

---

# 2023

## SCAN Health Plan Formulary

List of Covered Drugs

## SCAN Health Plan 처방집

보장 의약품 목록



This formulary was updated on 11/01/2022. For more recent information or other questions, please contact SCAN Health Plan Member Services at 1-800-559-3500 (Medicare and Medi-Cal eligible members should call 1-866-722-6725) (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](http://www.scanhealthplan.com).

이 처방집은 11/01/2022에 업데이트되었습니다. 최신 정보나 기타 질문은 10월 1일에서 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시 ~ 오후 8시 사이에 SCAN Health Plan 가입자 서비스부에 1-800-559-3500(Medicare 및 Medi-Cal 적격 가입자는 1-866-722-6725)번으로 TTY 사용자는 711번으로 문의해 주십시오. 4월 1일부터 9월 30일까지 업무 시간은 월요일-금요일 오전 8시 ~ 오후 8시입니다(휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일로 1일 이내에 답변을 드립니다). 또는 [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com)을 방문해 주십시오.

# SCAN Health Plan 2023 Formulary (List of Covered Drugs)

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

**23463, 10**

This formulary was updated on 11/01/2022. For more recent information or other questions, please contact SCAN Health Plan Member Services at 1-800-559-3500 (Medicare and Medi-Cal eligible members should call 1-866-722-6725) (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](http://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 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 SNP), SCAN Connections (HMO SNP), SCAN Connections at Home (HMO SNP), SCAN Embrace (HMO SNP), SCAN Healthy at Home (HMO SNP), SCAN Heart First (HMO SNP) and Scripps Heart First offered by SCAN Health Plan (HMO SNP).

This document includes a list of the drugs (formulary) for our plan which is current as of November 2022. 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, 2024, 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 Pharmacy<sup>SM</sup> 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\_20006\_2023\_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..... 24

Formulary Drugs Arranged by Therapeutic Class ..... 54

Formulary Drugs with Quantity Limits ..... 85

Index ..... 87

## 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 2023 formulary that was covered at the beginning of the year, we will not discontinue or reduce coverage of the drug during the 2023 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 November, 2022. 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 54. 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 54. 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 87. 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 54. 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 him or her 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. Please refer to your Evidence of Coverage for more information.

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](http://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.

Select insulins include all insulin pens and vials listed under the class name “Insulins” in this drug list. The copays for select insulins apply to members who do not qualify for a program that helps pay for your drugs (“Extra Help”). 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”.

**Important Message About What You Pay for Insulin** - You won’t pay more than \$35 for a one-month supply of each insulin product covered by our plan, no matter what cost-sharing tier it’s on.

**Important Message About What You Pay for Vaccines** - Our plan covers most Part D vaccines at no cost to you. Call Member Services for more information.

**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	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$25	\$55	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins 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	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$25	\$55	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

**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	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$30	\$70	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

**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	Select Insulins	\$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

We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins 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	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$30	\$70	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

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

**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	Select Insulins	\$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
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins 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	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$25	\$55	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

**SCAN Prime (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	\$7	\$14
2	Generic		\$0	\$0	\$14	\$28
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$25	\$55	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

**SCAN Prime (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	\$7	\$14
2	Generic		\$0	\$0	\$14	\$28
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$30	\$70	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

**SCAN Affirm (HMO):** Los Angeles and Riverside 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	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$30	\$70	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		25%	N/A	25%	N/A
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

**SCAN Balance (HMO 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	Select Insulins	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$25	\$55	\$35	\$85
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage. The \$0 copay for select insulins applies to members in SCAN Balance who do not qualify for a program that helps pay for your drugs (“Extra Help”). 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".</p>						

**SCAN Heart First (HMO SNP):** Orange 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	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$25	\$55	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

**SCAN Heart First (HMO 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	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$30	\$70	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

**Scripps Heart First offered by SCAN Health Plan (HMO 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	Select Insulins	\$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
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.								

**SCAN Embrace (HMO 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	Select Insulins	\$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
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage. The \$0 copay for select insulins applies to members in SCAN Embrace who do not qualify for a program that helps pay for your drugs (“Extra Help”). 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".</p>						

**SCAN Healthy at Home (HMO 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	Select Insulins	\$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
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						



**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	Select Insulins	\$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
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 3 (Preferred Brand – select insulins 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	Select Insulins	\$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
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

**SCAN Classic (HMO):** Napa and Sonoma 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	\$17	\$34
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$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

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

**SCAN Compass (HMO):** Napa and Sonoma 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	\$20	\$40
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$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

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

**SCAN Heart First (HMO SNP):** Napa and Sonoma 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	\$17	\$34
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$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
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

**SCAN Balance (HMO SNP):** Napa and Sonoma 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	\$17	\$34
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$42	\$106	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage. The \$0 copay for select insulins applies to members in SCAN Balance who do not qualify for a program that helps pay for your drugs (“Extra Help”). 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".</p>						

**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	Select Insulins	\$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
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

**SCAN Balance (HMO SNP): 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	Select Insulins	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$30	\$70	\$45	\$115
4	Non-Preferred Drug		\$85	\$235	\$95	\$265
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage. The \$0 copay for select insulins applies to members in SCAN Balance who do not qualify for a program that helps pay for your drugs (“Extra Help”). 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".</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	Select Insulins	\$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
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

**SCAN Heart First (HMO SNP):** 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	Select Insulins	\$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
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

**SCAN Balance (HMO SNP): 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	Select Insulins	\$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
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage. The \$0 copay for select insulins applies to members in SCAN Balance who do not qualify for a program that helps pay for your drugs (“Extra Help”). 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".</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	Select Insulins	\$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
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

**SCAN Heart First (HMO SNP): 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	Select Insulins	\$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
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

**SCAN Balance (HMO SNP): 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	Select Insulins	\$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
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage. The \$0 copay for select insulins applies to members in SCAN Balance who do not qualify for a program that helps pay for your drugs (“Extra Help”). 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".</p>						

The chart below is for Medicare and Medi-Cal eligible members only enrolled in SCAN Connections (HMO SNP) or SCAN Connections at Home (HMO SNP). It lists what you will pay as your share of the costs for covered prescription drugs at our network pharmacies. Please refer to your Evidence of Coverage for more information.

**Important Message About What You Pay for Insulin** - You won't pay more than \$0 for a one-month supply of each insulin product covered by our plan, