보가 앞표지와 뒷표지에 적혀 있습니다.

처방약 혜택을 받으려면 일반적으로 네트워크 약국을 이용해야 합니다. 혜택, 처방집, 약국 네트워크 및/또는 자기부담금/공동보험금은 2025년 1월 1일에 변경될 수 있으며 연중 수시로 변경될 수 있습니다. 필요한 경우 통지해 드립니다.

당사 네트워크 우편 주문 배달 프로그램을 통해 가정에서 처방약을 받으실 수 있습니다. Express Scripts PharmacySM는 당사 우편 주문 약국 중 하나입니다. 처방약을 당사 네트워크 우편 주문 약국에서 조제 받을 수 있습니다. 일반적으로 Express Scripts 우편 주문 약국이 주문을 받은 날로부터 14일 이내에 처방약을 받을 수 있습니다. 이 기간 내에 약을 받지 못한다면 SCAN Health Plan 가입자 서비스부에 연락해 주십시오. 우편 주문 처방약은 자동 리필 프로그램을 이용할 수 있습니다. Express Scripts Pharmacy에 1-866-553-4125번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하여 가입할 수 있습니다. TTY 사용자는 711번으로 전화해 주십시오. 자동 배송은 언제든지 취소할 수 있습니다.

SCAN Health Plan은 Medicare와 계약을 맺은 HMO 플랜입니다. SCAN Health Plan 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다.

Y0057_SCAN_20519_2024_C

목차

SCAN Health Plan 처방집이란 무엇입니까?.....	31
처방집(의약품 목록)이 변경될 수 있습니까?.....	31
처방집은 어떻게 사용합니까?.....	32
복제약이란 무엇입니까?.....	32
보장에 제한 사항이 있습니까?.....	32
제 약이 처방집에 없으면 어떻게 합니까?.....	33
SCAN Health Plan 처방집에 관해 예외 적용을 요청하려면 어떻게 해야 합니까?.....	33
약을 변경하거나 예외 적용을 요청하는 것에 관해 담당 의사와 상담하기 전 무엇을 해야 합니까?	33
자세한 정보	34
SCAN Health Plan 처방집	56
치료 등급별로 정리한 처방집 의약품	57
분량 제한이 있는 처방집 의약품	92
색인	94

SCAN Health Plan 처방집이란 무엇입니까?

처방집은 SCAN Health Plan이 의료 서비스 제공자 팀과 협의하여 선택한 보장 약 목록으로, 수준 높은 치료 프로그램에서 필수적인 부분인 처방약 요법을 나타냅니다. SCAN Health Plan은 일반적으로 가입자가 해당 약이 의학적으로 필요하고 SCAN Health Plan 네트워크 약국에서 처방약을 조제 받으며 기타 플랜 규칙을 준수하는 경우, 당사 처방집에 수록된 약을 보장합니다. 처방약 조제에 관해 자세한 정보가 필요하면 보장 증명서를 검토하십시오.

처방집(의약품 목록)이 변경될 수 있습니까?

의약품 보장 변경은 대부분 1월 1일에 일어나지만, 당사는 연중 약 목록에 있는 약을 추가 또는 삭제하거나 다른 비용 분담 단계로 옮기거나 새로운 제한 사항을 추가할 수 있습니다. 이렇게 변경할 때 당사는 Medicare 규칙을 따라야 합니다.

올해 가입자에게 영향을 줄 수 있는 변경 사항: 다음에 해당되는 경우, 가입자는 당해 보장 범위 변경의 영향을 받게 됩니다.

- **새 복제약:** 어떠한 브랜드 약이 비용 분담 단계가 동일하거나 더 낮은 경우 또는 제한 사항이 동일하거나 적은 경우에 당사가 그 브랜드 약을 새 복제약으로 대체할 시, 당사 약 목록에서 그 브랜드 약을 즉시 삭제할 수도 있습니다. 또한 새 복제약을 추가하면 그 브랜드 약을 당사 의약품 목록에 계속 남겨 두는 경우도 있지만, 즉시 다른 비용 분담 단계로 옮기거나 새 제한 사항을 추가할 수도 있습니다. 가입자가 현재 그 브랜드 약을 복용 중이라면 당사는 변경 사항을 적용하기 전에 가입자에게 미리 알리지 않을 수도 있지만, 나중에 특정 변경 사항에 관한 정보를 제공할 것입니다.
 - 이러한 변경 사항이 있으면 가입자 또는 담당 처방자는 가입자를 위해 당사에 예외 적용을 요청하여 그 브랜드 약을 계속 보장해 달라고 요구할 수 있습니다. 당사가 귀하에게 제공하는 통지에는 예외 적용을 요청하는 방법에 관한 정보도 포함되며 아래에 있는 "SCAN Health Plan 처방집에 관해 예외 적용을 요청하려면 어떻게 해야 합니까?"라는 제목의 섹션에서도 정보를 얻을 수 있습니다.
- **시중에서 제외된 약:** 식품의약국(FDA)이 처방집에 수록된 약이 안전하지 않다고 판단하거나 약 제조업체가 해당 약의 시판을 중단하는 경우, 당사는 처방집에서 해당 약을 즉시 삭제하고 그 약을 복용 중인 가입자에게 알립니다.
- **기타 변경 사항:** 당사는 현재 약을 복용하고 있는 가입자에게 영향을 주는 기타 변경 사항을 적용할 수도 있습니다. 예를 들어, 현재 처방집에 있는 브랜드 약을 대체하기 위해 시장에 판매 중인 복제약을 추가하거나 다른 비용 분담 단계로 옮기기 위해 브랜드 약에 새 제한 사항을 추가할 수 있으며 두 경우가 모두 적용될 수 있습니다. 아니면 새 임상 지침에 따라 변경 사항을 적용할 수도 있습니다. 당사가 처방집에서 약을 삭제하거나 사전 허가, 약의 분량 제한 및/또는 단계적 치료법 제한 사항을 추가하거나 약을 더 높은 비용 분담 단계로 옮기는 경우, 당사는 변경 사항이 발효하기 최소 30 일 전 또는 가입자가 해당 약을 리필 요청하는 시점에 영향을 받는 가입자에게 변경 사항을 통지해야 합니다. 이때 가입자는 해당 약 30 일분을 받습니다.

- 이러한 기타 변경 사항이 있으면 가입자 또는 담당 처방자는 가입자를 위해 당사에 예외 적용을 요청해 그 브랜드 약을 계속 보장해 달라고 요구할 수 있습니다. 당사가 귀하에게 제공하는 통지에는 예외 적용을 요청하는 방법에 관한 정보도 포함되며 아래에 있는 "SCAN Health Plan 처방집에 관해 예외 적용을 요청하려면 어떻게 해야 하나요?"라는 제목의 섹션에서도 정보를 얻을 수 있습니다.

현재 약을 복용하고 있는 경우, 가입자에게 영향을 주지 않는 변경 사항: 일반적으로 가입자가 2024 처방집에 있으며 연초에 보장한 약을 복용하는 경우, 당사는 아래에 명시한 경우를 제외하고 2024 보장 연도에는 해당 약의 보장을 중단하거나 축소하지 않습니다. 즉 이러한 약을 복용하는 가입자는 남은 보장 연도 동안 동일한 비용 부담금으로 새로운 제한 사항 없이 계속 해당 약을 사용할 수 있습니다. 가입자에게 영향을 주지 않는 변경 사항에 관해서는 해당 연도에 직접 통지를 보내지 않습니다. 그러나 다음 해 1월 1일에 그러한 변경 사항이 가입자에게 적용되므로 새로운 혜택 연도의 의약품 목록에 변경 사항이 있는지 확인하는 것이 중요합니다.

동봉된 처방집은 2024년 5월 기준 버전입니다. SCAN Health Plan이 보장하는 약에 관한 최신 정보가 필요하면 당사에 문의해 주십시오. 당사 연락처 정보는 앞표지와 뒤표지에 있습니다.

처방집은 어떻게 사용합니까?

처방집 내에서 약을 찾는 방법에는 두 가지가 있습니다.

질환

처방집은 57페이지부터 시작합니다. 본 처방집에 있는 약은 치료하려는 질환의 종류에 따라 카테고리별로 분류됩니다. 예를 들어, 심장 질환 치료에 사용되는 약은 '심혈관계 약제' 카테고리에 포함됩니다. 가입자의 약이 어디에 사용되는지 알고 있다면 57페이지부터 시작하는 목록에서 카테고리 이름을 찾아보십시오. 그 다음 해당 카테고리 이름에서 해당 약을 찾아보십시오.

알파벳순 목록

어떤 카테고리를 살펴봐야 할지 잘 모르겠다면 94페이지부터 시작하는 색인에서 가입자의 약을 찾아야 합니다. 색인은 이 문서에 포함된 모든 약 목록을 알파벳순으로 제공합니다. 브랜드 약과 복제약 둘 다 색인에 적혀 있습니다. 색인을 보고 약을 찾으십시오. 약 이름 옆에 페이지 번호가 있으며 그 페이지에서 보장 정보를 찾을 수 있습니다. 색인에 적힌 페이지로 가서 목록 첫 번째 줄에서 약 이름을 찾으십시오.

복제약이란 무엇입니까?

SCAN Health Plan은 브랜드 약과 복제약 둘 다 보장합니다. 복제약은 FDA에서 브랜드 약과 동일한 유효 성분을 가진 것으로 승인 받은 복제약입니다. 일반적으로 복제약은 브랜드 약보다 저렴합니다.

보장에 제한 사항이 있습니까?

일부 보장 약에는 추가 요건이나 보장 한도가 있을 수 있습니다. 이러한 요건과 한도에는 다음 사항이 포함될 수 있습니다.

- **사전 허가:** SCAN Health Plan은 가입자 또는 담당 의사가 특정 약에 대해 사전 허가를 받도록 규정합니다. 즉 처방약을 조제 받기 전 SCAN Health Plan에서 승인 받아야 합니다. 승인을 받지 않으면 SCAN Health Plan은 해당 약을 보장하지 않을 수 있습니다.
- **분량 제한:** 특정 약의 경우, SCAN Health Plan은 SCAN Health Plan이 보장하는 약의 수량을 한합니다. 예를 들어, SCAN Health Plan은 BELSOMRA를 처방당 30정 제공합니다. 이는 표준 1달분 또는 3달분에 포함될 수도 있습니다. 57페이지부터 시작하는 처방집을 살펴보면 가입자의 약에 어떠한 추가 요건 또는 제한이 있는지 확인할 수 있습니다. 또한 당사 웹사이트를 방문하여 특정 보장 약에 적용되는 제한 사항에 관한 자세한 정보를 확인할 수 있습니다. 당사는 사전 허가 제한 사항이 적힌 문서를 온라인에

게시했습니다. 귀하는 당사에 사본을 보내달라고 요청할 수도 있습니다. 처방집을 마지막으로 업데이트한 날짜와 당사 연락처 정보가 앞표지와 뒷표지에 적혀 있습니다.

SCAN Health Plan에 이러한 제한 사항을 예외로 적용해 달라고 요청하거나 질환을 치료할 수 있는 기타 유사한 약 목록을 요청할 수 있습니다. 예외 적용을 요청하는 방법은 33 페이지에서 "SCAN Health Plan 처방집에 관해 예외 적용을 요청하려면 어떻게 해야 합니까?" 섹션을 확인하십시오.

제 약이 처방집에 없으면 어떻게 합니까?

가입자의 약이 본 처방집(보장 약 목록)에 포함되어 있지 않은 경우, 먼저 가입자 서비스부에 연락해 귀하의 약이 보장되는지 문의해야 합니다.

SCAN Health Plan에서 가입자의 약을 보장하지 않는다는 점을 확인했다면 두 가지 방법이 있습니다.

- 가입자 서비스부에 SCAN Health Plan에서 보장하는 유사한 약 목록을 요청하실 수 있습니다. 이 목록을 받으시면 담당 의사에게 보여주고 SCAN Health Plan에서 보장하는 유사한 약을 처방해 달라고 요청하십시오.
- SCAN Health Plan에 예외 적용을 요청해 해당 약을 보장해 달라고 요청할 수 있습니다. 예외 적용을 요청하는 방법은 아래를 참고하십시오.

SCAN Health Plan 처방집에 관해 예외 적용을 요청하려면 어떻게 해야 합니까?

보장 규정에 예외를 적용해 달라고 SCAN Health Plan에 요청할 수 있습니다. 요청할 수 있는 몇 가지 예외 적용 종류가 있습니다.

- 약이 처방집에 없더라도 약 보장을 요청할 수 있습니다. 승인되면 해당 약은 사전 결정된 비용 분담 수준으로 보장하며 더 낮은 비용 분담 수준으로 약을 제공해달라고 요청할 수는 없습니다.
- 해당 약이 특수 단계에 속하는 경우가 아닌 한, 처방집 의약품의 더 낮은 비용 분담 수준으로 보장하도록 요청하실 수 있습니다. 승인되면 지불해야 하는 약값을 낮출 수 있습니다.
- 당사에 보장 제한 사항이나 가입자의 약에 적용되는 제한을 없애달라고 요청할 수 있습니다. 예컨대 특정 약의 경우, SCAN Health Plan은 SCAN Health Plan이 보장하는 약의 수량을 제한합니다. 가입자의 약에 분량 제한이 있는 경우, 당사에 제한을 없애달라고 요청하거나 분량을 더 많이 보장해 달라고 요청할 수 있습니다.

일반적으로 SCAN Health Plan은 플랜의 처방집에 포함된 대체 약, 비용 분담금이 더 낮은 약 또는 약 사용에 관한 추가적인 사용 제한이 가입자의 질환을 치료하는 데 효과적이지 않음 및/또는 가입자에게 의학적으로 부정적 영향을 미칠 수 있는 경우에만 귀하의 예외 적용 요청을 승인합니다.

당사에 문의해 처방집, 단계 지정 또는 사용 제한 예외 대한 초기 보장 결정을 요청하셔야 합니다. **처방집, 단계 지정 또는 사용 제한 예외 적용을 요청할 때는 그러한 요청을 뒷받침하는 담당 처방자나 의사의 진술서를 제출해야 합니다.** 일반적으로 당사는 처방자의 진술서를 받은 후 반드시 72시간 이내에 결정을 내리게 됩니다. 가입자 또는 담당 의사가 72시간까지 기다리는 중에 가입자의 건강을 심각하게 해칠 수 있다고 생각하는 경우 신속(빠른) 예외 적용을 요청할 수 있습니다. 신속 요청이 인정되면 당사는 담당 의사나 다른 처방자에게 진술서를 받은 후 늦어도 반드시 24시간 이내에 가입자에게 결정 내용을 전달합니다.

약을 변경하거나 예외 적용을 요청하는 것에 관해 담당 의사와 상담하기 전 무엇을 해야 합니까?

당사 플랜의 신규 또는 기존 가입자로서 가입자는 당사 처방집에 수록되지 않은 약을 복용하고 있을 수

있습니다. 또는 처방집에 수록되어 있으나 사용에 제약이 있는 약을 복용하고 있을 수도 있습니다. 예컨대 처방약을 조제 받기 전에 당사에 사전 허가를 받아야 하는 경우입니다. 가입자는 담당 의사와 상의하여 당사가 보장하는 적절한 약으로 바뀌어야 하는지 아니면 복용하는 약을 당사가 보장하도록 처방집 예외 적용을 요청해야 하는지 결정해야 합니다. 어떤 결정을 내려야 올바른지 담당 의사와 상의하는 동안 가입자의 플랜 가입일로부터 최초 90일 동안은 상황에 따라 당사가 가입자의 약을 보장할 수 있습니다.

가입자의 약이 처방집에 없거나 가입자가 약을 제한적으로만 받을 수 있다면 가입자가 장기 진료 시설에 있지 않은 경우는 30일분, 장기 진료 시설에 거주하는 경우는 31일분의 약을 일시적으로 보장합니다. 처방전이 짧은 기간으로 처방되었다면, 가입자가 장기 진료 시설에 있지 않은 경우는 최대 30일분, 장기 진료 시설에 거주하고 있는 경우는 31일분의 약을 리필할 수 있습니다. 장기 진료 시설에 있지 않은 경우로 최초 30일분, 장기 치료 시설에 거주하는 경우로 31일분이 제공된 후에는 가입자가 플랜에 가입한 지 90일 미만이라고 해도 당사가 약값을 부담하지 않습니다.

장기 진료 시설에 거주하고 있으며 처방집에 없는 약이 필요하거나 약을 구하는 데 제약이 있지만, 플랜에 가입한 지 90일이 지난 경우에 처방집 예외 적용을 신청하는 동안 당사는 31일분의 해당 약 비상 분량을 보장합니다.

다른 진료 수준으로 전환 중인 가입자의 경우, 처방집에 없는 약을 처방 받을 수 있으며 약을 받는 것이 제한될 수도 있습니다. 이러한 경우, 처방집에서 사용할 수 있는 적절한 대체 요법에 관해 담당 의사와 상의해야 합니다. 처방집에 적절한 대체 요법이 없는 경우, 가입자나 담당 의사는 예외 적용을 요청하여 플랜에 해당 약을 보장해달라고 요청하거나 약에 대한 제한을 없애달라고 요청할 수 있습니다. 가입자가 어떤 결정을 내릴지 담당 의사와 상의하는 동안 장기 진료 시설에서 또는 병원 입원 후 자택으로 전환하는 경우는 30일분, 자택에서 또는 병원 입원 후 장기 진료 시설로 전환하는 경우는 31일분의 전환 기간 분량을 받을 수 있습니다.

자세한 정보

SCAN Health Plan 처방약 보장에 관해 자세한 정보가 필요하시면 보장 증명서 및 기타 플랜 자료를 검토해 주십시오.

SCAN Health Plan에 관해 궁금한 점이 있다면 당사에 문의해 주십시오. 처방집을 마지막으로 업데이트한 날짜와 당사 연락처 정보가 앞표지와 뒤표지에 적혀 있습니다.

Medicare 처방약 보장에 관한 일반적인 질문이 있다면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일 하루 24시간 언제든지 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 또는 <http://www.medicare.gov>를 방문해 주십시오.

아래 표는 가입자가 초기 보장 단계에서 당사의 네트워크 약국에서 보장되는 처방약에 대한 비용 분담금으로 지불하는 금액을 나타냅니다.

선호 비용 분담이란 특정 네트워크 약국에서 보장되는 특정 파트 D 약에 대해 이용할 수 있는 낮은 비용 분담을 말합니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.scanhealthplan.com에 방문하여 온라인 검색으로 약국 명부를 확인하거나 가입자 서비스부로 문의해 주십시오. 저희 연락처 정보는 앞표지와 뒤표지에 나와 있습니다.

장기 요양(LTC) 약국 및 네트워크 외부 약국 비용 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

'추가 지원'을 받는 경우, 보장되는 처방약에 대한 가입자의 비용 분담금은 가입자가 받는 '추가 지원' 수준에 따라 다를 수 있습니다. 약 비용에 관한 자세한 정보가 필요하면 '저소득층 보조금(LIS) 부칙'을 살펴보십시오.

가입자는 비용 분담 단계에 관계없이 당사 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품 1개월분에 \$35 이상, 3개월분에 \$105 이상을 지불하지 않습니다.

대부분의 성인용 파트 D 백신은 당사 플랜에서 무료로 보장합니다.

SCAN Classic (HMO): 로스앤젤레스 카운티, 오렌지 카운티

SCAN Alta (HMO): 샌디에이고 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 약	\$35	\$85	\$47	\$121
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33
당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.						

SCAN Classic (HMO): 리버사이드 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$9	\$18
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$35	\$85	\$47	\$121
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

SCAN Classic (HMO): 샌버나디노 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$9	\$18
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$35	\$85	\$47	\$121
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

SCAN Classic (HMO): 산타클라라 카운티, 샌프란시스코 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
2	복제약		\$0	\$0	\$12	\$24
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$106	\$47	\$121
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33
당사는 보장 공백일 때 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.						

SCAN Classic (HMO): 프레즈노 카운티, 마테라 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$35	\$85	\$47	\$121
4	비선호 약		\$90	\$250	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33
당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.						

SCAN Classic (HMO): 스타니슬라오 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$40	\$100	\$47	\$121
4	비선호 약		\$90	\$250	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33
당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.						

SCAN Classic (HMO): 앨러미다 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$37	\$91	\$47	\$121
4	비선호 약		\$90	\$250	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33
당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.						

SCAN Classic (HMO): 샌마테오 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$40	\$100	\$47	\$121
4	비선호 약		\$90	\$250	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33
당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.						

SCAN Classic (HMO): 벤추라 카운티

SCAN Options (HMO): 벤추라 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$37	\$91	\$47	\$121
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33
당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.						

SCAN Options (HMO): 산타클라라 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
2	복제약		\$0	\$0	\$17.50	\$35
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$40	\$100	\$45	\$115
4	비선호 약		\$90	\$250	\$95	\$265
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33
당사는 보장 공백일 때 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.						

SCAN Venture (HMO): 로스앤젤레스 카운티, 오렌지 카운티, 리버사이드 카운티, 샌버나디노 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$35	\$85	\$47	\$121
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33
당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.						

Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO): 샌디에이고 카운티

약 단계	단계 이름		소매				우편 주문	
			선호		표준		선호	표준
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분	100 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$9	\$18	\$0	\$18
2	복제약		\$5	\$10	\$15	\$30	\$0	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85	\$55	\$85
		기타 의약품	\$42	\$106	\$47	\$121	\$106	\$121
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280	\$265	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음	해당 사항 없음	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33	\$33	\$33

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO): 샌디에이고 카운티

약 단계	단계 이름		소매				우편 주문	
			선호		표준		선호	표준
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분	100 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$9	\$18	\$0	\$18
2	복제약		\$3	\$6	\$12	\$24	\$0	\$24
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85	\$55	\$85
		기타 의약품	\$37	\$91	\$47	\$121	\$91	\$121
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280	\$265	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음	해당 사항 없음	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33	\$33	\$33

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

Scripps Heart First offered by SCAN Health Plan (HMO C-SNP): 샌디에이고 카운티

약 단계	단계 이름		소매				우편 주문	
			선호		표준		선호	표준
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분	100 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14	\$0	\$14
2	복제약		\$5	\$10	\$12	\$24	\$0	\$24
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85	\$55	\$85
		기타 의약품	\$42	\$106	\$47	\$121	\$106	\$121
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280	\$265	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음	해당 사항 없음	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

SCAN Prime (HMO): 로스앤젤레스 카운티, 오렌지 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$12	\$24
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$35	\$85	\$47	\$121
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

SCAN Prime (HMO): 리버사이드 카운티, 샌버나디노 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$14	\$28
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$35	\$85	\$47	\$121
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

SCAN Affirm (HMO): 로스앤젤레스 카운티, 오렌지 카운티, 리버사이드 카운티, 샌디에이고 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$35	\$85	\$47	\$121
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수 약 단계		25%	해당 사항 없음	25%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

SCAN Affirm (HMO): 샌프란시스코 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
2	복제약		\$0	\$0	\$12	\$24
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$35	\$85	\$47	\$121
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수 약 단계		25%	해당 사항 없음	25%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

SCAN Balance (HMO C-SNP): 로스앤젤레스 카운티, 오렌지 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$9	\$18
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 의약품	\$30	\$70	\$35	\$85
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$0	\$0	\$0	\$0

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

SCAN Balance (HMO C-SNP): 스타니슬라오 카운티, 산타클라라 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 의약품	\$35	\$85	\$45	\$115
4	비선호 약		\$85	\$235	\$95	\$265
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$0	\$0	\$0	\$0

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

SCAN Balance (HMO C-SNP): 앨러미다 카운티, 샌마테오 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 의약품	\$40	\$100	\$47	\$121
4	비선호 약		\$90	\$250	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$0	\$0	\$0	\$0

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

SCAN Balance (HMO C-SNP): 리버사이드 카운티, 샌버나디노 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$9	\$18
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 의약품	\$30	\$70	\$35	\$85
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$0	\$0	\$0	\$0
당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.						

SCAN Balance (HMO C-SNP): 프레즈노 카운티, 마데라 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 의약품	\$35	\$85	\$47	\$121
4	비선호 약		\$90	\$250	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$0	\$0	\$0	\$0
당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.						

SCAN Balance (HMO C-SNP): 샌디에이고 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$9	\$18
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 의약품	\$30	\$70	\$35	\$85
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$0	\$0	\$0	\$0
당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.						

SCAN Balance (HMO C-SNP): 샌프란시스코 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 의약품	\$35	\$85	\$45	\$115
4	비선호 약		\$85	\$235	\$95	\$265
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$0	\$0	\$0	\$0
당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.						

SCAN Heart First (HMO C-SNP): 오렌지 카운티, 로스앤젤레스 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$9	\$18
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$35	\$85	\$47	\$121
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$0	\$0	\$0	\$0

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

SCAN Heart First (HMO C-SNP): 리버사이드 카운티, 샌버나디노 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$14	\$28
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$35	\$85	\$47	\$121
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$0	\$0	\$0	\$0

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

SCAN Heart First (HMO C-SNP): 앨러미다 카운티, 샌마테오 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$40	\$100	\$47	\$121
4	비선호 약		\$90	\$250	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$0	\$0	\$0	\$0

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

SCAN Heart First (HMO C-SNP): 산타클라라 카운티, 스타니슬라오 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$40	\$100	\$47	\$121
4	비선호 약		\$90	\$250	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$0	\$0	\$0	\$0

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

SCAN Heart First (HMO C-SNP): 프레즈노 카운티, 마테라 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$35	\$85	\$47	\$121
4	비선호 약		\$90	\$250	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$0	\$0	\$0	\$0

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

SCAN Heart First (HMO C-SNP): 샌프란시스코 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$40	\$100	\$47	\$121
4	비선호 약		\$90	\$250	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$0	\$0	\$0	\$0

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

SCAN Embrace (HMO I-SNP): 로스앤젤레스 카운티, 오렌지 카운티, 샌버나디노 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$0	\$0
2	복제약		\$0	\$0	\$0	\$0
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 의약품	\$37	\$91	\$37	\$91
4	비선호 약		\$99	\$277	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33
당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.						

SCAN Healthy at Home (HMO I-SNP): 로스앤젤레스 카운티, 오렌지 카운티, 리버사이드 카운티, 샌버나디노 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$15
2	복제약		\$0	\$0	\$12	\$36
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$126	\$47	\$141
4	비선호 약		\$95	\$285	\$100	\$300
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33
당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.						

SCAN Compass (HMO): 로스앤젤레스 카운티, 오렌지 카운티, 리버사이드 카운티, 샌버나디노 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$35	\$85	\$47	\$121
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33
당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.						

SCAN Inspired (HMO): 로스앤젤레스 카운티, 오렌지 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$12	\$24
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$35	\$85	\$47	\$121
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33
당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.						

SCAN Navigate (HMO): 로스앤젤레스 카운티, 오렌지 카운티, 리버사이드 카운티, 샌버나디노 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30 일분	100 일분	30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$35	\$85	\$47	\$121
4	비선호 약		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33	\$11	\$33
당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 2 단계(복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.						

SCAN MyChoice (HMO): 오렌지 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문	
			30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0
2	복제약		\$0	\$0
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55
		기타 의약품	\$35	\$85
4	비선호 약		\$70	\$190
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33
당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.				

SCAN MyChoice (HMO): 샌디에이고 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문	
			30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0
2	복제약		\$0	\$0
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55
		기타 의약품	\$35	\$85
4	비선호 약		\$70	\$190
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

SCAN MyChoice (HMO): 앨러미다 카운티, 샌마테오 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문	
			30 일분	100 일분
1	선호 복제약		\$0	\$0
2	복제약		\$0	\$0
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$25	\$55
		기타 의약품	\$35	\$85
4	비선호 약		\$70	\$190
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음
6	일부 케어 의약품		\$11	\$33

당사는 보장 공백일 때 1 단계(선호 복제약), 3 단계(선호 브랜드 약, 인슐린만 해당) 처방약에 추가 보장을 제공합니다. 해당 보장에 관한 자세한 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

아래 표는 가입자가 초기 보장 단계에서 당사의 네트워크 약국에서 보장되는 처방약에 대한 비용 분담금으로 지불하는 금액을 나타냅니다.

장기 요양(LTC) 약국 및 네트워크 외부 약국 비용 정보는 보장 증명서를 참고하십시오.

SCAN Strive (HMO C-SNP): 로스앤젤레스 카운티, 오렌지 카운티, 리버사이드 카운티, 샌버나디노 카운티, 샌디에이고 카운티, 벤추라 카운티, 산타클라라 카운티, 스타니슬라오 카운티, 프레즈노 카운티, 마데라 카운티

<p>'추가 지원'을 받지 않는 가입자</p> <p>소매 및 우편 주문 약국 (1 달, 2 달 또는 3 달분)</p>	<p>'추가 지원'을 받는 가입자</p> <p>소매 및 우편 주문 약국 (1 달, 2 달 또는 3 달분)</p>
<p>가입자는 57 페이지부터 시작하는 당사 의약품 목록에서 보장하는 모든 파트 D 처방약에 대해 총 약 비용의 25%를 공동보험금으로 지불합니다.</p>	<p>가입자는 57 페이지부터 시작하는 의약품 목록에서 보장하는 모든 파트 D 처방약에 대해 자기부담금 \$0 를 지불합니다.</p>
<p>가입자는 공제액을 지불하지 않았더라도 1 달분에 \$35 이상으로 지불하지 않으며 당사 플랜에서 보장하는 각 인슐린 제품 3 달분에 \$105 이상으로 지불하지 않습니다.</p> <p>대부분의 성인용 파트 D 백신은 가입자가 공제액을 지불하지 않았더라도 당사 플랜에서 무료로 보장합니다.</p>	<p>가입자는 당사 플랜에서 보장하는 각 인슐린 제품 1 개월분에서 3 개월분에 \$0 이상으로 지불하지 않습니다.</p> <p>대부분의 파트 D 백신은 당사 플랜에서 무료로 보장합니다.</p>
<p>일부 약물(예: 특수 약)은 최대 1 달분만 구입할 수 있습니다. 기간 연장 분량으로 받을 수 있는 약물을 확인하려면 57 페이지를 살펴보십시오.</p>	

SCAN Health Plan 처방집

57페이지부터 시작하는 처방집에는 SCAN Health Plan이 보장하는 의약품 보장 정보가 나와 있습니다. 의약품 목록에서 약을 찾기 어려운 경우, 94페이지부터 시작하는 색인을 살펴보십시오.

표에서 첫 번째 줄에 약 이름이 나와 있습니다. 브랜드 약은 대문자로 표기하고(예: JANUVIA), 복제약은 소문자 기울임꼴로 표기합니다(예: *metformin*).

요건/제한 줄에 나와 있는 정보에서 SCAN Health Plan에 가입자의 약 보장에 대해 특별한 요건이 있는지를 알 수 있습니다.

- [PA] 기호는 사전 허가가 적용됨을 나타냅니다.
- [B vs D] 기호는 상황에 따라 Medicare 파트 B 또는 파트 D에서 보장할 수 있는 약임을 나타냅니다. 결정을 내리기 위해 약의 용도와 배경 설명이 적힌 정보를 제출해야 할 수도 있습니다.
- [QL] 기호는 조제 분량에 제한이 있음을 나타냅니다. 분량 제한이 있는 처방집 의약품의 분량 제한 수량을 알아보려면 92페이지를 살펴보십시오.
- [LD] 기호는 제한적 유통이 적용됨을 나타냅니다. 이 처방약은 특정 약국에서만 구할 수 있습니다. 자세한 정보는 약국 명부를 참고하거나 가입자 서비스부 1-800-559-3500 번(TTY 사용자는 711 번)으로 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시에 문의해 주십시오. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지 영업시간은 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시입니다(휴일이나 영업시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준 1 일 이내에 답변을 드립니다.). 또는 www.scanhealthplan.com 을 방문해 주십시오.
- [EDS] 기호는 해당 약이 우편 주문 시 및 많은 소매 약국에서 기간 연장 분량(예: 30 일분 이상)으로 제공됨을 나타냅니다.

FORMULARY DRUGS ARRANGED BY THERAPEUTIC CLASS

치료 등급별로 배열된 처방집 의약품

Formulary ID: 24429 (Version 13)

처방집: 24429 (버전13)

Updated: 5/2024

업데이트: 5/2024

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
ANALGESICS		
Opioid Analgesics, Long-acting		
<i>fentanyl patches 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr & 100mcg/hr</i>	3	[QL] [EDS]
<i>methadone oral</i>	2	[EDS]
<i>morphine sulfate er tabs</i>	3	[QL] [EDS]
OXYCODONE ER TABS	4	[QL] [EDS]
<i>tramadol er tabs</i>	3	[QL] [EDS]
Opioid Analgesics, Short-acting		
<i>acetaminophen & codeine</i>	2	[QL] [EDS]
<i>butorphanol tartrate nasal</i>	2	[QL] [EDS]
<i>codeine sulfate</i>	2	[EDS]
<i>endocet</i>	3	[QL] [EDS]
<i>fentanyl citrate lozenges 200mcg</i>	4	[PA] [EDS]
<i>fentanyl citrate lozenges 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg & 1600mcg</i>	5	[PA]
<i>hydrocodone & acetaminophen soln 7.5-325mg/15ml</i>	2	[QL] [EDS]
<i>hydrocodone & acetaminophen tabs 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg</i>	2	[QL] [EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>hydrocodone & ibuprofen</i>	2	[QL] [EDS]
<i>hydromorphone immediate-release oral soln & tabs</i>	2	[EDS]
<i>hydromorphone inj</i>	3	[EDS]
<i>morphine sulfate oral</i>	2	[EDS]
<i>oxycodone immediate-release</i>	2	[EDS]
<i>oxycodone oral soln</i>	2	[EDS]
<i>oxycodone & acetaminophen 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg</i>	3	[QL] [EDS]
<i>tramadol tab 50mg</i>	2	[EDS]
<i>tramadol ir tab 100mg</i>	2	[QL] [EDS]
<i>tramadol & acetaminophen</i>	2	[QL] [EDS]
ANESTHETICS		
Local Anesthetics		
<i>lidocaine ointment</i>	4	[QL] [EDS]
<i>lidocaine patch</i>	3	[PA] [EDS]
<i>lidocaine topical soln</i>	2	[QL] [EDS]
<i>lidocaine & prilocaine cream</i>	3	[QL] [EDS]
<i>lidocan III</i>	3	[PA] [EDS]
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS		
Alcohol Deterrents/Anti-Craving		
<i>acamprosate calcium dr</i>	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit

[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 28.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>disulfiram</i>	2	[EDS]
Opioid Dependence		
<i>buprenorphine sublingual tabs</i>	1	[EDS]
<i>buprenorphine & naloxone sublingual film</i>	2	[EDS]
<i>buprenorphine & naloxone sublingual tabs</i>	2	[EDS]
<i>naltrexone</i>	1	[EDS]
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO	3	[EDS]
<i>naloxone inj</i>	2	[EDS]
<i>naloxone nasal</i>	2	[EDS]
Smoking Cessation Agents		
<i>bupropion sr 150mg</i>	2	[EDS]
NICOTROL INHALER	3	[EDS]
NICOTROL NASAL	3	[EDS]
<i>varenicline starting month box</i>	4	[EDS]
<i>varenicline tartrate</i>	4	[EDS]
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
<i>celecoxib</i>	2	[EDS]
<i>diclofenac potassium tab 50mg</i>	1	[EDS]
<i>diclofenac sodium dr</i>	1	[EDS]
<i>diclofenac sodium er</i>	1	[EDS]
<i>diflunisal</i>	2	[EDS]
<i>etodolac</i>	2	[EDS]
<i>etodolac er</i>	2	[EDS]
<i>ibu</i>	1	[EDS]
<i>ibuprofen</i>	1	[EDS]
<i>indomethacin er</i>	2	[EDS]
<i>indomethacin ir caps</i>	2	[EDS]
<i>ketorolac oral tabs</i>	2	[EDS]
LODINE TABS	2	[EDS]
<i>meloxicam tabs</i>	1	[EDS]
<i>nabumetone</i>	2	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg & 500mg</i>	1	[EDS]
<i>naproxen dr tabs</i>	1	[EDS]
<i>naproxen sodium ir tabs</i>	1	[EDS]
<i>piroxicam</i>	2	[EDS]
<i>sulindac</i>	2	[EDS]
ANTIBACTERIALS		
Aminoglycosides		
<i>amikacin inj</i>	2	[EDS]
<i>gentamicin cream 0.1% & oint 0.1%</i>	2	[EDS]
<i>gentamicin inj 40mg/ml</i>	2	[EDS]
<i>neomycin sulfate oral</i>	2	[EDS]
<i>streptomycin inj</i>	2	[EDS]
<i>tobramycin sulfate inj</i>	2	[EDS]
Antibacterials, Other		
<i>aztreonam inj</i>	4	[EDS]
CLEOCIN VAGINAL SUPP	3	[EDS]
<i>clindamycin oral</i>	2	[EDS]
<i>clindamycin phosphate inj</i>	2	[EDS]
<i>clindamycin phosphate/dextrose inj</i>	2	[EDS]
<i>clindamycin vaginal cream</i>	2	[EDS]
<i>colistimethate inj</i>	2	[EDS]
<i>daptomycin inj</i>	5	
<i>fosfomycin pack</i>	4	[EDS]
<i>linezolid inj</i>	4	[EDS]
<i>linezolid oral susp and tabs</i>	4	[EDS]
<i>methenamine hippurate</i>	2	[EDS]
<i>metronidazole inj</i>	2	[EDS]
<i>metronidazole oral</i>	2	[EDS]
<i>metronidazole topical</i>	3	[EDS]

[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] = 기간 연장 분량
56 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>metronidazole vaginal gel</i>	2	[EDS]
<i>nitrofurantoin caps</i>	2	[EDS]
SIVEXTRO TABS & INJ	5	
<i>tigecycline inj</i>	5	
<i>trimethoprim</i>	2	[EDS]
<i>vancomycin caps</i>	4	[EDS]
<i>vancomycin inj 500mg, 750mg, 1gm & 10gm</i>	3	[EDS]
<i>vancomycin oral soln 250mg/5ml</i>	4	[EDS]
<i>vandazole</i>	2	[EDS]
XIFAXAN TABS 200MG	3	[PA] [EDS]
XIFAXAN TABS 550MG	5	[PA]
Beta-lactam, Cephalosporins		
<i>cefaclor</i>	2	[EDS]
<i>cefaclor er</i>	2	[EDS]
<i>cefadroxil caps & tabs</i>	2	[EDS]
<i>cefazolin inj</i>	2	[EDS]
<i>cefdinir</i>	2	[EDS]
<i>cefepime inj</i>	2	[EDS]
<i>cefixime caps</i>	3	[EDS]
<i>cefixime susp</i>	4	[EDS]
<i>cefoxitin sodium</i>	2	[EDS]
<i>cefpodoxime tabs</i>	2	[EDS]
<i>cefprozil</i>	2	[EDS]
<i>ceftazidime inj</i>	2	[EDS]
<i>ceftriaxone inj</i>	2	[EDS]
<i>cefuroxime oral</i>	2	[EDS]
<i>cefuroxime inj</i>	2	[EDS]
<i>cephalexin caps & tabs 250mg & 500mg</i>	1	[EDS]
<i>cephalexin oral susp</i>	1	[EDS]
<i>tazicef inj</i>	2	[EDS]
TEFLARO INJ	5	
ZERBAXA INJ	5	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Beta-lactam, Penicillins		
<i>amoxicillin</i>	1	[EDS]
<i>amoxicillin & clavulanate potassium</i>	2	[EDS]
<i>amoxicillin & clavulanate potassium er</i>	2	[EDS]
<i>ampicillin inj</i>	2	[EDS]
<i>ampicillin oral</i>	2	[EDS]
<i>ampicillin & sulbactam inj 10-5gm, 2-1gm & 1-0.5gm</i>	2	[EDS]
BICILLIN L-A INJ	4	[EDS]
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	[EDS]
<i>naftillin sodium inj</i>	4	[EDS]
<i>penicillin g inj 5 million units & 20 million units</i>	2	[EDS]
<i>penicillin v potassium</i>	2	[EDS]
<i>piperacillin/tazobactam inj</i>	3	[EDS]
ZOSYN INJ	4	[EDS]
Carbapenems		
<i>cilastatin/imipenem inj</i>	2	[EDS]
<i>ertapenem inj</i>	4	[EDS]
<i>meropenem inj</i>	4	[EDS]
Macrolides		
<i>azithromycin tabs & oral susp bottle</i>	2	[EDS]
<i>azithromycin inj</i>	2	[EDS]
<i>clarithromycin</i>	2	[EDS]
<i>clarithromycin er</i>	2	[EDS]
DIFICID	5	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INJ	4	[EDS]
<i>erythrocin stearate</i>	3	[EDS]
<i>erythromycin caps & tabs</i>	3	[EDS]
<i>erythromycin dr</i>	3	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit

[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 28.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Quinolones		
<i>ciprofloxacin in d5w inj</i>	2	[EDS]
<i>ciprofloxacin tabs immediate-release 250mg, 500mg & 750mg</i>	1	[EDS]
<i>levofloxacin in d5w inj</i>	2	[EDS]
<i>levofloxacin oral soln</i>	2	[EDS]
<i>levofloxacin tabs</i>	1	[EDS]
<i>moxifloxacin inj</i>	4	[EDS]
<i>moxifloxacin oral</i>	2	[EDS]
<i>ofloxacin oral</i>	2	[EDS]
Sulfonamides		
<i>sulfacetamide sodium topical lotion 10%</i>	2	[EDS]
<i>sulfadiazine tabs</i>	4	[EDS]
<i>sulfamethoxazole & trimethoprim tabs</i>	1	[EDS]
<i>sulfamethoxazole & trimethoprim ds tabs</i>	1	[EDS]
<i>sulfamethoxazole & trimethoprim oral susp</i>	2	[EDS]
Tetracyclines		
<i>demeclocycline</i>	4	[EDS]
<i>doxy 100 inj</i>	2	[EDS]
<i>doxycycline immediate-release tabs, caps & oral susp</i>	2	[EDS]
<i>minocycline ir</i>	2	[EDS]
<i>tetracycline</i>	3	[EDS]
ANTICONVULSANTS		
Anticonvulsants, Other		
BRIVIACT ORAL SOLN	4	[EDS]
BRIVIACT TABS	5	
EPIDIOLEX	5	[PA] [LD]
EPRONTIA	4	[EDS]
<i>felbamate tabs 400mg</i>	2	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>felbamate tabs 600mg</i>	4	[EDS]
<i>felbamate oral susp 600mg/5ml</i>	5	
FINTEPLA	5	[PA] [LD]
FYCOMPA	4	[EDS]
<i>levetiracetam er</i>	2	[EDS]
<i>levetiracetam oral</i>	2	[EDS]
NAYZILAM	4	[EDS]
<i>roweepra 500mg</i>	2	[EDS]
SPRITAM	4	[EDS]
<i>valproic acid oral caps & soln</i>	2	[EDS]
XCOPRI TABS	5	
XCOPRI MAINTENANCE PACK	5	
XCOPRI TITRATION PACK 12.5-25MG	4	[EDS]
XCOPRI TITRATION PACK 50-100MG, & 150-200MG	5	
ZTALMY SUSP	5	[LD]
Calcium Channel Modifying Agents		
CELONTIN	4	[EDS]
<i>ethosuximide</i>	2	[EDS]
<i>methsuximide</i>	4	[EDS]
Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Augmenting Agents		
<i>clobazam</i>	4	[EDS]
<i>clonazepam</i>	2	[EDS]
<i>clonazepam odt</i>	2	[EDS]
DIACOMIT	5	[PA]
DIAZEPAM RECTAL GEL	3	[EDS]
<i>divalproex sodium dr</i>	2	[EDS]
<i>divalproex sodium er</i>	2	[EDS]
<i>gabapentin caps, ir tabs & oral soln</i>	2	[EDS]
<i>phenobarbital elixir & tabs</i>	2	[EDS]

[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] = 기간 연장 분량
56 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>pregabalin</i>	2	[EDS]
<i>primidone tabs 50mg & 250mg</i>	2	[EDS]
PRIMIDONE TABS 125MG	3	[EDS]
SYMPAZAN 5MG	4	[EDS]
SYMPAZAN 10MG & 20MG	5	
<i>tiagabine</i>	4	[EDS]
VALTOCO	4	[EDS]
<i>vigabatrin</i>	5	[LD]
<i>vigadrone</i>	5	[LD]
<i>vigoder</i>	5	[LD]
Sodium Channel Agents		
APTIOM	5	
<i>carbamazepine tabs, chewable tabs & oral susp</i>	2	[EDS]
<i>carbamazepine er tabs & caps</i>	3	[EDS]
DILANTIN CAPS	3	[EDS]
DILANTIN INFATABS	3	[EDS]
DILANTIN SUSP	3	[EDS]
<i>epitol</i>	2	[EDS]
<i>lacosamide oral</i>	4	[EDS]
<i>oxcarbazepine tabs</i>	2	[EDS]
<i>oxcarbazepine susp</i>	4	[EDS]
<i>phenytek</i>	2	[EDS]
<i>phenytoin suspension & chewable tabs</i>	2	[EDS]
<i>phenytoin er</i>	2	[EDS]
<i>phenytoin oral susp</i>	2	[EDS]
<i>rufinamide</i>	4	[EDS]
TEGRETOL	3	[EDS]
TEGRETOL XR	3	[EDS]
TRILEPTAL	4	[EDS]
ZONISADE	4	[EDS]
<i>zonisamide</i>	2	[EDS]
ANTIDEMENTIA AGENTS		
Antidementia Agents, Other		
<i>ergoloid mesylates</i>	3	[PA] [EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Cholinesterase Inhibitors		
<i>donepezil tabs 5mg & 10mg</i>	2	[EDS]
<i>donepezil odt</i>	2	[EDS]
<i>galantamine tabs</i>	2	[EDS]
<i>galantamine er caps</i>	2	[EDS]
<i>galantamine soln</i>	4	[EDS]
<i>rivastigmine caps</i>	3	[EDS]
<i>rivastigmine patches</i>	4	[EDS]
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonists		
<i>memantine hcl immediate release</i>	2	[EDS]
<i>memantine hcl soln</i>	2	[EDS]
<i>memantine hcl titration pack</i>	2	[EDS]
ANTIDEPRESSANTS		
Antidepressants, Other		
AUVELITY	5	
<i>bupropion hcl tabs</i>	2	[EDS]
<i>bupropion sr</i>	2	[EDS]
<i>bupropion xl 150mg & 300mg</i>	2	[EDS]
<i>bupropion xl 450mg</i>	3	[EDS]
FORFIVO XL	3	[EDS]
<i>mirtazapine</i>	1	[EDS]
<i>mirtazapine odt</i>	1	[EDS]
<i>nefazodone</i>	2	[EDS]
<i>perphenazine & amitriptyline</i>	2	[EDS]
<i>trazodone</i>	1	[EDS]
TRINTELLIX	4	[EDS]
ZURZUVAE	5	[PA]
Monoamine Oxidase Inhibitors		
EMSAM	5	
MARPLAN	4	[EDS]
<i>phenelzine</i>	2	[EDS]
<i>tranylcypromine</i>	4	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit

[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 28.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin & Norepinephrine Reuptake Inhibitors)		
<i>citalopram tabs</i>	1	[EDS]
<i>citalopram oral soln</i>	2	[EDS]
DESVENLAFAXINE ER	4	[EDS]
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	3	[EDS]
<i>escitalopram</i>	2	[EDS]
FETZIMA	4	[EDS]
FETZIMA TITRATION PACK	4	[EDS]
<i>fluoxetine hcl caps 10mg, 20mg & 40mg</i>	2	[EDS]
<i>fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg</i>	2	[EDS]
<i>fluoxetine hcl oral soln</i>	2	[EDS]
<i>fluvoxamine</i>	2	[EDS]
<i>fluvoxamine er</i>	4	[EDS]
<i>paroxetine hcl ir tabs</i>	1	[EDS]
<i>paroxetine hcl er</i>	2	[EDS]
<i>paroxetine hcl susp</i>	4	[EDS]
<i>sertraline tabs</i>	1	[EDS]
<i>sertraline oral soln</i>	2	[EDS]
VENLAFAXINE BESYLATE ER TAB 112.5MG	4	[EDS]
<i>venlafaxine ir tabs</i>	2	[EDS]
<i>venlafaxine hcl er tabs</i>	3	[EDS]
<i>venlafaxine hcl er caps</i>	2	[EDS]
<i>vilazodone</i>	3	[EDS]
Tricyclics		
<i>amitriptyline</i>	2	[EDS]
<i>amoxapine</i>	2	[EDS]
<i>clomipramine</i>	4	[EDS]
<i>desipramine</i>	2	[EDS]
<i>doxepin caps</i>	2	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>doxepin oral soln</i>	2	[EDS]
<i>imipramine hcl tabs</i>	2	[EDS]
<i>nortriptyline</i>	2	[EDS]
<i>protriptyline</i>	3	[EDS]
<i>trimipramine maleate</i>	2	[EDS]
ANTIEMETICS		
Antiemetics, Other		
<i>compro</i>	2	[EDS]
<i>meclizine</i>	2	[EDS]
<i>prochlorperazine oral</i>	2	[EDS]
<i>prochlorperazine suppositories</i>	2	[EDS]
<i>promethazine suppositories</i>	3	[EDS]
<i>promethazine syrup</i>	2	[EDS]
<i>promethazine tabs</i>	2	[EDS]
<i>promethegan</i>	3	[EDS]
<i>scopolamine patch</i>	3	[EDS]
Emetogenic Therapy Adjuncts		
<i>aprepitant caps 80mg & 125mg</i>	4	[PA] [EDS]
<i>aprepitant pack</i>	4	[PA] [EDS]
<i>dronabinol</i>	4	[PA] [EDS]
<i>granisetron oral</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>ondansetron odt</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>ondansetron oral soln</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>ondansetron tabs 4mg & 8mg</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
ANTIFUNGALS		
Antifungals		
ABELCET INJ	4	[PA] [B vs D] [EDS]
AMBISOME INJ	5	[PA] [B vs D]
<i>amphotericin b inj</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>amphotericin b liposome inj</i>	5	[PA] [B vs D]
<i>casprofungin inj 50mg</i>	5	

[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] = 기간 연장 분량

56 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>casposfungin inj 70mg</i>	4	[EDS]
<i>clotrimazole cream 1%</i>	2	[EDS]
<i>clotrimazole topical soln 1%</i>	2	[EDS]
<i>clotrimazole troche</i>	2	[EDS]
CRESEMBA ORAL	5	[PA]
<i>econazole nitrate</i>	4	[EDS]
<i>fluconazole in sodium chloride inj</i>	2	[EDS]
<i>fluconazole oral</i>	2	[EDS]
<i>flucytosine</i>	5	
<i>griseofulvin microsize</i>	2	[EDS]
<i>itraconazole</i>	4	[EDS]
<i>ketoconazole cream, shampoo & tabs</i>	2	[EDS]
<i>nyamyc</i>	2	[EDS]
<i>nystatin</i>	2	[EDS]
<i>nystop</i>	2	[EDS]
<i>posaconazole dr tabs</i>	5	[PA]
<i>posaconazole suspension</i>	4	[PA] [EDS]
<i>terbinafine</i>	2	[EDS]
<i>terconazole</i>	2	[EDS]
<i>voriconazole inj</i>	5	[PA]
<i>voriconazole oral suspension</i>	5	
<i>voriconazole tabs</i>	4	[EDS]
ANTIGOUT AGENTS		
Antigout Agents		
<i>allopurinol tabs 100mg & 300mg</i>	1	[EDS]
COLCHICINE CAPS	4	[EDS]
<i>colchicine tabs</i>	3	[EDS]
<i>febuxostat</i>	3	[EDS]
<i>probenecid</i>	2	[EDS]
<i>probenecid & colchicine</i>	2	[EDS]
ANTIMIGRAINE AGENTS		
Antimigraine Agents, Other		
UBRELVY	3	[PA] [EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Ergot Alkaloids		
<i>caffeine-ergotamine</i>	3	[EDS]
<i>dihydroergotamine mesylate nasal</i>	5	
<i>migergot suppository</i>	4	[EDS]
Prophylactic		
AIMOVIG INJ	3	[PA] [EDS]
EMGALITY INJ	3	[PA] [EDS]
NURTEC ODT	3	[PA] [EDS]
QULIPTA TABS	3	[PA] [EDS]
<i>topiramate immediate-release</i>	2	[EDS]
Serotonin (5-HT) Receptor Agonist		
<i>naratriptan</i>	2	[EDS]
<i>rizatriptan</i>	2	[EDS]
<i>rizatriptan odt</i>	2	[EDS]
<i>sumatriptan nasal</i>	4	[EDS]
<i>sumatriptan succinate inj</i>	4	[EDS]
<i>sumatriptan succinate tabs</i>	2	[EDS]
<i>zolmitriptan nasal soln 5mg</i>	4	[EDS]
<i>zolmitriptan tabs</i>	3	[EDS]
<i>zolmitriptan odt</i>	3	[EDS]
ZOMIG NASAL 2.5MG	4	[EDS]
ANTIMYASTHENIC AGENTS		
Parasympathomimetics		
<i>pyridostigmine soln</i>	4	[EDS]
<i>pyridostigmine tabs 60mg</i>	3	[EDS]
<i>pyridostigmine er tabs 180mg</i>	4	[EDS]
ANTIMYCOBACTERIALS		
Antimycobacterials, Other		
<i>dapsone tabs</i>	3	[EDS]
<i>rifabutin</i>	4	[EDS]
Antituberculars		
<i>ethambutol</i>	2	[EDS]
<i>isoniazid</i>	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit

[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 28.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
PRIFTIN	4	[EDS]
<i>pyrazinamide</i>	2	[EDS]
<i>rifampin oral and inj</i>	2	[EDS]
<i>rifampin inj</i>	2	[EDS]
SIRTURO	5	
TRECTOR	4	[EDS]
ANTINEOPLASTICS		
Alkylating Agents		
<i>cyclophosphamide</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]
GLEOSTINE	4	[EDS]
LEUKERAN	4	[EDS]
MATULANE	5	
VALCHLOR	5	[PA]
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate</i>	5	[PA]
<i>bicalutamide</i>	2	[EDS]
ERLEADA	5	[PA]
<i>nilutamide</i>	5	
NUBEQA	5	[PA] [LD]
XTANDI	5	[PA]
YONSA	5	[PA]
Antiangiogenic Agents		
FOTIVDA	5	[PA] [LD]
<i>lenalidomide</i>	5	[PA] [LD]
POMALYST	5	[PA] [LD]
QINLOCK	5	[PA] [LD]
TABRECTA	5	[PA]
THALOMID	5	[PA]
Antiestrogens/Modifiers		
SOLTAMOX	3	[EDS]
<i>tamoxifen</i>	2	[EDS]
<i>toremifene citrate</i>	5	
Antimetabolites		
<i>hydroxyurea</i>	2	[EDS]
<i>mercaptopurine</i>	2	[EDS]
PURIXAN	5	
TABLOID	4	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Antineoplastics, Other		
AKEEGA	5	[PA] [LD]
BESREMI INJ	5	[PA] [LD]
GAVRETO	5	[PA] [LD]
IDHIFA	5	[PA] [LD]
INREBIC	5	[PA] [LD]
IWILFIN	5	[PA] [LD]
KRAZATI	5	[PA]
LONSURF	5	[PA]
LUMAKRAS	5	[PA]
LYTGOBI TABS	5	[PA] [LD]
NINLARO	5	[PA]
ONUREG	5	[PA]
ORSERDU TABS	5	[PA]
PEMAZYRE	5	[PA] [LD]
RETEVMO	5	[PA] [LD]
ROZLYTREK	5	[PA]
TAZVERIK	5	[PA] [LD]
TUKYSA	5	[PA] [LD]
VONJO	5	[PA]
XPOVIO	5	[PA] [LD]
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
<i>anastrozole</i>	2	[EDS]
<i>exemestane</i>	3	[EDS]
<i>letrozole</i>	2	[EDS]
Enzyme Inhibitors		
BALVERSA	5	[PA]
ZOLINZA	5	[PA]
Molecular Target Inhibitors		
AUGTYRO	5	[PA]
ALECENSA	5	[PA]
ALUNBRIG	5	[PA]
ALUNBRIG INITIATION PACK	5	[PA]
AYVAKIT	5	[PA] [LD]
BOSULIF	5	[PA]
BRAFTOVI	5	[PA] [LD]
BRUKINSA	5	[PA] [LD]
CABOMETYX	5	[PA]

[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] = 기간 연장 분량
56 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
CALQUENCE	5	[PA] [LD]
CAPRELSA	5	[PA]
COMETRIQ	5	[PA]
COPIKTRA	5	[PA] [LD]
COTELLIC	5	[PA]
DAURISMO	5	[PA]
ERIVEDGE	5	[PA]
<i>erlotinib</i>	5	[PA]
<i>everolimus tabs 2.5mg, 5mg, 7.5mg & 10mg</i>	5	[PA]
<i>everolimus tabs for suspension 2mg, 3mg & 5mg</i>	5	[PA]
EXKIVITY	5	[PA] [LD]
FRUZAQLA	5	[PA]
<i>gefitinib</i>	5	[PA]
GILOTRIF	5	[PA]
IBRANCE	5	[PA]
ICLUSIG	5	[PA]
<i>imatinib</i>	5	[PA]
IMBRUVICA	5	[PA]
INLYTA	5	[PA]
INQOVI	5	[PA]
IRESSA	5	[PA]
JAKAFI	5	[PA]
JAYPIRCA TABS	5	[PA]
KISQALI	5	[PA]
KISQALI FEMARA CO-PACK	5	[PA]
<i>lapatinib</i>	5	[PA]
LENVIMA	5	[PA]
LORBRENA	5	[PA]
LYNPARZA	5	[PA]
MEKINIST	5	[PA]
MEKTOVI	5	[PA] [LD]
NERLYNX	5	[PA] [LD]
ODOMZO	5	[PA]
OJJAARA	5	[PA]
<i>pazopanib</i>	5	[PA]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
PIQRAY	5	[PA]
REZLIDHIA CAPS	5	[PA]
RUBRACA	5	[PA] [LD]
RYDAPT	5	[PA]
SCEMBLIX	5	[PA]
<i>sorafenib</i>	5	[PA]
SPRYCEL	5	[PA]
STIVARGA	5	[PA]
<i>sunitinib malate</i>	5	[PA]
TAFINLAR	5	[PA]
TAGRISSE	5	[PA]
TALZENNA	5	[PA]
TASIGNA	5	[PA]
TEPMETKO	5	[PA] [LD]
TIBSOVO	5	[PA]
TRUQAP	5	[PA]
TURALIO	5	[PA] [LD]
VENCLEXTA TABS 10MG & 50MG	3	[PA] [EDS]
VENCLEXTA TABS 100MG	5	[PA]
VENCLEXTA STARTING PACK	5	[PA]
VERZENIO	5	[PA] [LD]
VITRAKVI	5	[PA] [LD]
VIZIMPRO	5	[PA]
VOTRIENT	5	[PA]
WELIREG	5	[PA] [LD]
XALKORI	5	[PA]
XOSPATA	5	[PA] [LD]
VANFLYTA	5	[PA]
ZEJULA	5	[PA] [LD]
ZELBORAF	5	[PA]
ZYDELIG	5	[PA]
ZYKADIA TABS	5	[PA]
Retinoids		
<i>bexarotene</i>	5	[PA]
PANRETIN	5	
<i>tretinoin caps</i>	5	

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit

[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 28.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Treatment Adjuncts		
<i>leucovorin oral</i>	2	[EDS]
MESNEX TABS	4	[EDS]
ANTIPARASITICS		
Anthelmintics		
<i>albendazole</i>	4	[EDS]
<i>ivermectin tabs</i>	2	[EDS]
Antiprotozoals		
<i>atovaquone susp</i>	4	[EDS]
<i>atovaquone/proguanil</i>	2	[EDS]
<i>chloroquine</i>	2	[EDS]
COARTEM	3	[EDS]
<i>hydroxychloroquine tab 200mg</i>	2	[EDS]
<i>mefloquine</i>	2	[EDS]
NEBUPENT NEBULIZER	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>nitazoxanide</i>	5	
<i>pentamidine inhalation soln</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>pentamidine inj</i>	4	[EDS]
PRIMAQUINE	3	[EDS]
<i>pyrimethamine</i>	5	[PA]
<i>quinine sulfate caps</i>	3	[PA] [EDS]
ANTIPARKINSON AGENTS		
Anticholinergics		
<i>benztropine tabs</i>	2	[EDS]
<i>trihexyphenidyl elixir & tabs</i>	2	[EDS]
Antiparkinson Agents, Other		
<i>amantadine</i>	2	[EDS]
<i>carbidopa & levodopa & entacapone</i>	4	[EDS]
<i>entacapone</i>	4	[EDS]
Dopamine Agonists		
<i>apomorphine hydrochloride inj</i>	5	[PA]
<i>bromocriptine</i>	2	[EDS]
NEUPRO PATCH	4	[EDS]
<i>pramipexole ir</i>	2	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>ropinirole ir</i>	2	[EDS]
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
<i>carbidopa</i>	4	[EDS]
<i>carbidopa & levodopa ir, er, odt</i>	2	[EDS]
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors		
<i>rasagiline</i>	4	[EDS]
<i>selegiline</i>	2	[EDS]
ANTIPSYCHOTICS		
1st Generation/Typical		
<i>chlorpromazine oral</i>	4	[EDS]
<i>fluphenazine oral</i>	2	[EDS]
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	2	[EDS]
<i>fluphenazine inj</i>	2	[EDS]
<i>haloperidol oral</i>	2	[EDS]
<i>haloperidol decanoate inj</i>	2	[EDS]
<i>haloperidol lactate inj</i>	2	[EDS]
<i>loxapine</i>	2	[EDS]
<i>molindone</i>	2	[EDS]
<i>perphenazine</i>	2	[EDS]
<i>pimozide</i>	2	[EDS]
<i>thioridazine</i>	2	[EDS]
<i>thiothixene</i>	2	[EDS]
<i>trifluoperazine</i>	2	[EDS]
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY ASIMTUFII INJ	5	
ABILIFY MAINTENA INJ	5	
<i>aripiprazole odt</i>	5	
<i>aripiprazole soln</i>	3	[EDS]
<i>aripiprazole tabs</i>	3	[EDS]
ARISTADA INJ	5	
ARISTADA INITIO INJ	4	[EDS]
<i>asenapine maleate sublingual</i>	4	[EDS]

[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] = 기간 연장 분량
56 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
CAPLYTA	5	
FANAPT	4	[EDS]
FANAPT TITRATION PACK	4	[EDS]
INVEGA HAFYERA INJ	5	
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG	4	[EDS]
INVEGA SUSTENNA INJ 78MG, 117MG, 156MG & 234MG	5	
INVEGA TRINZA INJ	5	
<i>lurasidone hcl tabs</i>	5	
LYBALVI	5	[PA]
NUPLAZID	5	[PA]
<i>olanzapine inj, tabs & odt tabs</i>	2	[EDS]
<i>paliperidone er tabs</i>	4	[EDS]
PERSERIS INJ	5	
<i>quetiapine fumarate 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg & 400mg tabs</i>	2	[EDS]
QUETIAPINE FUMARATE 150MG TABS	3	[EDS]
<i>quetiapine er tabs</i>	3	[EDS]
REXULTI	5	
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG & 25MG	4	[EDS]
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG & 50MG	5	
<i>risperidone</i>	2	[EDS]
<i>risperidone er inj 12.5mg & 25mg</i>	4	[EDS]
<i>risperidone er inj 37.5mg & 50mg</i>	5	
<i>risperidone odt</i>	2	[EDS]
SECUADO	5	[PA]
SEROQUEL XR	4	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
UZEDY INJ	5	
VRAYLAR CAPSULES	5	
VRAYLAR DOSE PACK	4	[EDS]
<i>ziprasidone inj</i>	3	[EDS]
<i>ziprasidone oral</i>	2	[EDS]
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	4	[EDS]
Treatment-Resistant		
<i>clozapine</i>	2	[EDS]
<i>clozapine odt</i>	4	[EDS]
VERSACLOZ	5	
ANTISPASTICITY AGENTS		
Antispasticity Agents		
<i>baclofen tabs</i>	2	[EDS]
<i>tizanidine caps</i>	3	[EDS]
<i>tizanidine tabs</i>	2	[EDS]
ANTIVIRALS		
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
PREVYMIS	5	[PA]
<i>valganciclovir</i>	3	[EDS]
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	[EDS]
BARACLUDE ORAL SOLN 0.05MG/ML	4	[EDS]
<i>entecavir tabs</i>	4	[EDS]
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	3	[EDS]
VEMLIDY	5	
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
EPCLUSA	5	[PA]
HARVONI	5	[PA]
LEDIPASVIR/ SOFOSBUVIR	5	[PA]
<i>ribavirin</i>	3	[EDS]
SOFOSBUVIR/ VELPATASVIR	5	[PA]
VOSEVI	5	[PA]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit

[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 28.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Antitherpetic Agents		
<i>acyclovir caps & tabs</i>	2	[EDS]
<i>acyclovir inj</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>acyclovir oral susp</i>	4	[EDS]
<i>famciclovir</i>	2	[EDS]
<i>valacyclovir</i>	2	[EDS]
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)		
BIKTARVY	5	
DOVATO	5	
GENVOYA	5	
ISENTRESS CHEW TABS 25MG	3	[EDS]
ISENTRESS 100MG CHEW TABS	5	
ISENTRESS ORAL POWDER	5	
ISENTRESS TABS	5	
ISENTRESS HD TABS	5	
JULUCA	5	
STRIBILD	5	
TIVICAY TAB 10MG	4	[EDS]
TIVICAY TABS 25MG & 50MG	5	
TIVICAY PD	4	[EDS]
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)		
COMPLERA	5	
DELSTRIGO	5	
EDURANT	5	
<i>efavirenz caps & tabs</i>	4	[EDS]
<i>efavirenz & emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs</i>	5	
<i>efavirenz & lamivudine & tenofovir disoproxil fumarate tabs</i>	5	
<i>etravirine tabs 100mg</i>	4	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>etravirine tabs 200mg</i>	5	
INTELENCE TAB 25MG	4	[EDS]
<i>nevirapine er</i>	2	[EDS]
<i>nevirapine susp & tabs</i>	2	[EDS]
ODEFSEY	5	
PIFELTRO	5	
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)		
<i>abacavir soln & tabs</i>	4	[EDS]
<i>abacavir & lamivudine</i>	4	[EDS]
CIMDUO	5	
DESCOVY	5	
<i>emtricitabine caps 200mg</i>	4	[EDS]
<i>emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg-300mg</i>	4	[EDS]
<i>emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg-150mg, 133mcg-200mg & 167mg-250mg</i>	5	
EMTRIVA SOLN	4	[EDS]
<i>lamivudine tabs 150mg & 300mg</i>	3	[EDS]
<i>lamivudine soln</i>	2	[EDS]
<i>lamivudine & zidovudine</i>	3	[EDS]
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	[EDS]
TRIUMEQ	5	
TRIUMEQ PD	5	
TRIZIVIR	5	

[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] = 기간 연장 분량
56 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
VIREAD TABS 150MG, 200MG & 250MG	5	
VIREAD POWDER	4	[EDS]
<i>zidovudine</i>	2	[EDS]
Anti-HIV Agents, Other		
FUZEON INJ	3	[EDS]
<i>maraviroc</i>	5	
RUKOBIA	5	
SELZENTRY SOLN	3	[EDS]
SELZENTRY 25MG & 75MG	3	[EDS]
SUNLENCA	5	
TYBOST	3	[EDS]
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)		
APTIVUS CAPS	5	
<i>atazanavir sulfate caps</i>	4	[EDS]
<i>darunavir tab 600mg</i>	4	[EDS]
<i>darunavir tab 800mg</i>	5	
EVOTAZ	5	
<i>fosamprenavir tabs</i>	5	
LEXIVA ORAL SUSP	4	[EDS]
<i>lopinavir & ritonavir</i>	4	[EDS]
NORVIR POWDER	3	[EDS]
PREZCOBIX	5	
PREZISTA SUSP 100MG/ML	4	[EDS]
PREZISTA TABS 75MG & 150MG	4	[EDS]
PREZISTA TABS 600MG & 800MG	5	
REYATAZ ORAL POWDER	5	
<i>ritonavir tabs</i>	3	[EDS]
SYMTUZA	5	
VIRACEPT	5	
Anti-influenza Agents		
<i>oseltamivir caps</i>	2	[EDS]
<i>oseltamivir susp</i>	3	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
RELENZA DISKHALER	3	[EDS]
<i>rimantadine</i>	2	[EDS]
XOFLUZA	4	[EDS]
ANXIOLYTICS		
Anxiolytics, Other		
<i>bupirone</i>	2	[EDS]
<i>meprobamate</i>	4	[EDS]
Benzodiazepines		
<i>alprazolam ir tabs</i>	2	[EDS]
<i>alprazolam er tabs</i>	2	[EDS]
<i>alprazolam soln</i>	2	[EDS]
<i>clorazepate</i>	2	[EDS]
<i>diazepam soln & tabs</i>	2	[EDS]
<i>lorazepam soln & tabs</i>	2	[EDS]
<i>oxazepam</i>	3	[EDS]
BIPOLAR AGENTS		
Mood Stabilizers		
<i>lamotrigine odt</i>	4	[EDS]
<i>lamotrigine odt kit</i>	4	[EDS]
<i>lamotrigine chewable tabs</i>	2	[EDS]
<i>lamotrigine immediate-release tabs</i>	2	[EDS]
<i>lamotrigine starter kit</i>	4	[EDS]
<i>lamotrigine titration kit</i>	4	[EDS]
<i>lithium carbonate</i>	2	[EDS]
<i>lithium carbonate er</i>	2	[EDS]
<i>lithium citrate oral soln</i>	2	[EDS]
<i>subvenite starter kit</i>	4	[EDS]
<i>subvenite tabs</i>	2	[EDS]
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
Antidiabetic Agents		
<i>acarbose</i>	2	[EDS]
BYDUREON BCISE INJ	3	[EDS]
BYETTA INJ	3	[EDS]
CYCLOSET	3	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit

[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 28.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
FARXIGA	6	[EDS]
<i>glimepiride</i>	1	[EDS]
<i>glimepiride & pioglitazone</i>	2	[EDS]
<i>glipizide er</i>	1	[EDS]
<i>glipizide tabs 5mg & 10mg</i>	1	[EDS]
<i>glipizide & metformin tabs</i>	1	[EDS]
GLYXAMBI	6	[EDS]
JANUMET	6	[EDS]
JANUMET XR	6	[EDS]
JANUVIA	6	[EDS]
JARDIANCE	6	[EDS]
JENTADUETO	6	[EDS]
JENTADUETO XR	6	[EDS]
<i>metformin tabs</i>	1	[EDS]
<i>metformin er uncoated tabs 500mg & 750mg</i>	1	[EDS]
MOUNJARO INJ	3	[EDS]
<i>nateglinide</i>	2	[EDS]
OZEMPIC INJ	3	[EDS]
<i>pioglitazone</i>	1	[EDS]
<i>pioglitazone & metformin</i>	2	[EDS]
<i>repaglinide</i>	2	[EDS]
RYBELSUS	3	[EDS]
SYMLINPEN INJ	5	
SYNJARDY	6	[EDS]
SYNJARDY XR	6	[EDS]
TRADJENTA	6	[EDS]
TRIJARDY XR	6	[EDS]
TRULICITY INJ	3	[EDS]
VICTOZA INJ	3	[EDS]
XIGDUO XR	6	[EDS]
Glycemic Agents		
BAQSIMI	3	[EDS]
<i>diazoxide</i>	4	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
GLUCAGEN HYPOKIT INJ	3	[EDS]
GLUCAGON EMERGENCY KIT INJ	3	[EDS]
GVOKE INJ	3	[EDS]
ZEGALOGUE INJ	3	[EDS]
Insulins		
HUMALOG CARTRIDGE INJ	3	[EDS]
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ	3	[EDS]
HUMALOG KWIKPEN INJ	3	[EDS]
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ	3	[EDS]
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ	3	[EDS]
HUMALOG MIX 75/25 VIAL INJ	3	[EDS]
HUMALOG VIAL INJ	3	[EDS]
HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ	3	[EDS]
HUMULIN 70/30 VIAL INJ	3	[EDS]
HUMULIN N KWIKPEN INJ	3	[EDS]
HUMULIN N VIAL INJ	3	[EDS]
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) KWIKPEN INJ	3	[EDS]
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) VIAL INJ	3	[EDS]
HUMULIN R VIAL INJ	3	[EDS]
INSULIN GLARGINE VIAL INJ 100UNIT/ML	3	[EDS]
INSULIN GLARGINE SOLOSTAR INJ 100UNIT/ML	3	[EDS]

[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] = 기간 연장 분량
56 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
INSULIN LISPRO VIAL INJ	3	[EDS]
LANTUS SOLOSTAR PEN INJ	3	[EDS]
LANTUS VIAL INJ	3	[EDS]
LEVEMIR VIAL INJ	3	[EDS]
LEVEMIR FLEXPEN INJ	3	[EDS]
LYUMJEV VIAL INJ	3	[EDS]
LYUMJEV KWIKPEN INJ	3	[EDS]
SOLIQUA INJ	3	[EDS]
TOUJEO SOLOSTAR INJ	3	[EDS]
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJ	3	[EDS]
TRESIBA VIAL INJ	3	[EDS]
TRESIBA FLEXTOUCH INJ	3	[EDS]
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
Anticoagulants		
<i>dabigatran etexilate</i>	4	[EDS]
ELIQUIS STARTER PACK & TABS	6	[EDS]
<i>enoxaparin inj syringe</i>	4	[EDS]
<i>fondaparinux inj 2.5mg/0.5ml & 5mg/0.4ml</i>	4	[EDS]
<i>fondaparinux inj 7.5mg/0.6ml & 10mg/0.8ml</i>	5	
<i>heparin inj vials 1000u/ml, 5000u/ml, 10000u/ml & 20000u/ml</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>jantoven</i>	1	[EDS]
<i>warfarin</i>	1	[EDS]
XARELTO ORAL SUSP TABS & STARTER PACK	6	[EDS]
XARELTO STARTER PACK	6	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Blood Products and Modifiers, Other		
<i>anagrelide</i>	2	[EDS]
LEUKINE INJ	5	[PA]
NIVESTYM INJ	5	[PA]
PROCRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML & 10000UNIT/ML	3	[PA] [EDS]
PROCRIT INJ 20000UNIT/ML & 40000UNIT/ML	5	[PA]
PROMACTA	5	[PA] [LD]
RETACRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000UNIT/2ML & 20000UNIT/ML	3	[PA] [EDS]
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	5	[PA]
UDENYCA INJ	5	[PA]
ZARXIO INJ	5	[PA]
Hemostasis Agents		
<i>tranexamic acid tabs</i>	3	[EDS]
Platelet Modifying Agents		
BRILINTA	3	[EDS]
<i>cilostazol</i>	2	[EDS]
<i>clopidogrel tabs 75mg</i>	1	[EDS]
<i>dipyridamole er & aspirin</i>	4	[EDS]
<i>dipyridamole oral</i>	2	[EDS]
<i>prasugrel</i>	2	[EDS]
CARDIOVASCULAR AGENTS		
Alpha-adrenergic Agonists		
<i>clonidine patches</i>	4	[EDS]
<i>clonidine tabs immediate-release</i>	1	[EDS]
<i>droxidopa</i>	5	[PA]
<i>guanfacine ir</i>	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit

[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 28.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
midodrine tabs	3	[EDS]
Alpha-adrenergic Blocking Agents		
doxazosin	2	[EDS]
prazosin	2	[EDS]
terazosin	1	[EDS]
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
benazepril	1	[EDS]
captopril	1	[EDS]
enalapril tabs	1	[EDS]
fosinopril	1	[EDS]
lisinopril	1	[EDS]
moexipril	1	[EDS]
perindopril	1	[EDS]
quinapril	1	[EDS]
ramipril	1	[EDS]
trandolapril	1	[EDS]
Angiotensin II Receptor Antagonists		
candesartan	2	[EDS]
irbesartan	1	[EDS]
losartan	1	[EDS]
olmesartan	2	[EDS]
telmisartan	2	[EDS]
valsartan tabs	1	[EDS]
Antiarrhythmics		
amiodarone tabs	2	[EDS]
disopyramide phosphate	4	[EDS]
dofetilide	4	[EDS]
flecainide acetate	2	[EDS]
mexiletine	2	[EDS]
MULTAQ	3	[EDS]
pacerone tabs	2	[EDS]
propafenone tabs	2	[EDS]
quinidine gluconate cr	4	[EDS]
quinidine sulfate	2	[EDS]
sorine	2	[EDS]
sotalol tabs	2	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Beta-adrenergic Blocking Agents		
acebutolol	2	[EDS]
atenolol	1	[EDS]
bisoprolol	2	[EDS]
carvedilol	1	[EDS]
carvedilol phosphate er	4	[EDS]
labetalol oral	2	[EDS]
metoprolol succinate er	2	[EDS]
metoprolol tartrate tabs 25mg, 50mg & 100mg	1	[EDS]
nadolol	2	[EDS]
nebivolol hcl	2	[EDS]
pindolol	2	[EDS]
propranolol ir tabs	1	[EDS]
propranolol er caps	2	[EDS]
propranolol oral soln	2	[EDS]
timolol oral	1	[EDS]
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
amlodipine	1	[EDS]
felodipine er	2	[EDS]
isradipine	2	[EDS]
nicardipine caps	2	[EDS]
nifedipine caps	2	[EDS]
nifedipine er	2	[EDS]
nimodipine	4	[EDS]
nisoldipine er	4	[EDS]
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
cartia xt	2	[EDS]
diltiazem tabs	2	[EDS]
diltiazem er caps	2	[EDS]
dilt-xr	2	[EDS]
taztia xt	2	[EDS]
tiadylt er	2	[EDS]
verapamil ir	1	[EDS]
verapamil er	2	[EDS]

[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] = 기간 연장 분량
56 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
verapamil sr	2	[EDS]
Cardiovascular Agents, Other		
aliskiren	3	[EDS]
amiloride & hydrochlorothiazide	1	[EDS]
amlodipine & atorvastatin	2	[EDS]
amlodipine & benazepril	1	[EDS]
amlodipine & valsartan & hydrochlorothiazide tabs	2	[EDS]
atenolol & chlorthalidone	1	[EDS]
benazepril & hydrochlorothiazide	1	[EDS]
bisoprolol & hydrochlorothiazide	2	[EDS]
CORLANOR	4	[EDS]
digoxin oral soln	2	[EDS]
digoxin tabs 125mcg & 250mcg	2	[EDS]
digoxin tab 62.5mcg	3	[EDS]
enalapril & hydrochlorothiazide	1	[EDS]
ENTRESTO	6	[EDS]
fosinopril & hydrochlorothiazide	1	[EDS]
irbesartan hct	1	[EDS]
KERENDIA	3	[EDS]
LANOXIN ORAL	3	[EDS]
lisinopril & hydrochlorothiazide	1	[EDS]
losartan hct	1	[EDS]
metoprolol & hydrochlorothiazide	2	[EDS]
metyrosine caps	5	[PA]
olmesartan & amlodipine	2	[EDS]
olmesartan hct	2	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
olmesartan medoxomil & amlodipine & hydrochlorothiazide tabs	2	[EDS]
pentoxifylline er	2	[EDS]
ranolazine er	3	[EDS]
spironolactone & hydrochlorothiazide	1	[EDS]
triamterene & hydrochlorothiazide	1	[EDS]
valsartan & amlodipine	1	[EDS]
valsartan hct	1	[EDS]
VERQUVO	4	[PA] [EDS]
Diuretics, Loop		
bumetanide inj	2	[EDS]
bumetanide tabs	2	[EDS]
furosemide oral	1	[EDS]
furosemide inj	2	[EDS]
toremide	2	[EDS]
Diuretics, Potassium-sparing		
amiloride	2	[EDS]
eplerenone	3	[EDS]
spironolactone tabs	1	[EDS]
Diuretics, Thiazide		
chlorthalidone	1	[EDS]
hydrochlorothiazide	1	[EDS]
indapamide	1	[EDS]
metolazone	2	[EDS]
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
fenofibrate caps 43mg & 130mg	2	[EDS]
fenofibrate micronized caps 67mg, 134mg & 200mg	2	[EDS]
fenofibrate tabs 48mg, 54mg, 145mg & 160mg	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit

[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 28.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>fenofibric acid dr caps</i>	3	[EDS]
<i>gemfibrozil</i>	2	[EDS]
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors		
<i>atorvastatin</i>	1	[EDS]
<i>lovastatin</i>	1	[EDS]
<i>pravastatin</i>	1	[EDS]
<i>rosuvastatin</i>	1	[EDS]
<i>simvastatin</i>	1	[EDS]
Dyslipidemics, Other		
<i>cholestyramine</i>	2	[EDS]
<i>cholestyramine light</i>	2	[EDS]
<i>colesevelam</i>	4	[EDS]
<i>colestipol pack</i>	2	[EDS]
<i>colestipol tabs</i>	2	[EDS]
<i>ezetimibe</i>	2	[EDS]
<i>ezetimibe & simvastatin</i>	3	[EDS]
<i>icosapent ethyl</i>	4	[EDS]
JUXTAPID	5	[PA] [LD]
<i>niacin er tabs</i>	3	[EDS]
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	2	[EDS]
<i>prevalite</i>	2	[EDS]
REPATHA INJ	3	[EDS]
VASCEPA CAPS	4	[EDS]
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
<i>hydralazine oral</i>	2	[EDS]
<i>minoxidil</i>	2	[EDS]
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
<i>isosorbide dinitrate tabs 5mg, 10mg, 20mg & 30mg</i>	2	[EDS]
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	[EDS]
<i>isosorbide mononitrate er</i>	2	[EDS]
<i>nitro-bid oint</i>	2	[EDS]
NITRO-DUR PATCHES 0.3MG/HR & 0.8MG/HR	3	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>nitroglycerin lingual</i>	2	[EDS]
<i>nitroglycerin patches</i>	2	[EDS]
<i>nitroglycerin sublingual</i>	2	[EDS]
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines		
<i>amphetamine & dextroamphetamine tabs</i>	2	[QL] [EDS]
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 5mg & 10mg</i>	3	[QL] [EDS]
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	4	[QL] [EDS]
<i>zenzedi tabs 5mg & 10mg</i>	3	[QL] [EDS]
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>atomoxetine</i>	3	[EDS]
<i>clonidine er 0.1mg</i>	2	[EDS]
<i>dexmethylphenidate ir tabs</i>	2	[EDS]
<i>methylphenidate er tabs 10mg & 20mg</i>	3	[EDS]
<i>methylphenidate ir tabs 5mg, 10mg & 20mg</i>	2	[EDS]
Central Nervous System, Other		
AUSTEDO	5	[PA] [LD]
AUSTEDO XR	5	[PA] [LD]
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT	5	[PA]
NUDEXTA	5	[PA]
<i>riluzole</i>	3	[EDS]
<i>tetrabenazine</i>	5	[PA]
Fibromyalgia Agents		
<i>duloxetine hcl</i>	2	[EDS]
SAVELLA	3	[EDS]

[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] = 기간 연장 분량
56 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
SAVELLA TITRATION PACK	3	[EDS]
Multiple Sclerosis Agents		
AVONEX INJ	5	[PA]
AVONEX PEN INJ	5	[PA]
BETASERON INJ	5	[PA]
COPAXONE INJ 40MG/ML	5	[PA]
<i>dalfampridine er</i>	3	[PA] [EDS]
<i>dimethyl fumarate caps</i>	5	[PA]
<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	5	[PA]
<i>fingolimod</i>	5	[PA]
<i>glatiramer acetate inj</i>	5	[PA]
<i>glatopa inj</i>	5	[PA]
PLEGRIDY INJ	5	[PA]
REBIF INJ	5	[PA]
REBIF REBIDOSE INJ	5	[PA]
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK INJ	5	[PA]
REBIF TITRATION PACK INJ	5	[PA]
<i>teriflunomide tabs</i>	5	[PA]
VUMERITY	5	[PA]
DENTAL AND ORAL AGENTS		
Dental and Oral Agents		
<i>cevimeline</i>	3	[EDS]
<i>chlorhexidine gluconate</i>	2	[EDS]
<i>kourzeq</i>	2	[EDS]
<i>lidocaine viscous soln</i>	2	[EDS]
<i>periogard</i>	2	[EDS]
<i>pilocarpine tabs</i>	3	[EDS]
<i>triamcinolone dental paste</i>	2	[EDS]
DERMATOLOGICAL AGENTS		
Acne and Rosacea Agents		
<i>acitretin</i>	4	[PA] [EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>accutane</i>	4	[EDS]
<i>adapalene cream 0.1%</i>	4	[EDS]
<i>adapalene gel 0.3%</i>	4	[EDS]
ALTRENO	3	[PA] [EDS]
<i>amnestem caps</i>	4	[EDS]
<i>claravis</i>	4	[EDS]
<i>clindamycin & benzoyl peroxide gel 5%-1% & 5%-1.2%</i>	3	[EDS]
<i>isotretinoin caps 10mg, 20mg, 30mg & 40mg</i>	4	[EDS]
<i>tazarotene cream</i>	4	[EDS]
<i>tazarotene gel</i>	4	[QL] [EDS]
TAZORAC CREAM 0.05%	4	[EDS]
<i>tretinoin cream</i>	3	[PA] [EDS]
<i>tretinoin gel 0.01%, 0.025% & 0.05%</i>	3	[PA] [EDS]
<i>zenatane</i>	4	[EDS]
Dermatitis and Pruritus Agents		
<i>alclometasone dipropionate</i>	2	[EDS]
<i>ammonium lactate</i>	2	[EDS]
<i>betamethasone dipropionate</i>	2	[EDS]
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	2	[EDS]
<i>betamethasone valerate cream, oint & lotion</i>	2	[EDS]
CAPEX SHAMPOO	4	[EDS]
<i>clobetasol propionate cream, foam, gel, oint & soln</i>	4	[EDS]
<i>clobetasol propionate emollient</i>	4	[EDS]
<i>desonide lotion, oint & cream</i>	3	[QL] [EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 28.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>desoximetasone topical cream, gel & oint 0.05%</i>	4	[QL] [EDS]
<i>desoximetasone topical cream & oint 0.25%</i>	3	[QL] [EDS]
<i>diflorasone diacetate</i>	4	[QL] [EDS]
<i>fluocinolone acetonide cream, oint, soln</i>	3	[EDS]
<i>fluocinolone acetonide scalp oil</i>	3	[EDS]
<i>fluocinonide cream 0.05%, gel & oint</i>	2	[QL] [EDS]
<i>fluocinonide emulsified base cream</i>	2	[QL] [EDS]
<i>fluocinonide soln</i>	2	[EDS]
<i>fluticasone propionate cream & oint</i>	2	[EDS]
<i>halobetasol propionate cream & ointment</i>	2	[EDS]
<i>hydrocortisone cream, lotion & oint 2.5%</i>	2	[EDS]
<i>hydrocortisone butyrate cream, oint & soln</i>	2	[EDS]
<i>hydrocortisone valerate</i>	2	[EDS]
<i>mometasone cream, oint & soln</i>	2	[EDS]
<i>pimecrolimus</i>	4	[QL] [EDS]
<i>selenium sulfide lotion</i>	2	[EDS]
<i>tacrolimus oint</i>	4	[QL] [EDS]
<i>triamcinolone acetonide topical cream & lotion</i>	2	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>triamcinolone acetonide topical oint 0.025%, 0.1% & 0.5%</i>	2	[EDS]
<i>triderm cream 0.1%</i>	2	[EDS]
Dermatological Agents, Other		
<i>calcipotriene cream & oint</i>	4	[QL] [EDS]
<i>calcipotriene soln</i>	3	[EDS]
<i>clotrimazole & betamethasone</i>	2	[EDS]
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	3	[EDS]
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	4	[PA] [EDS]
FLUOROURACIL CREAM 0.5%	5	
<i>fluorouracil topical 2% and 5%</i>	3	[EDS]
<i>imiquimod cream 3.75%</i>	4	[EDS]
<i>imiquimod cream 5%</i>	3	[EDS]
<i>methoxsalen</i>	5	
<i>nystatin & triamcinolone</i>	3	[EDS]
<i>podofilox soln</i>	2	[EDS]
<i>silver sulfadiazine</i>	2	[EDS]
REGANEX	5	[QL]
SANTYL	3	[QL] [EDS]
ssd	2	[EDS]
Pediculicides/Scabicides		
<i>malathion</i>	4	[EDS]
<i>permethrin cream</i>	2	[EDS]
Topical Anti-infectives		
<i>acyclovir cream & oint 5%</i>	4	[QL] [EDS]
<i>ciclopirox cream, gel, nail soln shampoo & susp</i>	2	[EDS]
<i>clindamycin topical gel, lotion, soln & swab</i>	2	[EDS]

[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] = 기간 연장 분량
56 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>erythromycin topical gel & soln</i>	2	[EDS]
<i>mupirocin ointment</i>	2	[EDS]
<i>mupirocin cream</i>	4	[QL] [EDS]
<i>penciclovir cream</i>	4	[EDS]
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/ VITAMINS		
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
<i>deferasirox granule pack</i>	5	[PA]
<i>deferasirox tabs 90mg</i>	4	[PA] [EDS]
<i>deferasirox tabs 180mg & 360mg</i>	5	[PA]
<i>deferasirox tabs for soln 125mg</i>	4	[PA] [EDS]
<i>deferasirox tabs for soln 250mg & 500mg</i>	5	[PA]
<i>deferiprone</i>	5	[PA]
FERRIPROX SOLN	5	[PA]
FERRIPROX TAB 1000MG	5	[PA]
INTRALIPID INJ	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>penicillamine tabs</i>	5	
<i>trientine cap 250mg</i>	5	
Electrolyte/Mineral Replacement		
<i>carglumic acid</i>	5	[PA]
CLINISOL SF INJ	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>dextrose inj</i>	2	[EDS]
<i>dextrose (10%, 5% or 2.5%) & sodium chloride inj</i>	2	[EDS]
<i>klor-con pack</i>	4	[EDS]
<i>klor-con tabs</i>	2	[EDS]
<i>magnesium sulfate inj</i>	2	[EDS]
<i>plenamine inj</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>potassium chloride oral soln</i>	4	[EDS]
<i>potassium chloride inj</i>	2	[EDS]
<i>potassium chloride pack 20meq</i>	4	[EDS]
<i>potassium chloride er & cr</i>	2	[EDS]
<i>potassium chloride & dextrose 20mEq/5% inj</i>	2	[EDS]
<i>potassium chloride & dextrose & lactated ringers inj</i>	2	[EDS]
<i>potassium chloride & dextrose & sodium chloride inj 2mEq/5%/0.2%, 10mEq/5%/0.45%, 20mEq/5%/0.45%, 20mEq/5%/0.9%, 30mEq/5%/0.45% 40mEq/5%/0.9% & 40mEq/5%/0.45%</i>	2	[EDS]
<i>potassium citrate er</i>	2	[EDS]
PROSOL INJ	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>sodium chloride inj</i>	2	[EDS]
TPN	3	[EDS]
ELECTROLYTES INJ		
TRAVASOL INJ	4	[PA] [B vs D] [EDS]
Phosphate Binders		
AURYXIA	5	[PA]
<i>calcium acetate</i>	2	[EDS]
<i>lanthanum carbonate</i>	5	
<i>sevelamer carbonate powder</i>	4	[EDS]
<i>sevelamer carbonate tabs</i>	4	[EDS]
VELPHORO	5	[PA]
Potassium Binders		
LOKELMA	3	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit

[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 28.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	2	[EDS]
<i>sps suspension</i>	2	[EDS]
VELTASSA	3	[EDS]
Vitamins		
<i>prenatal multi-vitamin</i>	2	[EDS]
GASTROINTESTINAL AGENTS		
Anti-Constipation Agents		
<i>constulose soln</i>	2	[EDS]
<i>enulose</i>	2	[EDS]
<i>generlac</i>	2	[EDS]
<i>lactulose soln 10g/15ml</i>	2	[EDS]
LINZESS	3	[EDS]
<i>lubiprostone</i>	3	[EDS]
MOVANTIK	3	[EDS]
RELISTOR INJ	5	[PA]
RELISTOR TABS	5	[PA]
<i>sodium sulfate, potassium sulfate and magnesium sulfate</i>	3	[EDS]
Anti-Diarrheal Agents		
<i>alosetron hcl tab 0.5mg</i>	4	[PA] [EDS]
<i>alosetron hcl tab 1mg</i>	5	[PA]
<i>diphenoxylate & atropine oral soln</i>	3	[EDS]
<i>diphenoxylate & atropine tabs</i>	2	[EDS]
<i>loperamide caps 2mg</i>	2	[EDS]
XERMELO	5	[PA]
Antispasmodics, Gastrointestinal		
<i>dicyclomine</i>	2	[EDS]
<i>glycopyrrolate tabs 1mg & 2mg</i>	2	[EDS]
Gastrointestinal Agents, Other		
<i>cromolyn sodium oral</i>	4	[EDS]
GATTEX INJ	5	[PA]
<i>gavilyte-c</i>	2	[EDS]
<i>gavilyte-g</i>	2	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>metoclopramide oral tablets & soln</i>	2	[EDS]
<i>peg 3350 & electrolytes</i>	2	[EDS]
<i>peg 3350 & sodium chloride & sodium bicarbonate & potassium chloride</i>	2	[EDS]
<i>peg 3350 & sodium sulfate & sodium chloride & potassium chloride & sodium ascorbate & ascorbic</i>	3	[EDS]
PLENVU	3	[EDS]
RECTIV	4	[EDS]
<i>ursodiol cap 300mg & tabs 250mg & 500mg</i>	3	[EDS]
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists		
<i>cimetidine tabs</i>	2	[EDS]
<i>famotidine tabs</i>	1	[EDS]
Protectants		
<i>misoprostol</i>	2	[EDS]
<i>sucralfate tabs</i>	2	[EDS]
Proton Pump Inhibitors		
<i>esomeprazole magnesium dr caps</i>	3	[EDS]
<i>lansoprazole dr caps</i>	2	[EDS]
<i>omeprazole caps</i>	1	[EDS]
<i>pantoprazole tabs</i>	1	[EDS]
<i>rabeprazole sodium</i>	3	[EDS]
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
<i>betaine anhydrous</i>	5	
CERDELGA	5	[PA]
CREON DR	3	[EDS]
CYSTAGON	3	[EDS]
<i>miglustat</i>	5	[PA] [LD]
<i>nitisinone</i>	5	[PA]

[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] = 기간 연장 분량

56 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
ORFADIN CAPS 20MG	5	[PA] [LD]
ORFADIN SUSP	5	[PA] [LD]
RAVICTI	5	
sapropterin	5	
sodium phenylbutyrate powder & tabs	5	
SUCRAID	5	
GENITOURINARY AGENTS		
Antispasmodics, Urinary		
fesoterodine fumarate er	3	[EDS]
flavoxate	2	[EDS]
GEMTESA	4	[EDS]
MYRBETRIQ	3	[EDS]
oxybutynin ir	2	[EDS]
oxybutynin er	2	[EDS]
OXYTROL	4	[EDS]
solifenacin succinate	3	[EDS]
tolterodine tartrate er	2	[EDS]
trospium ir	2	[EDS]
trospium er	2	[EDS]
Benign Prostatic Hypertrophy Agents		
alfuzosin hcl er	2	[EDS]
dutasteride	3	[EDS]
dutasteride & tamsulosin	3	[EDS]
finasteride tabs 5mg	1	[EDS]
tamsulosin	1	[EDS]
Genitourinary Agents, Other		
bethanechol	2	[EDS]
ELMIRON	4	[EDS]
THIOLA EC	5	
tiopronin	5	
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (ADRENAL)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
dexamethasone dose pack	2	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
dexamethasone elixir	2	[EDS]
dexamethasone tabs	2	[EDS]
fludrocortisone acetate	2	[EDS]
HEMADY	4	[EDS]
hydrocortisone oral	2	[EDS]
MEDROL TABS	4	[PA] [B vs D] [EDS]
methylprednisolone dose pack	2	[EDS]
methylprednisolone oral	2	[PA] [B vs D] [EDS]
MILLIPRED	4	[PA] [B vs D] [EDS]
ORAPRED ODT	4	[PA] [B vs D] [EDS]
prednisolone oral soln	2	[PA] [B vs D] [EDS]
prednisolone odt	4	[PA] [B vs D] [EDS]
prednisolone tablet 5mg	4	[PA] [B vs D] [EDS]
prednisone tab pack	1	[EDS]
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (PITUITARY)		
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Pituitary)		
desmopressin acetate nasal	4	[EDS]
desmopressin acetate oral	2	[EDS]
GENOTROPIN INJ	5	[PA]
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG, 0.4MG, 0.6MG & 0.8MG	4	[PA] [EDS]
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 1MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG & 2MG	5	[PA]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 28.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
HUMATROPE INJ CARTRIDGE 6MG	4	[PA] [EDS]
HUMATROPE INJ CARTRIDGE 12MG & 24MG	5	[PA]
INCRELEX INJ	5	[PA]
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (SEX HORMONES/ MODIFIERS)		
Androgens		
danazol	3	[EDS]
testosterone cypionate inj	2	[EDS]
testosterone enanthate inj	2	[EDS]
testosterone gel 1% & 1.62%	3	[EDS]
testosterone gel 25mg/2.5g, 20.25mg/1.25g, 40.5mg/2.5g & 50mg/5g	3	[EDS]
Estrogens		
altavera	2	[EDS]
alyacen 1/35	2	[EDS]
amabelz	2	[EDS]
apri	2	[EDS]
aranelle	2	[EDS]
abra eq	2	[EDS]
aviane	2	[EDS]
blisovi fe 1.5/30	2	[EDS]
briellyn	2	[EDS]
cyred eq	2	[EDS]
desogestrel & ethinyl estradiol	2	[EDS]
dotti	2	[EDS]
drospirenone & ethinyl estradiol 3mg/0.02mg	2	[EDS]
eluryng	4	[EDS]
enilloring	4	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
enpresse-28	2	[EDS]
enskyce	2	[EDS]
estarylla	2	[EDS]
estradiol oral	2	[EDS]
estradiol patches	2	[EDS]
estradiol vaginal cream	2	[EDS]
estradiol vaginal tabs	2	[EDS]
estradiol & norethindrone acetate 0.5mg/0.1mg & 1mg/0.5mg	2	[EDS]
ESTRING	3	[EDS]
ethinyl estradiol & ethynodiol	2	[EDS]
ethinyl estradiol & norethindrone acetate 5mcg/1mg & 2.5mcg-0.5mg	2	[EDS]
etonogestrel & ethinyl estradiol ring	4	[EDS]
falmina	2	[EDS]
fyavolv	2	[EDS]
haloette	4	[EDS]
IMVEXXY PACK	3	[EDS]
introvale	2	[EDS]
isibloom	2	[EDS]
jasmiel	2	[EDS]
jinteli	2	[EDS]
juleber	2	[EDS]
junel 21 day	2	[EDS]
junel fe 1/20	2	[EDS]
kariva	2	[EDS]
kelnor 1/35 & 1/50	2	[EDS]
kurvelo	2	[EDS]
larin	2	[EDS]
larin fe	2	[EDS]
leena	2	[EDS]
levonest	2	[EDS]

[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] = 기간 연장 분량
56 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol 0.1-0.02mg & 0.15-0.03mg & triphasic packs</i>	2	[EDS]
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol and ethinyl estradiol 0.1/0.02mg-0.01mg packs</i>	2	[EDS]
<i>levora</i>	2	[EDS]
<i>loryna</i>	2	[EDS]
<i>low-ogestrel</i>	2	[EDS]
<i>lyllana</i>	2	[EDS]
<i>marlissa 28 day</i>	2	[EDS]
MENEST	3	[EDS]
<i>microgestin 1/20 & 1.5/30</i>	2	[EDS]
<i>microgestin 24 fe</i>	2	[EDS]
<i>microgestin fe 1/20 & 1.5/30</i>	2	[EDS]
<i>mili</i>	2	[EDS]
<i>mimvey</i>	2	[EDS]
<i>necon</i>	2	[EDS]
<i>nikki</i>	2	[EDS]
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	2	[EDS]
<i>norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 0.4mg/0.035mg</i>	2	[EDS]
<i>norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 20mcg/75mg/1mg</i>	2	[EDS]
<i>nylia 7/7/7 & 1/35</i>	2	[EDS]
<i>nymyo</i>	2	[EDS]
<i>pimtrea</i>	2	[EDS]
PREMARIN ORAL	3	[EDS]
PREMARIN VAGINAL CREAM	3	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
PREMPHASE	3	[EDS]
PREMPRO	3	[EDS]
<i>reclipsen</i>	2	[EDS]
<i>setlakin</i>	2	[EDS]
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	2	[EDS]
<i>tri-estarylla</i>	2	[EDS]
<i>tri-lo-estarylla</i>	2	[EDS]
<i>tri-lo-sprintec</i>	2	[EDS]
<i>tri-mili</i>	2	[EDS]
<i>tri-nymyo</i>	2	[EDS]
<i>tri-sprintec</i>	2	[EDS]
<i>tri-vylibra</i>	2	[EDS]
<i>tri-vylibra lo</i>	2	[EDS]
<i>trivora-28</i>	2	[EDS]
<i>turqoz</i>	2	[EDS]
<i>velivet</i>	2	[EDS]
<i>vestura</i>	2	[EDS]
<i>vienva</i>	2	[EDS]
<i>vyfemla</i>	2	[EDS]
<i>vylibra</i>	2	[EDS]
<i>wymzya fe</i>	2	[EDS]
<i>yuvafem</i>	2	[EDS]
<i>zovia</i>	2	[EDS]
Progestins		
<i>deblitane</i>	2	[EDS]
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJ	3	[EDS]
<i>heather tabs</i>	2	[EDS]
<i>incassia</i>	2	[EDS]
<i>lyleq</i>	2	[EDS]
<i>lyza</i>	2	[EDS]
<i>medroxyprogesterone acetate inj</i>	2	[EDS]
<i>medroxyprogesterone acetate tabs</i>	2	[EDS]
<i>megestrol acetate oral susp 40mg/ml</i>	2	[EDS]
<i>megestrol tabs</i>	2	[EDS]
<i>norethindrone</i>	2	[EDS]
<i>progesterone caps</i>	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit

[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 28.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>sharobel</i>	2	[EDS]
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
DUAVEE	3	[EDS]
<i>raloxifene hcl</i>	3	[EDS]
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (THYROID)		
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Thyroid)		
CYTOMEL	3	[EDS]
<i>levothyroxine tabs</i>	1	[EDS]
<i>levoxyl</i>	1	[EDS]
<i>liothyronine tabs</i>	2	[EDS]
SYNTHROID	3	[EDS]
<i>unithroid</i>	1	[EDS]
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal)		
LYSODREN	5	
ISTURISA	5	[PA]
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)		
Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)		
<i>cabergoline</i>	2	[EDS]
ELIGARD INJ	4	[PA] [EDS]
<i>leuprolide acetate inj kit 1mg/0.2ml</i>	2	[EDS]
LUPRON DEPOT INJ	5	[PA]
<i>octreotide inj 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml & 500mcg/ml</i>	4	[EDS]
<i>octreotide inj 1000mcg/ml</i>	5	
ORGOVYX	5	[PA] [LD]
SIGNIFOR INJ	5	[PA]
SOMAVERT INJ	5	[PA]
SYNAREL	4	[EDS]
TRELSTAR MIXJECT INJ	4	[PA] [EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)		
Antithyroid Agents		
<i>methimazole</i>	2	[EDS]
<i>propylthiouracil</i>	2	[EDS]
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
Angioedema Agents		
CINRYZE INJ	5	[PA]
<i>icatibant inj</i>	5	[PA]
<i>sajazir inj</i>	5	[PA]
Immunoglobulins		
GAMMAGARD INJ	5	[PA] [B vs D]
GAMUNEX-C INJ	5	[PA] [B vs D]
Immunological Agents, Other		
ARCALYST INJ	5	[PA]
BENLYSTA INJ	5	[PA]
COSENTYX INJ	5	[PA]
COSENTYX SENSOREADY PEN INJ	5	[PA]
COSENTYX UNOREADY PEN INJ	5	[PA]
DUPIXENT INJ	5	[PA]
KINERET INJ	5	[PA]
ORENCIA INJ PF SYRINGE	5	[PA]
ORENCIA CLICKJET	5	[PA]
OTEZLA	5	[PA]
OTEZLA STARTER	5	[PA]
RIDAURA	5	
RINVOQ	5	[PA]
SKYRIZI INJ	5	[PA]
STELARA INJ	5	[PA]
XELJANZ	5	[PA]
XELJANZ XR	5	[PA]
XOLAIR INJ	5	[PA] [LD]
Immunostimulants		
ACTIMMUNE INJ	5	[PA]
PEGASYS INJ	5	

[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] = 기간 연장 분량
56 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Immunosuppressants		
ASTAGRAF XL	4	[PA] [B vs D] [EDS]
AZASAN	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>azathioprine tabs 50mg</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>azathioprine tabs 75mg & 100mg</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
CELLCEPT CAPS	4	[PA] [B vs D] [EDS]
CELLCEPT ORAL SUSPENSION & TABS	5	[PA] [B vs D]
<i>cyclosporine caps</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>cyclosporine modified</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
ENBREL INJ	5	[PA]
ENBREL MINI INJ	5	[PA]
ENBREL SURECLICK INJ	5	[PA]
ENVARUSUS XR	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>everolimus 0.25mg</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>everolimus 0.5mg, 0.75mg & 1mg</i>	5	[PA] [B vs D]
<i>engraf</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
HUMIRA INJ	5	[PA]
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS STARTER PACK INJ	5	[PA]
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJ	5	[PA]
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK INJ	5	[PA]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ	5	[PA]
HUMIRA PEN INJ	5	[PA]
IMURAN TABS	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>leflunomide</i>	2	[EDS]
<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	2	[EDS]
<i>methotrexate oral</i>	2	[EDS]
<i>mycophenolate mofetil caps & tabs</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>mycophenolate mofetil oral susp</i>	5	[PA] [B vs D]
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
MYFORTIC	4	[PA] [B vs D] [EDS]
NEORAL	4	[PA] [B vs D] [EDS]
PROGRAF CAPS	4	[PA] [B vs D] [EDS]
PROGRAF PACK	4	[PA] [B vs D] [EDS]
RAPAMUNE SOLN	5	[PA] [B vs D]
RAPAMUNE TABS	4	[PA] [B vs D] [EDS]
SANDIMMUNE ORAL SOLN 100MG/ML	4	[PA] [B vs D] [EDS]
SANDIMMUNE CAPS 25MG & 100MG	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>sirolimus soln</i>	5	[PA] [B vs D]
<i>sirolimus tabs</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>tacrolimus caps 0.5mg & 1mg</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>tacrolimus caps 5mg</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 28.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
XATMEP	4	[EDS]
ZORTRESS TABS 0.25MG	4	[PA] [B vs D] [EDS]
ZORTRESS TABS 0.5MG, 0.75MG & 1MG	5	[PA] [B vs D]
Vaccines		
ABRYSSVO INJ	3	[EDS]
ACTHIB INJ	3	[EDS]
ADACEL INJ	3	[EDS]
AREXVY INJ	3	[EDS]
BCG INJ	3	[EDS]
BEXSERO INJ	3	[EDS]
BOOSTRIX INJ	3	[EDS]
DAPTACEL INJ	3	[EDS]
DIPHThERIA & TETANUS TOXOIDS PEDIATRIC INJ	3	[EDS]
ENGERIX-B INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]
GARDASIL 9 INJ	4	[EDS]
HAVRIX INJ	3	[EDS]
HEPLISAV-B INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]
HIBERIX INJ	3	[EDS]
IMOVAX RABIES INJ	3	[EDS]
INFANRIX INJ	3	[EDS]
I POL INACTIVATED IPV INJ	3	[EDS]
IXCHIQ INJ	3	[EDS]
IXIARO INJ	4	[EDS]
JYNNEOS INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]
KINRIX INJ	3	[EDS]
MENACTRA INJ	3	[EDS]
MENQUADFI INJ	3	[EDS]
MENVEO-A/C/Y/W- 135 INJ	3	[EDS]
M-M-R II INJ	3	[EDS]
PEDIARIX INJ	3	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
PEDVAX HIB INJ	3	[EDS]
PENBRAYA INJ	3	[EDS]
PENTACEL INJ	3	[EDS]
PREHEVBRIO INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]
PRIORIX INJ	3	[EDS]
PROQUAD INJ	3	[EDS]
QUADRACEL INJ	3	[EDS]
RABAVERT INJ	3	[EDS]
RECOMBIVAX HB INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]
ROTARIX	3	[EDS]
ROTATEQ	3	[EDS]
SHINGRIX INJ	3	[EDS]
TDVAX INJ	3	[EDS]
TENIVAC INJ	3	[EDS]
TICOVAC INJ	4	[EDS]
TRUMENBA INJ	3	[EDS]
TWINRIX INJ	3	[EDS]
TYPHIM VI INJ	3	[EDS]
VAQTA INJ	3	[EDS]
VARIVAX INJ	3	[EDS]
YF-VAX INJ	3	[EDS]
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS		
Aminosalicylates		
<i>balsalazide</i>	3	[EDS]
DIPENTUM	5	
<i>mesalamine dr</i>	4	[EDS]
<i>mesalamine enema</i>	4	[EDS]
<i>mesalamine er caps</i>	4	[EDS]
<i>mesalamine rectal suppository</i>	4	[EDS]
PENTASA CAP 250MG	4	[EDS]
<i>sulfasalazine</i>	2	[EDS]
Glucocorticoids		
<i>budesonide ec caps</i>	4	[EDS]
<i>budesonide er tabs 9mg</i>	5	

[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] = 기간 연장 분량
56 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>hydrocortisone enema</i>	2	[EDS]
<i>prednisone tabs</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>prednisone oral soln</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
PREDNISON INTENSOL	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>procto-med hc</i>	2	[EDS]
<i>procto-pak</i>	2	[EDS]
<i>proctosol hc</i>	2	[EDS]
<i>proctozone-hc</i>	2	[EDS]
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>alendronate tabs</i>	1	[EDS]
<i>alendronate oral soln</i>	3	[EDS]
<i>calcitonin-salmon nasal</i>	2	[EDS]
<i>calcitriol caps</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>cinacalcet tab 30mg</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>cinacalcet tab 60mg</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>cinacalcet tab 90mg</i>	5	[PA] [B vs D]
<i>doxercalciferol oral</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]
FORTEO INJ	5	[PA]
<i>ibandronate oral</i>	2	[EDS]
<i>paricalcitol caps</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]
PROLIA INJ	4	[PA] [EDS]
RAYALDEE	5	
<i>risedronate sodium</i>	3	[EDS]
<i>risedronate sodium dr</i>	3	[EDS]
TERIPARATIDE INJ	5	[PA]
TYMLOS INJ	5	[PA]
XGEVA INJ	5	[PA]
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
Miscellaneous Therapeutic Agents		
<i>alcohol pads</i>	2	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>bd insulin syringe ultrafine</i>	2	[EDS]
<i>bd insulin syringe safetyglide</i>	2	[EDS]
<i>bd pen needle ultrafine</i>	2	[EDS]
ENDARI	5	[PA]
<i>gauze pads 2"x2"</i>	2	[EDS]
KORLYM	5	[PA]
KOSELUGO	5	[PA]
LAGEVRIO	4	[EDS]
<i>levocarnitine oral</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>mifepristone tabs</i>	5	[PA]
<i>paroxetine mesylate</i>	3	[EDS]
PAXLOVID	3	[EDS]
<i>pmdd fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg</i>	2	[EDS]
OPHTHALMIC AGENTS		
Ophthalmic Agents, Other		
<i>atropine sulfate soln</i>	2	[EDS]
<i>brimonidine & timolol maleate</i>	3	[EDS]
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	3	[EDS]
CYSTARAN	5	
<i>dorzolamide & timolol maleate</i>	2	[EDS]
LACRISERT	4	[EDS]
<i>neomycin & polymyxin & bacitracin</i>	2	[EDS]
<i>neomycin & polymyxin & bacitracin & hydrocortisone</i>	2	[EDS]
<i>neomycin & polymyxin & dexamethasone</i>	2	[EDS]
<i>neomycin & polymyxin & gramicidin ophthalmic</i>	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit

[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 28.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>neomycin & polymyxin & hydrocortisone</i>	2	[EDS]
ROCKLATAN	3	[EDS]
SIMBRINZA	4	[EDS]
<i>sulfacetamide sodium & prednisolone sodium phosphate ophthalmic</i>	2	[EDS]
TOBRADEX OINT	3	[EDS]
<i>tobramycin & dexamethasone ophthalmic suspension</i>	2	[EDS]
XIIDRA	3	[EDS]
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
<i>azelastine 0.05%</i>	2	[EDS]
<i>cromolyn sodium ophthalmic soln</i>	2	[EDS]
Ophthalmic Anti-infectives		
AZASITE	3	[EDS]
<i>bacitracin ophthalmic ointment</i>	2	[EDS]
<i>bacitracin & polymyxin b ointment</i>	2	[EDS]
<i>ciprofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	[EDS]
<i>erythromycin ophthalmic oint</i>	2	[EDS]
<i>gentamicin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	[EDS]
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic</i>	2	[EDS]
NATACYN	4	[EDS]
<i>neo-polycin ophthalmic ointment</i>	2	[EDS]
<i>neo-polycin hc ophthalmic ointment</i>	2	[EDS]
<i>ofloxacin ophthalmic</i>	2	[EDS]
<i>polycin ophthalmic ointment</i>	2	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>polymyxin b sulfate & trimethoprim sulfate ophthalmic soln</i>	2	[EDS]
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic oint & soln 10%</i>	2	[EDS]
<i>tobramycin ophthalmic solution</i>	2	[EDS]
<i>trifluridine</i>	2	[EDS]
ZIRGAN	4	[EDS]
Ophthalmic Anti-inflammatory		
<i>bromfenac ophthalmic soln 0.09%</i>	3	[EDS]
BROMSITE	4	[EDS]
<i>dexamethasone ophthalmic soln</i>	2	[EDS]
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	2	[EDS]
<i>difluprednate</i>	3	[EDS]
<i>fluorometholone</i>	2	[EDS]
<i>ketorolac soln</i>	2	[EDS]
LOTEMAX OINT	4	[EDS]
LOTEMAX SM GEL 0.38%	4	[EDS]
PRED MILD	3	[EDS]
<i>prednisolone acetate</i>	2	[EDS]
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	2	[EDS]
PROLENSA	3	[EDS]
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>betaxolol soln</i>	2	[EDS]
<i>carteolol</i>	1	[EDS]
<i>levobunolol</i>	2	[EDS]
<i>timolol ophthalmic gel forming</i>	2	[EDS]
<i>timolol ophth soln 12 hours 0.25% & 0.5% multi-use bottles</i>	1	[EDS]
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
<i>acetazolamide tabs</i>	2	[EDS]

[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] = 기간 연장 분량
56 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>acetazolamide er caps</i>	2	[EDS]
ALPHAGAN P 0.1%	3	[EDS]
<i>brimonidine tartrate soln 0.15%</i>	3	[EDS]
<i>brimonidine tartrate soln 0.2%</i>	2	[EDS]
<i>dorzolamide</i>	2	[EDS]
<i>methazolamide</i>	4	[EDS]
PHOSPHOLINE IODIDE	3	[EDS]
<i>pilocarpine soln</i>	2	[EDS]
RHOPRESSA	3	[EDS]
Ophthalmic Prostaglandin and Prostaglandin Analogs		
<i>latanoprost</i>	1	[EDS]
LUMIGAN	3	[EDS]
<i>travoprost</i>	3	[EDS]
VYZULTA	4	[EDS]
OTIC AGENTS		
Otic Agents		
<i>acetic acid & hydrocortisone</i>	2	[EDS]
CIPRO HC	3	[EDS]
<i>ciprofloxacin & dexamethasone otic susp</i>	3	[EDS]
<i>fluocinolone acetonide otic soln</i>	3	[EDS]
<i>neomycin & polymyxin & hydrocortisone</i>	2	[EDS]
<i>ofloxacin otic</i>	2	[EDS]
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
Antihistamines		
<i>azelastine nasal 0.1%</i>	2	[EDS]
<i>cyproheptadine</i>	2	[EDS]
<i>desloratadine tabs</i>	2	[EDS]
<i>hydroxyzine hcl tabs</i>	2	[EDS]
<i>hydroxyzine pamoate caps</i>	2	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>levocetirizine</i>	2	[EDS]
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids		
ARNUITY ELLIPTA	3	[EDS]
ASMANEX HFA	3	[EDS]
ASMANEX TWISTHALER	3	[EDS]
BREZTRI AEROSPHERE	3	[EDS]
<i>budesonide nebulizer</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>flunisolide nasal</i>	2	[QL] [EDS]
<i>fluticasone propionate nasal</i>	2	[QL] [EDS]
<i>mometasone furoate nasal</i>	3	[QL] [EDS]
PULMICORT NEBULIZER	4	[PA] [B vs D] [EDS]
QVAR REDIMALER	3	[EDS]
Antileukotrienes		
<i>montelukast</i>	2	[EDS]
<i>zafirlukast</i>	2	[EDS]
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT HFA	3	[QL] [EDS]
<i>ipratropium bromide nasal</i>	2	[QL] [EDS]
<i>ipratropium bromide nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
SPIRIVA HANDIMALER	3	[EDS]
SPIRIVA RESPIMAT	3	[EDS]
YUPELRI	5	[PA] [B vs D]
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol sulfate hfa 6.7gm inhaler</i>	2	[QL] [EDS]
<i>albuterol sulfate hfa 8.5gm inhaler</i>	2	[QL] [EDS]
<i>albuterol sulfate nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>albuterol sulfate syrup</i>	2	[EDS]
<i>albuterol sulfate tabs</i>	4	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 28.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>arformoterol tartrate nebulizer</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
BROVANA NEBULIZER	4	[PA] [B vs D] [EDS]
EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR 0.15MG/0.3ML & 0.3MG/0.3ML	3	[EDS]
<i>formoterol fumarate nebulizer</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>levalbuterol nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA	4	[EDS]
PERFOROMIST NEBULIZER	5	[PA] [B vs D]
PROAIR RESPICLICK	3	[EDS]
SEREVENT DISKUS	3	[EDS]
STRIVERDI RESPIMAT	3	[EDS]
<i>terbutaline sulfate oral</i>	3	[EDS]
Cystic Fibrosis Agents		
BETHKIS	5	[PA] [B vs D]
CAYSTON	5	[PA] [LD]
KALYDECO	5	[PA]
KITABIS NEBULIZER	5	[PA] [B vs D]
ORKAMBI	5	[PA]
PULMOZYME	5	[PA] [B vs D]
TOBI SOLN	5	[PA] [B vs D]
TOBI PODHALER	5	
<i>tobramycin nebulizer</i>	5	[PA] [B vs D]
TRIKAFTA	5	[PA]
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn sodium nebulizer soln</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
<i>roflumilast tabs</i>	3	[EDS]
<i>theophylline er tabs</i>	2	[EDS]
Pulmonary Antihypertensives		
ADEMPAS	5	[PA] [LD]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>alyq</i>	5	[PA]
<i>ambrisentan</i>	5	[PA] [LD]
<i>bosentan tabs 62.5mg & 125mg</i>	5	[PA] [LD]
OPSUMIT	5	[PA] [LD]
<i>sildenafil tab 20mg</i>	3	[PA] [EDS]
<i>tadalafil tab 20mg</i>	5	[PA]
TRACLEER 32MG	5	[PA] [LD]
UPTRAVI	5	[PA]
VENTAVIS	5	[PA] [B vs D]
Pulmonary Fibrosis Agents		
OFEV	5	[PA]
<i>pirfenidone tabs</i>	5	[PA]
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine nebulizer soln</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
ADVAIR HFA	3	[EDS]
ANORO ELLIPTA	3	[EDS]
BEVESPI AEROSPHERE	3	[EDS]
BREO ELLIPTA	3	[EDS]
COMBIVENT RESPIMAT	3	[EDS]
DULERA	3	[EDS]
FASENRA INJ	5	[PA]
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus 100mcg-50mcg, 250mcg-50mcg & 500mcg-50mcg</i>	2	[EDS]
<i>ipratropium bromide & albuterol sulfate nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
PROLASTIN C INJ	5	[PA] [LD]
STIOLTO RESPIMAT	3	[EDS]
TRELEGY ELLIPTA	3	[EDS]
<i>wixela inhub</i>	2	[EDS]

[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] = 기간 연장 분량
56 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
Skeletal Muscle Relaxants		
<i>carisoprodol tabs 350mg</i>	2	[EDS]
<i>chlorzoxazone tabs 500mg</i>	2	[EDS]
<i>cyclobenzaprine hcl ir</i>	2	[EDS]
<i>methocarbamol tabs</i>	2	[EDS]
SLEEP DISORDER AGENTS		
Sleep Promoting Agents		
BELSOMRA	3	[QL] [EDS]
<i>doxepin tabs</i>	3	[EDS]
<i>estazolam</i>	2	[EDS]
<i>flurazepam caps</i>	2	[EDS]
<i>ramelteon</i>	3	[EDS]
<i>tasimelteon caps</i>	5	[PA]
<i>temazepam caps 7.5mg, 15mg & 30mg</i>	2	[EDS]
<i>temazepam caps 22.5mg</i>	3	[EDS]
<i>triazolam</i>	2	[EDS]
<i>zolpidem ir tabs 5mg & 10mg</i>	2	[EDS]
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil</i>	3	[PA] [EDS]
<i>modafinil</i>	3	[PA] [EDS]
SODIUM OXYBATE ORAL SOLN	5	[PA][LD]
XYWAV	5	[PA] [LD]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit

[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 28.

Additional Covered Drugs

Your plan has additional coverage for the prescription drugs listed below if you are enrolled in one of these plans:

- SCAN Classic (HMO): Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, Ventura, Alameda, San Mateo, Fresno, Madera Counties
- Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO): San Diego County
- Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO): San Diego County
- SCAN Alta (HMO): San Diego County
- SCAN Venture (HMO): Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino Counties
- SCAN Prime (HMO): Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino Counties
- SCAN Affirm partnered with Included LGBTQ+ Health (HMO): Los Angeles, Orange, Riverside, San Diego, San Francisco Counties
- SCAN Inspired by women for women (HMO): Los Angeles, Orange Counties
- SCAN Compass (HMO): Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino Counties
- SCAN Navigate (HMO): Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino Counties
- SCAN MyChoice (HMO): Orange, San Diego, Alameda, San Mateo Counties
- SCAN Options (HMO): Ventura County

These prescription drugs are not normally covered in a Medicare Prescription Drug Plan. The amount you pay when you fill a prescription for these drugs does not count towards your total drug costs (that is, the amount you pay does not help you qualify for catastrophic coverage). In addition, if you are receiving extra help to pay for your prescriptions, you will not get any extra help to pay for these drugs.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/한도
ERECTILE DYSFUNCTION		
<i>sildenafil tabs 25mg, 50mg, 100mg (generic for Viagra)</i>	1	[QL] (4 tablets per 30-day supply with a maximum of 49 tablets per year)
PRESCRIPTION VITAMINS		
<i>cyanocobalamin inj 1000 mcg/ml (vitamin B12)</i>	1	
<i>ergocalciferol caps 1.25mg (50,000 units) (vitamin D2)</i>	1	
<i>folic acid tabs 1 mg (vitamin B9)</i>	1	

추가 보장 의약품

다음 플랜 중 하나를 가입한 경우 가입자의 플랜은 아래 처방약에 대해 추가 보장을 제공합니다.

- SCAN Classic (HMO): 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노, 벤추라, 앨러미다, 샌마테오, 프레즈노, 마데라 카운티
- Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO): 샌디에이고 카운티
- Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO): 샌디에이고 카운티
- SCAN Alta (HMO): 샌디에이고 카운티
- SCAN Venture (HMO): 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노 카운티
- SCAN Prime (HMO): 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노 카운티
- SCAN Affirm partnered with Included LGBTQ+ Health (HMO): 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌디에이고, 샌프란시스코 카운티
- 여성이 만든, 여성을 위한 SCAN Inspired (HMO): 로스앤젤레스, 오렌지 카운티
- SCAN Compass (HMO): 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노 카운티
- SCAN Navigate (HMO): 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노 카운티
- SCAN MyChoice (HMO): 오렌지, 샌디에이고, 앨러미다, 샌마테오 카운티
- SCAN Options (HMO): 벤추라 카운티

이러한 처방약은 일반적으로 Medicare 처방약 플랜에서 보장하지 않습니다. 이러한 처방약을 조제 받을 때 지불하는 금액은 가입자의 총 약값에 포함되지 않습니다(즉 가입자가 지불하는 금액은 재해성 보장 자격을 얻는 데 도움이 되지 않습니다.). 또한 처방약 비용 지불에 대해 추가 지원을 받고 있는 경우 이러한 약의 지불에 대한 추가 지원을 받지 못합니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/한도
발기 부전		
<i>sildenafil tabs 25mg, 50mg, 100mg (generic for Viagra)</i>	1	[QL] (30일분당 4정, 연간 최대 49정)
처방 비타민		
<i>cyanocobalamin inj 1000 mcg/ml(비타민 B12)</i>	1	
<i>ergocalciferol caps 1.25mg (50,000 units) (vitamin D2)</i>	1	
<i>folic acid tabs 1 mg (vitamin B9)</i>	1	

FORMULARY DRUGS WITH QUANTITY LIMITS

수량 제한이 있는 처방집 의약

Drugs with Quantity Limits 수량 제한이 있는 처방집 의약품	
Drug Name 약 이름	Quantity Limits 수량 제한
<i>acetaminophen & codeine #2 & #3 tabs</i>	360 tabs per 30 days
<i>acetaminophen & codeine #4 tabs</i>	180 tabs per 30 days
<i>acetaminophen & codeine elixir</i>	5000ml per 30 days
<i>acyclovir cream</i>	5gm per 30 days
<i>acyclovir ointment</i>	30gm per 30 days
<i>albuterol sulfate hfa 6.7gm inhaler</i>	13.4gm per 30 days
<i>albuterol sulfate hfa 8.5gm inhaler</i>	17gm per 30 days
<i>amphetamine & dextroamphetamine</i>	60 tabs per 30 days
ATROVENT HFA	2 inhalers per 30 days
BELSOMRA	30 tabs per 30 days
<i>butorphanol tartrate nasal</i>	4 bottles per 30 days
<i>calcipotriene cream</i>	60gm: 2 tubes per 30 days; 120gm: 1 tube per 30 days
<i>calcipotriene oint</i>	60gm: 2 tubes per 30 days
<i>desonide lotion, oint & cream</i>	cream & oint: 120gm per 30 days lotion: 118ml per 30 days
<i>desoximetasone topical cream, gel & oint 0.05%</i>	120gm per 30 days
<i>desoximetasone topical cream & oint 0.25%</i>	120gm per 30 days
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	5mg: 120 tabs per 30 days; 10mg: 180 tabs per 30 days
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	5mg: 30 caps per 30 days; 10mg & 15mg: 120 caps per 30 days
<i>diflorasone diacetate</i>	60gm per 30 days
<i>endocet tabs 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg</i>	2.5-325mg & 5-325mg: 360 tabs per 30 days; 7.5-325mg: 240 tabs per 30 days; 10-325mg: 180 tabs per 30 days
<i>fentanyl patches</i>	15 patches per 30 days
<i>flunisolide nasal</i>	2 bottles per 30 days
<i>fluocinonide cream, gel & ointment</i>	15gm: 4 tubes per 30 days; 30gm: 2 tubes per 30 days; 60g: 1 tube per 30 days
<i>fluticasone propionate nasal</i>	2 bottles per 30 days
<i>hydrocodone & acetaminophen soln 7.5-325mg/15ml</i>	2700ml per 30 days
<i>hydrocodone & acetaminophen tabs 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg</i>	5-325mg: 360 tabs per 30 days; 7.5-325mg & 10-325mg: 180 tabs per 30 days

Drugs with Quantity Limits
수량 제한이 있는 처방집 의약품

Drug Name 약 이름	Quantity Limits 수량 제한
<i>hydrocodone & ibuprofen tabs 5-200mg, 7.5-200mg & 10-200mg</i>	150 tabs per 30 days
<i>ipratropium bromide nasal</i>	1 bottle per 30 days
<i>lidocaine ointment</i>	1 tube per 30 days
<i>lidocaine topical soln</i>	1 bottle per 30 days
<i>lidocaine & prilocaine</i>	30gm: 1 tube per 30 days
<i>mometasone furoate nasal</i>	3 bottles per 30 days
<i>morphine sulfate er tabs</i>	120 tabs per 30 days
<i>mupirocin cream</i>	30gm per 30 days
<i>oxycodone & acetaminophen tabs 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg</i>	2.5-325mg & 5-325mg: 360 tabs per 30 days; 7.5-325mg: 240 tabs per 30 days; 10-325mg: 180 tabs per 30 days
OXYCODONE ER TABS 10MG & 20MG	60 tabs per 30 days
<i>pimecrolimus</i>	30gm: 3 tubes per 30 days
REGRANEX	2 tubes per 30 days
SANTYL	90gm per 30 days
<i>tacrolimus oint</i>	100g per 30days
<i>tazarotene gel</i>	30gm: 3 tubes per 30 days; 100gm: 1 tube per 30
<i>tramadol er tabs</i>	30 tabs per 30 days
<i>tramadol ir tab 100mg</i>	120 tabs per 30 days
<i>tramadol & acetaminophen tabs 37.5-325mg</i>	240 tabs per 30 days
<i>zenzedi</i>	5mg: 120 tabs per 30 days 10mg: 180 tabs per 30 days

INDEX

색인

- abacavir & lamivudine*, 68
abacavir soln & tabs, 68
ABELCET INJ, 62
ABILIFY ASIMTUFII INJ, 66
ABILIFY MAINTENA INJ, 66
abiraterone acetate, 64
ABRYSVO INJ, 84
acamprosate calcium dr, 57
acarbose, 69
accutane, 75
acebutolol, 72
acetaminophen & codeine, 57, 92
acetazolamide er caps, 87
acetazolamide tabs, 86
acetic acid & hydrocortisone, 87
acetylcysteine nebulizer soln, 88
acitretin, 75
ACTHIB INJ, 84
ACTIMMUNE INJ, 82
acyclovir caps & tabs, 68
acyclovir cream, 92
acyclovir cream & oint 5%, 76
acyclovir inj, 68
acyclovir ointment, 92
acyclovir oral susp, 68
ADACEL INJ, 84
adapalene cream 0.1%, 75
adapalene gel 0.3%, 75
adefovir dipivoxil, 67
ADEMPAS, 88
ADVAIR HFA, 88
AIMOVIG INJ, 63
AKEEGA, 64
albendazole, 66
albuterol sulfate hfa 6.7gm inhaler, 87, 92
albuterol sulfate hfa 8.5gm inhaler, 87, 92
albuterol sulfate nebulizer, 87
albuterol sulfate syrup, 87
albuterol sulfate tabs, 87
alclometasone dipropionate, 75
alcohol pads, 85
ALECENSA, 64
alendronate oral soln, 85
alendronate tabs, 85
alfuzosin hcl er, 79
aliskiren, 73
allopurinol tabs 100mg & 300mg, 63
alosetron hcl tab 0.5mg, 78
alosetron hcl tab 1mg, 78
ALPHAGAN P 0.1%, 87
alprazolam er tabs, 69
alprazolam ir tabs, 69
alprazolam soln, 69
altavera, 80
ALTRENO, 75
ALUNBRIG, 64
ALUNBRIG INITIATION PACK, 64
alyacen 1/35, 80
alyq, 88
amabelz, 80
amantadine, 66
AMBISOME INJ, 62
ambrisentan, 88
amikacin inj, 58
amiloride, 73
amiloride & hydrochlorothiazide, 73
amiodarone tabs, 72
amitriptyline, 62
amlodipine, 72
amlodipine & valsartan & hydrochlorothiazide tabs, 73
amlodipine & atorvastatin, 73
amlodipine & benazepril, 73
ammonium lactate, 75
amnesteem caps, 75
amoxapine, 62
amoxicillin, 59
amoxicillin & clavulanate potassium, 59

amoxicillin & clavulanate potassium er, 59
amphetamine & dextroamphetamine, 92
amphetamine & dextroamphetamine tabs, 74
amphotericin b inj, 62
amphotericin b liposome inj, 62
ampicillin & sulbactam inj 10-5gm, 2-1gm & 1-0.5gm, 59
ampicillin inj, 59
ampicillin oral, 59
anagrelide, 71
anastrozole, 64
 ANORO ELLIPTA, 88
apomorphine hydrochloride inj, 66
aprepitant caps 80mg & 125mg, 62
aprepitant pack, 62
apri, 80
 APTIOM, 61
 APTIVUS CAPS, 69
aranelle, 80
 ARCALYST INJ, 82
 AREXVY INJ, 84
arformoterol tartrate nebulizer, 88
aripiprazole odt, 66
aripiprazole soln, 66
aripiprazole tabs, 66
 ARISTADA INITIO INJ, 66
 ARISTADA INJ, 66
armodafinil, 89
 ARNUITY ELLIPTA, 87
asenapine maleate sublingual, 66
 ASMANEX HFA, 87
 ASMANEX TWISTHALER, 87
 ASTAGRAF XL, 83
atazanavir sulfate caps, 69
atenolol, 72
atenolol & chlorthalidone, 73
atomoxetine, 74
atorvastatin, 74
atovaquone susp, 66
atovaquone/proguanil, 66
atropine sulfate soln, 85
 ATROVENT HFA, 87, 92
aubra eq, 80
 AUGTYRO, 64
 AURYXIA, 77
 AUSTEDO, 74
 AUSTEDO XR, 74
 AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT, 74
 AUVELITY, 61
aviane, 80
 AVONEX INJ, 75
 AVONEX PEN INJ, 75
 AYVAKIT, 64
 AZASAN, 83
 AZASITE, 86
azathioprine tabs 50mg, 83
azathioprine tabs 75mg & 100mg, 83
azelastine 0.05%, 86
azelastine nasal 0.1%, 87
azithromycin inj, 59
azithromycin tabs & oral susp bottle, 59
aztreonam inj, 58
bacitracin & polymyxin b ointment, 86
bacitracin ophthalmic ointment, 86
baclofen tabs, 67
balsalazide, 84
 BALVERSA, 64
 BAQSIMI, 70
 BARACLUDGE ORAL SOLN 0.05MG/ML, 67
 BCG INJ, 84
bd insulin syringe safetyglide, 85
bd insulin syringe ultrafine, 85
bd pen needle ultrafine, 85
 BELSOMRA, 89, 92
benazepril, 72
benazepril & hydrochlorothiazide, 73
 BENLYSTA INJ, 82
benztropine tabs, 66
 BESREMI INJ, 64
betaine anhydrous, 78
betamethasone dipropionate, 75
betamethasone dipropionate augmented, 75
betamethasone valerate cream, oint & lotion, 75
 BETASERON INJ, 75

betaxolol soln, 86
bethanechol, 79
 BETHKIS, 88
 BEVESPI AEROSPHERE, 88
bexarotene, 65
 BEXSERO INJ, 84
bicalutamide, 64
 BICILLIN L-A INJ, 59
 BIKTARVY, 68
bisoprolol, 72
bisoprolol & hydrochlorothiazide, 73
blisovi fe 1.5/30, 80
 BOOSTRIX INJ, 84
bosentan tabs 62.5mg & 125mg, 88
 BOSULIF, 64
 BRAFTOVI, 64
 BREO ELLIPTA, 88
 BREZTRI AEROSPHERE, 87
briellyn, 80
 BRILINTA, 71
brimonidine & timolol maleate, 85
brimonidine tartrate soln 0.15%, 87
brimonidine tartrate soln 0.2%, 87
 BRIVIACT ORAL SOLN, 60
 BRIVIACT TABS, 60
bromfenac ophthalmic soln 0.09%, 86
bromocriptine, 66
 BROMSITE, 86
 BROVANA NEBULIZER, 88
 BRUKINSA, 64
budesonide ec caps, 84
budesonide er tabs 9mg, 84
budesonide nebulizer, 87
bumetanide inj, 73
bumetanide tabs, 73
buprenorphine & naloxone sublingual film, 58
buprenorphine & naloxone sublingual tabs, 58
buprenorphine sublingual tabs, 58
bupropion, 61
bupropion sr, 61
bupropion sr 150mg, 58
bupropion xl 150mg & 300mg, 61
bupropion xl 450mg, 61
*buspiron*e, 69
butorphanol tartrate nasal, 57, 92
 BYDUREON BCISE INJ, 69
 BYETTA INJ, 69
cabergoline, 82
 CABOMETYX, 64
caffeine-ergotamine, 63
calcipotriene cream, 92
calcipotriene cream & oint, 76
calcipotriene oint, 92
calcipotriene soln, 76
calcitonin-salmon nasal, 85
calcitriol caps, 85
calcium acetate, 77
 CALQUENCE, 65
candesartan, 72
 CAPEX SHAMPOO, 75
 CAPLYTA, 67
 CAPRELSA, 65
captopril, 72
carbamazepine er tabs & caps, 61
carbamazepine tabs, chewable tabs & oral susp, 61
carbidopa, 66
carbidopa & levodopa, 66
carbidopa & levodopa & entacapone, 66
carglumic acid, 77
carisoprodol tabs 350mg, 89
carteolol, 86
cartia xt, 72
carvedilol, 72
carvedilol phosphate er, 72
caspofungin inj 50mg, 62
caspofungin inj 70mg, 63
 CAYSTON, 88
cefaclor, 59
cefaclor er, 59
cefadroxil caps & tabs, 59
cefazolin inj, 59
cefdinir, 59
cefepime inj, 59
cefixime caps, 59
cefixime susp, 59
cefoxitin sodium, 59
cefpodoxime tabs, 59

cefprozil, 59
ceftazidime inj, 59
ceftriaxone inj, 59
cefuroxime inj, 59
cefuroxime oral, 59
celecoxib, 58
 CELLCEPT CAPS, 83
 CELLCEPT ORAL SUSPENSION & TABS, 83
 CELONTIN, 60
cephalexin caps & tabs 250mg & 500mg, 59
cephalexin oral susp, 59
 CERDELGA, 78
cevimeline, 75
chlorhexidine gluconate, 75
chloroquine, 66
chlorpromazine oral, 66
chlorthalidone, 73
chlorzoxazone tabs 500mg, 89
cholestyramine, 74
cholestyramine light, 74
ciclopirox cream, gel, nail soln shampoo & susp, 76
cilastatin/imipenem inj, 59
cilostazol, 71
 CIMDUO, 68
cimetidine tabs, 78
cinacalcet tab 30mg, 85
cinacalcet tab 60mg, 85
cinacalcet tab 90mg, 85
 CINRYZE INJ, 82
 CIPRO HC, 87
ciprofloxacin & dexamethasone otic susp, 87
ciprofloxacin in d5w inj, 60
ciprofloxacin ophthalmic soln 0.3%, 86
ciprofloxacin tabs immediate-release 250mg, 500mg & 750mg, 60
citalopram oral soln, 62
citalopram tabs, 62
claravis, 75
clarithromycin, 59
clarithromycin er, 59
 CLEOCIN VAGINAL SUPP, 58
clindamycin & benzoyl peroxide gel 5%-1% & 5%-1.2%, 75
clindamycin oral, 58
clindamycin phosphate inj, 58
clindamycin phosphate/dextrose inj, 58
clindamycin topical gel, lotion, soln & swab, 76
clindamycin vaginal cream, 58
 CLINISOL SF INJ, 77
clobazam, 60
clobetasol propionate cream, foam, gel, oint & soln, 75
clobetasol propionate emollient, 75
clomipramine, 62
clonazepam, 60
clonazepam odt, 60
clonidine er 0.1mg, 74
clonidine patches, 71
clonidine tabs immediate-release, 71
clopidogrel tabs 75mg, 71
clorazepate, 69
clotrimazole & betamethasone, 76
clotrimazole cream 1%, 63
clotrimazole topical soln 1%, 63
clotrimazole troche, 63
clozapine, 67
clozapine odt, 67
 COARTEM, 66
codeine sulfate, 57
 COLCHICINE CAPS, 63
colchicine tabs, 63
colesevelam, 74
colestipol pack, 74
colestipol tabs, 74
colistimethate inj, 58
 COMBIVENT RESPIMAT, 88
 COMETRIQ, 65
 COMPLERA, 68
compro, 62
constulose soln, 78
 COPAXONE INJ 40MG/ML, 75
 COPIKTRA, 65
 CORLANOR, 73

COSENTYX INJ, 82
 COSENTYX SENSOREADY PEN INJ, 82
 COSENTYX UNOREADY PEN INJ, 82
 COTELLIC, 65
 CREON DR, 78
 CRESEMBA ORAL, 63
cromolyn sodium nebulizer soln, 88
cromolyn sodium ophthalmic soln, 86
cromolyn sodium oral, 78
cyanocobalamin inj 1000 mcg/ml, 90
cyclobenzaprine hcl ir, 89
cyclophosphamide caps & tabs, 64
 CYCLOSET, 69
cyclosporine caps, 83
cyclosporine emulsion 0.05%, 85
cyclosporine modified, 83
cyproheptadine, 87
cyred eq, 80
 CYSTAGON, 78
 CYSTARAN, 85
 CYTOMEL, 82
dabigatran etexilate, 71
dalfampridine er, 75
danazol, 80
dapsone tabs, 63
 DAPTACEL INJ, 84
daptomycin inj, 58
darunavir tab 600mg, 69
darunavir tab 800mg, 69
 DAURISMO, 65
deblitane, 81
deferasirox, 77
deferasirox tabs for soln 125mg, 77
deferasirox tabs for soln 250mg & 500mg, 77
deferiprone, 77
 DELSTRIGO, 68
demeclocycline, 60
 DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJ, 81
 DESCOVY, 68
desipramine, 62
desloratadine tabs, 87
desmopressin acetate nasal, 79
desmopressin acetate oral, 79
desogestrel & ethinyl estradiol, 80
desonide lotion, oint & cream, 75, 92
desoximetasone topical cream & oint 0.25%, 76, 92
desoximetasone topical cream, gel & oint 0.05%, 76, 92
 DESVENLAFAXINE ER, 62
desvenlafaxine succinate er, 62
dexamethasone dose pack, 79
dexamethasone elixir, 79
dexamethasone ophthalmic soln, 86
dexamethasone tabs, 79
dexmethylphenidate ir tabs, 74
dextroamphetamine sulfate, 92
dextroamphetamine sulfate er, 74, 92
dextroamphetamine sulfate tabs 5mg & 10mg, 74
dextrose (10%, 5% or 2.5%) & sodium chloride inj, 77
dextrose inj, 77
 DIACOMIT, 60
 DIAZEPAM RECTAL GEL, 60
diazepam soln & tabs, 69
diazoxide, 70
diclofenac potassium tab 50mg, 58
diclofenac sodium dr, 58
diclofenac sodium er, 58
diclofenac sodium gel 1%, 76
diclofenac sodium gel 3%, 76
diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%, 86
dicloxacillin sodium, 59
dicyclomine, 78
 DIFICID, 59
diflorasone diacetate, 76, 92
diflunisal, 58
difluprednate, 86
digoxin oral soln, 73
digoxin tab 62.5mcg, 73
digoxin tabs 125mcg & 250mcg, 73
dihydroergotamine mesylate nasal, 63
 DILANTIN CAPS, 61
 DILANTIN INFATABS, 61
 DILANTIN SUSP, 61
diltiazem er caps, 72
diltiazem tabs, 72

dilt-xr, 72
dimethyl fumarate caps, 75
dimethyl fumarate starter pack, 75
 DIPENTUM, 84
diphenoxylate & atropine oral soln, 78
diphenoxylate & atropine tabs, 78
 DIPHTHERIA & TETANUS TOXOIDS
 PEDIATRIC INJ, 84
dipyridamole er & aspirin, 71
dipyridamole oral, 71
disopyramide phosphate, 72
disulfiram, 58
divalproex sodium dr, 60
divalproex sodium er, 60
dofetilide, 72
donepezil odt, 61
donepezil tabs 5mg & 10mg, 61
dorzolamide, 87
dorzolamide & timolol maleate, 85
dotti, 80
 DOVATO, 68
doxazosin, 72
doxepin caps, 62
doxepin oral soln, 62
doxepin tabs, 89
doxercalciferol oral, 85
doxy 100 inj, 60
*doxycycline immediate-release tabs, caps & oral
 susp*, 60
dronabinol, 62
drospirenone & ethinyl estradiol 3mg/0.02mg, 80
droxidopa, 71
 DUAVEE, 82
 DULERA, 88
duloxetine hcl, 74
 DUPIXENT INJ, 82
dutasteride, 79
dutasteride & tamsulosin, 79
econazole nitrate, 63
 EDURANT, 68
*efavirenz & lamivudine & tenofovir disoproxil
 fumarate tabs*, 68
efavirenz caps & tabs, 68
*efavirenz & emtricitabine & tenofovir disoproxil
 fumarate tabs*, 68
 ELIGARD INJ, 82
 ELIQUIS STARTER PACK & TABS, 71
 ELMIRON, 79
eluryng, 80
 EMGALITY INJ, 63
 EMSAM, 61
*emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate
 tabs 100mg-150mg, 133mcg-200mg &
 167mg-250mg*, 68
*emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate
 tabs 200mg-300mg*, 68
emtricitabine caps 200mg, 68
 EMTRIVA SOLN, 68
enalapril & hydrochlorothiazide, 73
enalapril tabs, 72
 ENBREL INJ, 83
 ENBREL MINI, 83
 ENBREL SURECLICK INJ, 83
 ENDARI, 85
endocet, 57
*endocet tabs 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg &
 10-325mg*, 92
 ENGERIX-B INJ, 84
enilloring, 80
enoxaparin inj syringe, 71
enpresse-28, 80
enskyce, 80
entacapone, 66
entecavir tabs, 67
 ENTRESTO, 73
enulose, 78
 ENVARUSUS XR, 83
 EPCLUSA, 67
 EPIDIOLEX, 60
 EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR
 0.15MG/0.3ML & 0.3MG/0.3ML, 88
epitol, 61
eplerenone, 73
 EPRONTIA, 60

ergocalciferol caps 1.25mg, 90
ergoloid mesylates, 61
 ERIVEDGE, 65
 ERLEADA, 64
erlotinib, 65
ertapenem inj, 59
 ERYTHROCIN LACTOBIONATE INJ, 59
erythrocin stearate, 59
erythromycin caps & tabs, 59
erythromycin dr, 59
erythromycin ophthalmic oint, 86
erythromycin topical gel & soln, 77
escitalopram, 62
esomeprazole magnesium dr caps, 78
estarylla, 80
estazolam, 89
estradiol & norethindrone acetate 0.5mg/0.1mg & 1mg/0.5mg, 80
estradiol oral, 80
estradiol patches, 80
estradiol vaginal cream, 80
estradiol vaginal tabs, 80
 ESTRING, 80
ethambutol, 63
ethinyl estradiol & ethynodiol, 80
ethinyl estradiol & norethindrone acetate 5mcg/1mg & 2.5mcg-0.5mg, 80
ethosuximide, 60
etodolac, 58
etodolac er, 58
etonogestrel & ethinyl estradiol ring, 80
etravirine tabs 100mg, 68
etravirine tabs 200mg, 68
everolimus 0.25mg, 83
everolimus 0.5mg, 0.75mg, 1mg, 83
everolimus tabs 2.5mg, 5mg, 7.5mg & 10mg, 65
everolimus tabs for suspension 2mg, 3mg & 5mg, 65
 EVOTAZ, 69
exemestane, 64
 EXKIVITY, 65
ezetimibe, 74
ezetimibe & simvastatin, 74
falmina, 80
famciclovir, 68
famotidine tabs, 78
 FANAPT, 67
 FANAPT TITRATION PACK, 67
 FARXIGA, 70
 FASENRA INJ, 88
febuxostat, 63
felbamate oral susp 600mg/5ml, 60
felbamate tabs 400mg, 60
felbamate tabs 600mg, 60
felodipine er, 72
fenofibrate caps 43mg & 130mg, 73
fenofibrate micronized caps 67mg, 134mg & 200mg, 73
fenofibrate tabs 48mg, 54mg, 145mg & 160mg, 73
fenofibric acid dr caps, 74
fantanyl citrate lozenges 200mcg, 57
fantanyl citrate lozenges 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg & 1600mcg, 57
fantanyl patches, 92
fantanyl patches 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr & 75mcg/hr, 100mcg/hr, 57
 FERRIPROX SOLN, 77
 FERRIPROX TAB 1000MG, 77
fesoterodine fumarate er, 79
 FETZIMA, 62
 FETZIMA TITRATION PACK, 62
finasteride tabs 5mg, 79
ingolimod, 75
 FINTEPLA, 60
flavoxate, 79
flecainide acetate, 72
fluconazole in sodium chloride inj, 63
fluconazole oral, 63
flucytosine, 63
fludrocortisone acetate, 79
flunisolide nasal, 87, 92
fluocinolone acetonide cream, oint, soln, 76
fluocinolone acetonide otic soln, 87
fluocinolone acetonide scalp oil, 76
fluocinonide cream 0.05%, gel & oint, 76
fluocinonide cream, gel & ointment, 92
fluocinonide emulsified base cream, 76

fluocinonide soln, 76
fluorometholone, 86
 FLUOROURACIL CREAM 0.5%, 76
fluorouracil topical 2% and 5%, 76
fluoxetine hcl caps 10mg, 20mg & 40mg, 62
fluoxetine hcl oral soln, 62
fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg, 62
fluphenazine decanoate inj, 66
fluphenazine inj, 66
fluphenazine oral, 66
flurazepam caps, 89
fluticasone propionate cream & oint, 76
fluticasone propionate nasal, 87, 92
fluticasone propionate/salmeterol diskus 100mcg-50mcg, 250mcg-50mcg & 500mcg-50mcg, 88
fluvoxamine, 62
fluvoxamine er, 62
folic acid tabs 1 mg, 90
fondaparinux inj 2.5mg/0.5ml & 5mg/0.4ml, 71
fondaparinux inj 7.5mg/0.6ml & 10mg/0.8ml, 71
 FORFIVO XL, 61
formoterol fumarate nebulizer, 88
 FORTEO INJ, 85
fosamprenavir tabs, 69
fosfomycin pack, 58
fosinopril, 72
fosinopril & hydrochlorothiazide, 73
 FOTIVDA, 64
 FRUZAQLA, 65
furosemide inj, 73
furosemide oral, 73
 FUZEON INJ, 69
fyavolv, 80
 FYCOMPA, 60
gabapentin caps, ir tabs & oral soln, 60
galantamine, 61
galantamine er caps, 61
galantamine soln, 61
galantamine tabs, 61
 GAMMAGARD INJ, 82
 GAMUNEX-C INJ, 82
 GARDASIL 9 INJ, 84
 GATTEX INJ, 78
gauze pads 2, 85
gavilyte-c, 78
gavilyte-g, 78
 GAVRETO, 64
gefitinib, 65
gemfibrozil, 74
 GEMTESA, 79
generlac, 78
gengraf, 83
 GENOTROPIN INJ, 79
 GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG, 0.4MG, 0.6MG & 0.8MG, 79
 GENOTROPIN MINIQUICK INJ 1MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG & 2MG, 79
gentamicin cream 0.1% & oint 0.1%, 58
gentamicin inj 40mg/ml, 58
gentamicin ophthalmic soln 0.3%, 86
 GENVOYA, 68
 GILOTRIF, 65
glatiramer acetate inj, 75
glatopa inj, 75
 GLEOSTINE CAPS, 64
glimepiride, 70
glimepiride & pioglitazone, 70
glipizide & metformin tabs, 70
glipizide er, 70
glipizide tabs 5mg & 10mg, 70
 GLUCAGEN HYPOKIT INJ, 70
 GLUCAGON EMERGENCY KIT INJ, 70
glycopyrrolate tabs 1mg & 2mg, 78
 GLYXAMBI, 70
granisetron oral, 62
griseofulvin microsize, 63
guanfacine ir, 71
 GVOKE INJ, 70
halobetasol propionate cream & ointment, 76
haloette, 80
haloperidol decanoate inj, 66
haloperidol lactate inj, 66
haloperidol oral, 66

HARVONI, 67
 HAVRIX INJ, 84
heather tabs, 81
 HEMADY, 79
heparin inj vials 1000u/ml, 5000u/ml, 10000u/ml & 20000u/ml, 71
 HEPLISAV-B INJ, 84
 HIBERIX INJ, 84
 HUMALOG CARTRIDGE INJ, 70
 HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ, 70
 HUMALOG KWIKPEN INJ, 70
 HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ, 70
 HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ, 70
 HUMALOG MIX 75/25 VIAL INJ, 70
 HUMALOG VIAL INJ, 70
 HUMATROPE INJ CARTRIDGE 12MG & 24MG, 80
 HUMATROPE INJ CARTRIDGE 6MG, 80
 HUMIRA INJ, 83
 HUMIRA PEDIATRIC CROHNS STARTER PACK INJ, 83
 HUMIRA PEN INJ, 83
 HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJ, 83
 HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK INJ, 83
 HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ, 83
 HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ, 70
 HUMULIN 70/30 VIAL INJ, 70
 HUMULIN N KWIKPEN INJ, 70
 HUMULIN N VIAL INJ, 70
 HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) KWIKPEN INJ, 70
 HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) VIAL INJ, 70
 HUMULIN R VIAL INJ, 70
hydralazine oral, 74
hydrochlorothiazide, 73
hydrocodone & acetaminophen soln, 92
hydrocodone & acetaminophen soln 7.5-325mg/15ml, 57
hydrocodone & acetaminophen tabs, 92
hydrocodone & acetaminophen tabs 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg, 57
hydrocodone & ibuprofen, 57, 93
hydrocortisone butyrate cream, oint & soln, 76
hydrocortisone cream, lotion & oint 2.5%, 76
hydrocortisone enema, 85
hydrocortisone oral, 79
hydrocortisone valerate, 76
hydromorphone immediate-release oral soln & tabs, 57
hydromorphone inj, 57
hydroxychloroquine tab 200mg, 66
hydroxyurea, 64
hydroxyzine hcl tabs, 87
hydroxyzine pamoate caps, 87
ibandronate oral, 85
 IBRANCE, 65
ibu, 58
ibuprofen, 58
icatibant inj, 82
 ICLUSIG, 65
icosapent ethyl, 74
 IDHIFA, 64
imatinib, 65
 IMBRUVICA, 65
imipramine hcl tabs, 62
imiquimod cream 3.75%, 76
imiquimod cream 5%, 76
 IMOVAX RABIES INJ, 84
 IMURAN TABS, 83
 IMVEXXY PACK, 80
incassia, 81
 INCRELEX INJ, 80
indapamide, 73
indomethacin er, 58
indomethacin ir caps, 58
 INFANRIX INJ, 84
 INLYTA, 65
 INQOVI, 65
 INREBIC, 64
 INSULIN GLARGINE SOLOSTAR INJ 100UNIT/ML, 70
 INSULIN GLARGINE VIAL INJ 100UNIT/ML, 70
 INSULIN LISPRO VIAL INJ, 71
 INTELENCE TAB 25MG, 68
 INTRALIPID INJ, 77
introvale, 80

INVEGA HAFYERA INJ, 67
 INVEGA SUSTENNA INJ 39MG, 67
 INVEGA SUSTENNA INJ 78MG, 117MG,
 156MG & 234MG, 67
 INVEGA TRINZA INJ, 67
 IPOL INACTIVATED IPV INJ, 84
*ipratropium bromide & albuterol sulfate
 nebulizer, 88*
ipratropium bromide nasal, 87, 93
ipratropium bromide nebulizer, 87
irbesartan, 72
irbesartan hct, 73
 IRESSA, 65
 ISENTRESS 100MG CHEW TABS, 68
 ISENTRESS CHEW TABS 25MG, 68
 ISENTRESS HD TABS, 68
 ISENTRESS ORAL POWDER, 68
 ISENTRESS TABS, 68
isibloom, 80
isoniazid, 63
*isosorbide dinitrate tabs 5mg, 10mg, 20mg &
 30mg, 74*
isosorbide mononitrate, 74
isosorbide mononitrate er, 74
isotretinoin caps 10mg, 20mg, 30mg & 40mg, 75
isradipine, 72
 ISTURISA, 82
itraconazole, 63
ivermectin tabs, 66
 IWILFIN, 64
 IXCHIQ INJ, 84
 IXIARO INJ, 84
 JAKAFI, 65
jantoven, 71
 JANUMET, 70
 JANUMET XR, 70
 JANUVIA, 70
 JARDIANCE, 70
jasmiel, 80
 JAYPIRCA TABS, 65
 JENTADUETO, 70
 JENTADUETO XR, 70
jinteli, 80
juleber, 80
 JULUCA, 68
junel 21 day, 80
junel fe 1/20, 80
 JUXTAPID, 74
 JYNNEOS INJ, 84
 KALYDECO, 88
kariva, 80
kelnor 1/35, 1/50, 80
 KERENDIA, 73
ketoconazole cream, shampoo & tabs, 63
ketorolac oral tabs, 58
ketorolac soln 0.4% & 0.5%, 86
 KINERET INJ, 82
 KINRIX INJ, 84
 KISQALI, 65
 KISQALI FEMARA CO-PACK, 65
 KITABIS NEBULIZER, 88
klor-con pack, 77
klor-con tabs, 77
 KLOXXADO, 58
 KORLYM, 85
 KOSELUGO, 85
kourzeq, 75
 KRAZATI, 64
kurvelo, 80
labetalol oral, 72
lacosamide oral, 61
 LACRISERT, 85
lactulose soln 10g/15ml, 78
 LAGEVRIO, 85
lamivudine & zidovudine, 68
lamivudine soln, 68
lamivudine tabs 100mg, 67
lamivudine tabs 150mg & 300mg, 68
lamotrigine chewable tabs, 69
lamotrigine immediate-release tabs, 69
lamotrigine odt, 69
lamotrigine odt kit, 69
lamotrigine starter kit, 69
lamotrigine titration kit, 69

LANOXIN ORAL, 73
lansoprazole dr caps, 78
lanthanum carbonate, 77
 LANTUS SOLOSTAR PEN INJ, 71
 LANTUS VIAL INJ, 71
lapatinib, 65
larin, 80
larin fe, 80
latanoprost, 87
 LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR, 67
leena, 80
leflunomide, 83
lenalidomide, 64
 LENVIMA, 65
letrozole, 64
leucovorin oral, 66
 LEUKERAN, 64
 LEUKINE INJ, 71
leuprolide acetate inj kit 1mg/0.2ml, 82
levabuterol nebulizer, 88
 LEVALBUTEROL TARTRATE HFA, 88
 LEVEMIR FLEXPEN INJ, 71
 LEVEMIR VIAL INJ, 71
levetiracetam er, 60
levetiracetam oral, 60
levobunolol, 86
levocarnitine oral, 85
levocetirizine, 87
levofloxacin in d5w inj, 60
levofloxacin oral soln, 60
levofloxacin tabs, 60
levonest, 80
levonorgestrel & ethinyl estradiol 0.1-0.02mg & 0.15-0.03mg & triphasic packs, 81
levonorgestrel & ethinyl estradiol and ethinyl estradiol 0.1/0.02mg-0.01mg packs, 81
levora, 81
levothyroxine tabs, 82
levoxyl, 82
 LEXIVA ORAL SUSP, 69
lidocaine & prilocaine, 93
lidocaine & prilocaine cream, 57
lidocaine ointment, 57, 93
lidocaine patch, 57
lidocaine topical soln, 57, 93
lidocaine viscous soln, 75
lidocan III, 57
linezolid inj, 58
linezolid oral susp and tabs, 58
 LINZESS, 78
liothyronine tabs, 82
lisinopril, 72
lisinopril & hydrochlorothiazide, 73
lithium carbonate, 69
lithium carbonate er, 69
lithium citrate oral soln, 69
 LODINE TABS, 58
 LOKELMA, 77
 LONSURF, 64
loperamide caps 2mg, 78
lopinavir & ritonavir, 69
lorazepam soln & tabs, 69
 LORBRENA, 65
loryna, 81
losartan, 72
losartan hct, 73
 LOTEMAX OINT, 86
 LOTEMAX SM GEL 0.38%, 86
lovastatin, 74
low-ogestrel, 81
loxapine, 66
lubiprostone, 78
 LUMAKRAS, 64
 LUMIGAN, 87
 LUPRON DEPOT INJ, 82
lurasidone hcl tabs, 67
 LYBALVI, 67
lyleq, 81
lyllana, 81
 LYNPARZA, 65
 LYSODREN, 82
 LYTGOBI TABS, 64
 LYUMJEV KWIKPEN INJ, 71
 LYUMJEV VIAL INJ, 71
lyza, 81
magnesium sulfate inj, 77
malathion, 76
maraviroc, 69

marlissa 28 day, 81
 MARPLAN, 61
 MATULANE, 64
meclizine, 62
 MEDROL TABS, 79
medroxyprogesterone acetate inj, 81
medroxyprogesterone acetate tabs, 81
mefloquine, 66
megestrol acetate oral susp 40mg/ml, 81
megestrol tabs, 81
 MEKINIST, 65
 MEKTOVI, 65
meloxicam tabs, 58
memantine hcl immediate release, 61
memantine hcl soln, 61
memantine hcl titration pack, 61
 MENACTRA INJ, 84
 MENEST, 81
 MENQUADFI INJ, 84
 MENVEO-A/C/Y/W-135 INJ, 84
meprobamate, 69
mercaptapurine, 64
meropenem inj, 59
mesalamine dr, 84
mesalamine enema, 84
mesalamine er caps, 84
mesalamine rectal suppository, 84
 MESNEX TABS, 66
metformin er uncoated tabs 500mg & 750mg, 70
metformin tabs, 70
methadone oral, 57
methazolamide, 87
methenamine hippurate, 58
methimazole, 82
methocarbamol tabs, 89
methotrexate inj 50mg/2ml, 83
methotrexate oral, 83
methoxsalen, 76
methsuximide, 60
methylphenidate er tabs 10mg & 20mg, 74
methylphenidate ir tabs 5mg, 10mg & 20mg, 74
methylprednisolone dose pack, 79
methylprednisolone oral, 79
metoclopramide oral tablets & soln, 78
metolazone, 73
metoprolol & hydrochlorothiazide, 73
metoprolol succinate er, 72
metoprolol tartrate tabs 25mg,50mg & 100mg, 72
metronidazole inj, 58
metronidazole oral, 58
metronidazole topical, 58
metronidazole vagina gel, 59
metryrosine caps, 73
mexiletine, 72
microgestin 1/20 & 1.5/30, 81
microgestin 24 fe, 81
microgestin fe 1/20 & 1.5/30, 81
midodrine tabs, 72
mifepristone tabs, 85
migergot suppository, 63
miglustat, 78
mili, 81
 MILLIPRED, 79
mimvey, 81
minocycline ir, 60
minoxidil, 74
mirtazapine, 61
mirtazapine odt, 61
misoprostol, 78
 M-M-R II INJ, 84
modafinil, 89
moexipril, 72
molindone, 66
mometasone cream, oint & soln, 76
mometasone furoate nasal, 87
mometasone furoate nasal, 93
montelukast, 87
morphine sulfate er tabs, 57, 93
morphine sulfate oral, 57
 MOUNJARO INJ, 70
 MOVANTIK, 78
moxifloxacin hcl ophthalmic, 86
moxifloxacin inj, 60

moxifloxacin oral, 60
 MULTAQ, 72
mupirocin cream, 77, 93
mupirocin ointment, 77
mycophenolate mofetil caps & tabs, 83
mycophenolate mofetil oral susp, 83
mycophenolic acid dr, 83
 MYFORTIC, 83
 MYRBETRIQ, 79
nabumetone, 58
nadolol, 72
naftillin sodium inj, 59
naloxone inj, 58
naloxone nasal, 58
naltrexone, 58
naproxen dr tabs, 58
naproxen sodium ir tabs, 58
naproxen tabs 250mg, 375mg & 500mg, 58
naratriptan, 63
 NATACYN, 86
nateglinide, 70
 NAYZILAM, 60
nebivolol hcl, 72
 NEBUPENT NEBULIZER, 66
necon, 81
nefazodone, 61
neomycin & polymyxin & bacitracin, 85
neomycin & polymyxin & bacitracin & hydrocortisone, 85
neomycin & polymyxin & dexamethasone, 85
neomycin & polymyxin & gramicidin ophthalmic, 85
neomycin & polymyxin & hydrocortisone, 86, 87
neomycin sulfate oral, 58
neo-polycin hc ophthalmic ointment, 86
neo-polycin ophthalmic ointment, 86
 NEORAL, 83
 NERLYNX, 65
 NEUPRO PATCH, 66
nevirapine er, 68
nevirapine susp & tabs, 68
niacin er tabs, 74
nicardipine caps, 72
 NICOTROL INHALER, 58
 NICOTROL NASAL, 58
nifedipine caps, 72
nifedipine er, 72
nikki, 81
nilutamide, 64
nimodipine, 72
 NINLARO, 64
nisoldipine er, 72
nitazoxanide, 66
nitisinone, 78
nitro-bid oint, 74
 NITRO-DUR PATCHES 0.3MG/HR & 0.8MG/HR, 74
nitrofurantoin caps, 59
nitroglycerin lingual, 74
nitroglycerin patches, 74
nitroglycerin sublingual, 74
 NIVESTYM INJ, 71
norethindrone, 81
norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 0.4mg/0.035mg, 81
norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 20mcg/75mg/1mg, 81
norgestimate-ethinyl estradiol, 81
nortriptyline, 62
 NORVIR POWDER, 69
 NUBEQA, 64
 NUEDEXTA, 74
 NUPLAZID, 67
 NURTEC ODT, 63
nyamyc, 63
nylia 7/7/7 & 1/35, 81
nymyo, 81
nystatin, 63
nystatin & triamcinolone, 76
nystop, 63
octreotide inj 1000mcg/ml, 82
octreotide inj 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml & 500mcg/ml, 82
 ODEFSEY, 68
 ODOMZO, 65
 OFEV, 88
ofloxacin ophthalmic, 86
ofloxacin oral, 60

ofloxacin otic, 87
 OJJAARA, 65
olanzapine inj, tabs & odt tabs, 67
olmesartan, 72
olmesartan & amlodipine, 73
olmesartan hct, 73
olmesartan medoxomil & amlodipine & hydrochlorothiazide tabs, 73
omega-3-acid ethyl esters, 74
omeprazole caps, 78
ondansetron odt, 62
ondansetron oral soln, 62
ondansetron tabs 4mg & 8mg, 62
 ONUREG, 64
 OPSUMIT, 88
 ORAPRED ODT, 79
 ORENCIA CLICKJET, 82
 ORENCIA INJ PF SYRINGE, 82
 ORFADIN CAPS 20MG, 79
 ORFADIN SUSP, 79
 ORGOVYX, 82
 ORKAMBI, 88
 ORSERDU TABS, 64
oseltamivir caps, 69
oseltamivir susp, 69
 OTEZLA, 82
 OTEZLA STARTER, 82
oxazepam, 69
oxcarbazepine susp, 61
oxcarbazepine tabs, 61
oxybutynin er, 79
oxybutynin ir, 79
oxycodone & acetaminophen, 93
oxycodone & acetaminophen 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg, 57
 OXYCODONE ER TABS, 57
 OXYCODONE ER TABS 10MG & 20MG, 93
oxycodone immediate-release, 57
oxycodone oral soln, 57
 OXYTROL, 79
 OZEMPIC INJ, 70
pacerone tabs, 72
paliperidone er tabs, 67
 PANRETIN, 65
pantoprazole tabs, 78
paricalcitol caps, 85
paroxetine hcl er, 62
paroxetine hcl ir tabs, 62
paroxetine hcl susp, 62
paroxetine mesylate, 85
 PAXLOVID, 85
pazopanib, 65
 PEDIARIX INJ, 84
 PEDVAX HIB INJ, 84
peg 3350 & electrolytes, 78
peg 3350 & sodium chloride & sodium bicarbonate & potassium chloride, 78
peg 3350 & sodium sulfate & sodium chloride & potassium chloride & sodium ascorbate & ascorbic, 78
 PEGASYS INJ, 82
 PEMAZYRE, 64
 PENBRAYA INJ, 84
penciclovir cream, 77
penicillamine tabs, 77
penicillin g inj 5 million units & 20 million units, 59
penicillin v potassium, 59
pentamidine inhalation soln, 66
pentamidine inj, 66
 PENTASA CAP 250MG, 84
pentoxifylline er, 73
 PERFOROMIST NEBULIZER, 88
perindopril, 72
periogard, 75
permethrin cream, 76
perphenazine, 66
perphenazine & amitriptyline, 61
 PERSERIS INJ, 67
 PETACEL INJ, 84
phenelzine, 61
phenobarbital elixir & tabs, 60
phenytek, 61
phenytoin chewable tabs, 61

phenytoin er, 61
phenytoin oral susp, 61
 PHOSPHOLINE IODIDE, 87
 PIFELTRO, 68
pilocarpine soln, 87
pilocarpine tabs, 75
pimecrolimus, 76, 93
pimozide, 66
pimtrea, 81
pindolol, 72
pioglitazone, 70
pioglitazone & metformin, 70
piperacillin/tazobactam inj, 59
 PIQRAY, 65
pirfenidone tabs, 88
piroxicam, 58
 PLEGRIDY INJ, 75
plenamine inj, 77
 PLENVU, 78
pmdd fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg, 85
podofilox soln, 76
polycin ophthalmic ointment, 86
polymyxin b sulfate & trimethoprim sulfate ophthalmic soln, 86
 POMALYST, 64
posaconazole dr tabs, 63
posaconazole suspension, 63
potassium chloride & dextrose & lactated ringers inj, 77
potassium chloride & dextrose & sodium chloride inj 2mEq/5%/0.2%, 10mEq/5%/0.45%, 20mEq/5%/0.45%, 20mEq/5%/0.9%, 30mEq/5%/0.45% 40mEq/5%/0.9% & 40mEq/5%/0.45%, 77
potassium chloride & dextrose 20mEq/5% inj, 77
potassium chloride er & cr, 77
potassium chloride inj, 77
potassium chloride oral soln, 77
potassium chloride pack 20meq, 77
potassium citrate er, 77
pramipexole ir, 66
prasugrel, 71
pravastatin, 74
prazosin, 72
 PRED MILD, 86
prednisolone acetate, 86
prednisolone odt, 79
prednisolone oral soln, 79
prednisolone sodium phosphate, 86
prednisolone tablet 5mg, 79
 PREDNISON INTENSOL, 85
prednisone oral soln, 85
prednisone tab pack, 79
prednisone tabs, 85
pregabalin, 61
 PREHEVBRIO INJ, 84
 PREMARIN ORAL, 81
 PREMARIN VAGINAL CREAM, 81
 PREMPHASE, 81
 PREMPRO, 81
prenatal multi-vitamin, 78
prevalite, 74
 PREVYMIS, 67
 PREZCOBIX, 69
 PREZISTA SUSP 100MG/ML, 69
 PREZISTA TABS 600MG & 800MG, 69
 PREZISTA TABS 75MG & 150MG, 69
 PRIFTIN, 64
 PRIMAQUINE, 66
 PRIMIDONE TABS 125MG, 61
primidone tabs 50mg & 250mg, 61
 PRIORIX INJ, 84
 PROAIR RESPICLICK, 88
probenecid, 63
probenecid & colchicine, 63
prochlorperazine oral, 62
prochlorperazine suppositories, 62
 PROCROT INJ 20000UNIT/ML & 40000UNIT/ML, 71
 PROCROT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML & 10000UNIT/ML, 71
procto-med hc, 85
procto-pak, 85
proctosol hc, 85
proctozone-hc, 85
progesterone caps, 81
 PROGRAF CAPS, 83
 PROGRAF PACK, 83

PROLASTIN C INJ, 88
 PROLENSA, 86
 PROLIA INJ, 85
 PROMACTA, 71
promethazine suppositories, 62
promethazine syrup, 62
promethazine tabs, 62
promethegan, 62
propafenone tabs, 72
propranolol er caps, 72
propranolol ir tabs, 72
propranolol oral soln, 72
propylthiouracil, 82
 PROQUAD INJ, 84
 PROSOL INJ, 77
protriptyline, 62
 PULMICORT NEBULIZER, 87
 PULMOZYME, 88
 PURIXAN, 64
pyrazinamide, 64
pyridostigmine er tabs 180mg, 63
pyridostigmine soln, 63
pyridostigmine tabs 60mg, 63
pyrimethamine, 66
 QINLOCK, 64
 QUADRACEL INJ, 84
quetiapine er tabs, 67
 QUETIAPINE FUMARATE 150MG TABS, 67
*quetiapine fumarate 25mg, 50mg, 100mg,
 200mg, 300mg & 400mg tabs, 67*
quinapril, 72
quinidine gluconate cr, 72
quinidine sulfate, 72
quinine sulfate caps, 66
 QULIPTA TABS, 63
 QVAR REDIHALER, 87
 RABAVERT INJ, 84
rabeprazole sodium, 78
raloxifene hcl, 82
ramelteon, 89
ramipril, 72
ranolazine er, 73
 RAPAMUNE SOLN, 83
 RAPAMUNE TABS, 83
rasagiline, 66
 RAVICTI, 79
 RAYALDEE, 85
 REBIF INJ, 75
 REBIF REBIDOSE INJ, 75
 REBIF REBIDOSE TITRATION PACK INJ, 75
 REBIF TITRATION PACK INJ, 75
reclipsen, 81
 RECOMBIVAX HB INJ, 84
 RECTIV, 78
 REGRANEX, 76, 93
 RELENZA DISKHALER, 69
 RELISTOR INJ, 78
 RELISTOR TABS, 78
repaglinide, 70
 REPATHA INJ, 74
 RETACRIT INJ 20000UNIT/ML &
 40000UNIT/ML, 71
 RETACRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML,
 4000UNIT/ML, 10000UNIT/ML &
 20000UNIT/2ML, 71
 RETEVMO, 64
 REXULTI, 67
 REYATAZ ORAL POWDER, 69
 REZLIDHIA CAPS, 65
 RHOPRESSA, 87
ribavirin, 67
 RIDAURA, 82
rifabutin, 63
rifampin inj, 64
rifampin oral and inj, 64
riluzole, 74
rimantadine, 69
 RINVOQ, 82
risedronate sodium, 85
risedronate sodium dr, 85
 RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG & 25MG, 67
 RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG & 50MG, 67
risperidone, 67
risperidone er inj 12.5mg & 25mg, 67

risperidone er inj 37.5mg & 50mg, 67
risperidone odt, 67
ritonavir tabs, 69
rivastigmine caps, 61
rivastigmine patches, 61
rizatriptan, 63
rizatriptan odt, 63
 ROCKLATAN, 86
roflumilast tabs, 88
ropinirole ir, 66
rosuvastatin, 74
 ROTARIX, 84
 ROTATEQ, 84
roweepira 500mg, 60
 ROZLYTREK, 64
 RUBRACA, 65
rufinamide, 61
 RUKOBIA, 69
 RYBELSUS, 70
 RYDAPT, 65
sajazir inj, 82
 SANDIMMUNE CAPS 25MG & 100MG, 83
 SANDIMMUNE ORAL SOLN 100MG/ML, 83
 SANTYL, 76, 93
sapropterin, 79
 SAVELLA, 74
 SAVELLA TITRATION PACK, 75
 SCEMBLIX, 65
scopolamine patch, 62
 SECUADO, 67
selegiline, 66
selenium sulfide lotion, 76
 SELZENTRY 25MG & 75MG, 69
 SELZENTRY SOLN, 69
 SEREVENT DISKUS, 88
 SEROQUEL XR, 67
sertraline oral soln, 62
sertraline tabs, 62
setlakin, 81
sevelamer carbonate powder, 77
sevelamer carbonate tabs, 77
sharobel, 82
 SHINGRIX INJ, 84
 SIGNIFOR INJ, 82
sildenafil tab 20mg, 88
sildenafil tab 25mg, 50mg, 100mg, 90, 91
silver sulfadiazine, 76
 SIMBRINZA, 86
simvastatin, 74
sirolimus soln, 83
sirolimus tabs, 83
 SIRTURO, 64
 SIVEXTRO TABS & INJ, 59
 SKYRIZI INJ, 82
sodium chloride inj, 77
 SODIUM OXYBATE ORAL SOLN, 89
sodium phenylbutyrate powder & tabs, 79
sodium polystyrene sulfonate powder, 78
sodium sulfate, potassium sulfate and magnesium sulfate, 78
 SOFOSBUVIR/VELPATASVIR, 67
solifenacin succinate, 79
 SOLIQUA INJ, 71
 SOLTAMOX, 64
 SOMAVERT INJ, 82
sorafenib, 65
sorine, 72
sotalol tabs, 72
 SPIRIVA HANDIHALER, 87
 SPIRIVA RESPIMAT, 87
spironolactone & hydrochlorothiazide, 73
spironolactone tabs, 73
 SPRITAM, 60
 SPRYCEL, 65
sps suspension, 78
ssd, 76
 STELARA INJ, 82
 STIOLTO RESPIMAT, 88
 STIVARGA, 65
streptomycin inj, 58
 STRIBILD, 68
 STRIVERDI RESPIMAT, 88
subvenite starter kit, 69
subvenite tabs, 69
 SUCRAID, 79
sucrafate tabs, 78
sulfacetamide sodium & prednisolone sodium phosphate ophthalmic, 86

sulfacetamide sodium ophthalmic oint & soln
 10%, 86
sulfacetamide sodium topical lotion 10%, 60
sulfadiazine tabs, 60
sulfamethoxazole & trimethoprim ds tabs, 60
sulfamethoxazole & trimethoprim oral susp, 60
sulfamethoxazole & trimethoprim tabs, 60
sulfasalazine, 84
sulindac, 58
sumatriptan nasal, 63
sumatriptan succinate inj, 63
sumatriptan succinate tabs, 63
sunitinib malate, 65
 SUNLENCA, 69
 SYMLINPEN INJ, 70
 SYMPAZAN 10MG & 20MG, 61
 SYMPAZAN 5MG, 61
 SYMTUZA, 69
 SYNAREL, 82
 SYNJARDY, 70
 SYNJARDY XR, 70
 SYNTHROID, 82
 TABLOID, 64
 TABRECTA, 64
tacrolimus caps 0.5mg & 1mg, 83
tacrolimus caps 5mg, 83
tacrolimus oint, 76, 93
tadalafil tab 20mg, 88
 TAFINLAR, 65
 TAGRISSO, 65
 TALZENNA, 65
tamoxifen, 64
tamsulosin, 79
tarina fe 1/20 eq, 81
 TASIGNA, 65
tasimelteon caps, 89
tazarotene cream, 75
tazarotene gel, 75, 93
tazicef inj, 59
 TAZORAC CREAM 0.05%, 75
taztia xt, 72
 TAZVERIK, 64
 TDVAX INJ, 84
 TEFLARO INJ, 59
 TEGRETOL, 61
 TEGRETOL XR, 61
telmisartan, 72
temazepam caps 22.5mg, 89
temazepam caps 7.5mg, 15mg & 30mg, 89
 TENIVAC INJ, 84
tenofovir disoproxil fumarate, 68
 TEPMETKO, 65
terazosin, 72
terbinafine, 63
terbutaline sulfate oral, 88
terconazole, 63
teriflunomide tabs, 75
 TERIPARATIDE INJ, 85
testosterone cypionate inj, 80
testosterone enanthate inj, 80
testosterone gel 1% & 1.62%, 80
testosterone gel 25mg/2.5g, 20.25mg/1.25g,
40.5mg/2.5g & 50mg/5g, 80
tetrabenazine, 74
tetracycline, 60
 THALOMID, 64
theophylline er tabs, 88
 THIOLA EC, 79
thioridazine, 66
thiothixene, 66
tiadylt er, 72
tiagabine, 61
 TIBSOVO, 65
 TICOVAC INJ, 84
tigecycline inj, 59
timolol ophth soln 12 hours 0.25% & 0.5% multi-
use bottles, 86
timolol ophthalmic gel forming, 86
timolol oral, 72
tiopronin, 79
 TIVICAY PD, 68
 TIVICAY TAB 10MG, 68
 TIVICAY TABS 25MG & 50MG, 68
tizanidine caps, 67

tizanidine tabs, 67
 TOBI PODHALER, 88
 TOBI SOLN, 88
 TOBRADEX OINT, 86
tobramycin & dexamethasone ophthalmic suspension, 86
tobramycin nebulizer, 88
tobramycin ophthalmic solution, 86
tobramycin sulfate inj, 58
tolterodine tartrate er, 79
topiramate immediate-release, 63
toremifene citrate, 64
torseamide, 73
 TOUJEO MAX SOLOSTAR INJ, 71
 TOUJEO SOLOSTAR INJ, 71
 TPN ELECTROLYTES INJ, 77
 TRACLEER 32MG, 88
 TRADJENTA, 70
tramadol & acetaminophen, 57, 93
tramadol er tabs, 57, 93
tramadol ir tab 100mg, 57, 93
tramadol tab 50mg, 57
trandolapril, 72
tranexamic acid tabs, 71
tranylcypromine, 61
 TRAVASOL INJ, 77
travoprost, 87
trazodone, 61
 TRECATOR, 64
 TRELEGY ELLIPTA, 88
 TRELSTAR MIXJECT INJ, 82
 TRESIBA FLEXTOUCH INJ, 71
 TRESIBA VIAL INJ, 71
tretinoin caps, 65
tretinoin cream, 75
tretinoin gel 0.01%, 0.025% & 0.05%, 75
triamcinolone acetonide topical cream & lotion, 76
triamcinolone acetonide topical oint 0.025%, 0.1% & 0.5%, 76
triamcinolone dental paste, 75
triamterene & hydrochlorothiazide, 73
triazolam, 89
triderm cream 0.1%, 76
trientine cap 250mg, 77
tri-estarylla, 81
trifluoperazine, 66
trifluridine, 86
trihexyphenidyl elixir & tabs, 66
 TRIJARDY XR, 70
 TRIKAFTA, 88
 TRILEPTAL, 61
tri-lo-estarylla, 81
tri-lo-sprintec, 81
trimethoprim, 59
tri-mili, 81
trimipramine maleate, 62
 TRINTELLIX, 61
tri-nymyo, 81
tri-sprintec, 81
 TRIUMEQ, 68
 TRIUMEQ PD, 68
trivora-28, 81
tri-vylibra, 81
tri-vylibra lo, 81
 TRIZIVIR, 68
tropium er, 79
tropium ir, 79
 TRULICITY INJ, 70
 TRUMENBA INJ, 84
 TRUQAP, 65
 TUKYSA, 64
 TURALIO, 65
turqoz, 81
 TWINRIX INJ, 84
 TYBOST, 69
 TYMLOS INJ, 85
 TYPHIM VI INJ, 84
 UBRELVY, 63
 UDENYCA INJ, 71
unithroid, 82
 UPTRAVI, 88
ursodiol cap 300mg & tabs 250mg & 500mg, 78
 UZEDY INJ, 67
valacyclovir, 68
 VALCHLOR, 64
valganciclovir, 67
valproic acid oral caps & soln, 60

valsartan & amlodipine, 73
valsartan hct, 73
valsartan tabs, 72
 VALTOCO, 61
vancomycin caps, 59
vancomycin inj 500mg, 750mg, 1gm & 10gm, 59
vancomycin oral soln 250mg/5ml, 59
vandazole, 59
 VANFLYTA, 65
 VAQTA INJ, 84
varenicline starting month box, 58
varenicline tartrate, 58
 VARIVAX INJ, 84
 VASCEPA CAPS, 74
velivet, 81
 VELPHORO, 77
 VELTASSA, 78
 VEMLIDY, 67
 VENCLEXTA STARTING PACK, 65
 VENCLEXTA TABS 100MG, 65
 VENCLEXTA TABS 10MG & 50MG, 65
 VENLAFAXINE BESYLATE ER TAB 112.5MG,
 62
venlafaxine hcl er caps, 62
venlafaxine hcl er tabs, 62
venlafaxine ir tabs, 62
 VENTAVIS, 88
verapamil er, 72
verapamil ir, 72
verapamil sr, 73
 VERQUVO, 73
 VERSACLOZ, 67
 VERZENIO, 65
vestura, 81
 VICTOZA INJ, 70
vienva, 81
vigabatrin, 61
vigadrone, 61
vigpoder, 61
vilazodone, 62
 VIRACEPT, 69
 VIREAD POWDER, 69
 VIREAD TABS 150MG, 200MG & 250MG, 69
 VITRAKVI, 65
 VIZIMPRO, 65
 VONJO, 64
voriconazole inj, 63
voriconazole oral suspension, 63
voriconazole tabs, 63
 VOSEVI, 67
 VOTRIENT, 65
 VRAYLAR CAPSULES, 67
 VRAYLAR DOSE PACK, 67
 VUMERITY, 75
vyfemla, 81
vylibra, 81
 VYZULTA, 87
warfarin, 71
 WELIREG, 65
wixela inhub, 88
wymzya fe, 81
 XALKORI, 65
 XARELTO ORAL SUSP & TABS, 71
 XARELTO STARTER PACK, 71
 XATMEP, 84
 XCOPRI MAINTENANCE PACK, 60
 XCOPRI TABS, 60
 XCOPRI TITRATION PACK 50-100MG, & 150-
 200MG, 60
 XCOPRI TITRATION PACK 12.5MG/25MG, 60
 XELJANZ, 82
 XELJANZ XR, 82
 XERMELO, 78
 XGEVA INJ, 85
 XIFAXAN TABS 200MG, 59
 XIFAXAN TABS 550MG, 59
 XIGDUO XR, 70
 XIIDRA, 86
 XOFLUZA, 69
 XOLAIR INJ, 82
 XOSPATA, 65
 XPOVIO, 64
 XTANDI, 64
 XYWAV, 89

YF-VAX INJ, 84
YONSA, 64
YUPELRI, 87
yuvafem, 81
zafirlukast, 87
ZARXIO INJ, 71
ZEGALOGUE INJ, 70
ZEJULA, 65
ZELBORAF, 65
zenatane, 75
zenzedi, 93
zenzedi tabs 5mg & 10mg, 74
ZERBAXA INJ, 59
zidovudine, 69
ziprasidone inj, 67
ziprasidone oral, 67
ZIRGAN, 86
ZOLINZA, 64
zolmitriptan nasal soln 5mg, 63
zolmitriptan odt, 63
zolmitriptan tabs, 63
zolpidem ir tabs 5mg & 10mg, 89
ZOMIG NASAL 2.5MG, 63
ZONISADE, 61
zonisamide, 61
ZORTRESS TABS 0.25MG, 84
ZORTRESS TABS 0.5MG, 0.75MG & 1MG, 84
ZOSYN INJ, 59
zovia, 81
ZTALMY SUSP, 60
ZURZUVAE, 61
ZYDELIG, 65
ZYKADIA TABS, 65
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG, 67

SCAN Health Plan complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of, or because of, race, color, national origin, age, disability, or sex. SCAN Health Plan provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters, and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats). SCAN Health Plan provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact SCAN Member Services.

If you believe that SCAN Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance in person, by phone, mail, or fax, at:

SCAN Health Plan
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22616
Long Beach, CA 90801-5616

SCAN Member Services
PHONE: 1-800-559-3500
FAX: 1-562-989-0958
TTY: 711

Or by filling out the “File a Grievance” form on our website at:

<https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance>

If you need help filing a grievance, SCAN Member Services is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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

Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call 1-916-440-7370. If you cannot speak or hear well, please call 711 (Telecommunications Relay Services).
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Complaint forms are available at http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- Electronically: Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov

SCAN Health Plan, SCAN Desert Health Plan 및 SCAN Health Plan New Mexico는 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 여부 또는 성별에 따라 차별을 하거나 배제시키거나 다르게 대우하지 않습니다. SCAN Health Plan, SCAN Desert Health Plan 및 SCAN Health Plan New Mexico는 장애를 가진 사람들이 저희와 효과적으로 의사 소통을 할 수 있도록 무료 지원과 서비스를 제공합니다. 제공되는 서비스에는 자격을 갖춘 수화 통역사, 다른 형식의 서면 정보(대형 인쇄본, 오디오, 장애인용 전자 형식, 기타 형식) 등이 있습니다. SCAN Health Plan, SCAN Desert Health Plan 및 SCAN Health Plan New Mexico는 주 사용 언어가 영어가 아닌 분들을 위해 유자격 통역사와 다른 언어로 작성된 문서 등의 무료 언어 서비스를 제공합니다. 이러한 서비스가 필요하신 경우, SCAN 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

SCAN Health Plan, SCAN Desert Health Plan 또는 SCAN Health Plan New Mexico가 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 다른 방식으로 차별했다고 생각하시는 경우, 직접 방문, 전화, 또는 우편이나 팩스를 통해 불만 제기를 하실 수 있습니다. 주소 및 연락처:

SCAN Health Plan
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22616
Long Beach, CA 90801-5616

SCAN Member Services
PHONE: 1-800-559-3500
팩스: 1-562-989-0958
TTY: 711

또는 당사의 웹사이트 내 “File a Grievance”(불만 제기 접수) 양식을 이용하여 의견을 제출하실 수 있습니다. 주소: <https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance>

불만 제기를 하는 데 도움이 필요하시면 SCAN 가입자 서비스부에서 도움을 드릴 수 있습니다.

또한 민권 불만 제기를 미국 보건 인적 서비스부(HHS), 시민권 사무소에 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>에 있는 시민권 사무소 민원 포털을 통해 전자 방식으로 제출하거나 우편이나 전화로 제출할 수 있습니다. 주소 및 연락처는 다음과 같습니다.

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

불만 제기 양식은 <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>에 있습니다.

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 1-800-559-3500. Someone who speaks English 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, llame al 1-800-559-3500. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Cantonese (Traditional): 我們提供免費的口譯服務，以解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何問題。如需獲得口譯服務，請致電 1-800-559-3500 聯絡我們。我們有會說中文的工作人員可以為您提供幫助。這是一項免費服務。

Chinese Mandarin (Simplified): 我们提供免费的口译服务，以解答您对我们的健康或药物计划可能有的任何问题。如需获得口译服务，请致电 1-800-559-3500 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch, chỉ cần gọi theo số 1-800-559-3500. Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Tagalog: Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa 1-800-559-3500. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-559-3500 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Armenian: Առողջութեան կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք 1-800-559-3500 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

Persian: توجه: ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیسست با شماره 1-800-559-3500 تماس بگیرید. شخصی که به زبان فارسی صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру 1-800-559-3500. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит на русском языке. Данная услуга бесплатная.

Japanese: 当社の健康保険と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をご用意しています。通訳をご利用になるには、1-800-559-3500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。

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخططنا الصحية أو جدول الدواء. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-800-559-3500. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه الخدمة المجانية.

Punjabi: ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ 1-800-559-3500 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Mon-Khmer, Cambodian:

យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-800-559-3500។ មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-800-559-3500. Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

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 1-800-559-3500 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบสนองข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข 1-800-559-3500 เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງ ພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພາລາດໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-559-3500. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

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 1-800-559-3500. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-559-3500. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per usufruire di un interprete, contattare il numero 1-800-559-3500. Un nostro incaricato che parla Italiano Le 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 1-800-559-3500. Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou yo. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. Ta usługa jest bezpłatna.

Hmong-Mien: Peb muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-800-559-3500. Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

Ukrainian: Ми надаємо безкоштовні послуги усного перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану медичного обслуговування або лікарського забезпечення. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-559-3500. Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.



The formulary and pharmacy network may change at any time. You will receive notice when necessary.

This formulary was updated on 05/01/2024. For more recent information or other questions, please contact SCAN Health Plan Member Services at 1-800-559-3500 (TTY users should call 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day), or visit www.scanhealthplan.com.

처방집과 약국 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 필요한 경우 알림을 받으시게 됩니다.

본 처방집은 05/01/2024. 에 업데이트되었습니다. 최신 정보나 기타 질문은 SCAN Health Plan 가입자 서비스부 1-800-559-3500 번(TTY 사용자는 711 번)으로 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시에 문의해 주십시오. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 영업시간은 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시입니다(휴일이나 영업시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준 1 일 이내에 답변을 드립니다.). 또는 www.scanhealthplan.com 을 방문해 주십시오.

SCAN Health Plan 은 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 여부 또는 성별에 따라 차별하지 않습니다. SCAN Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. SCAN Health Plan 和 SCAN Desert 遵守適用的聯邦民權法律規定, 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。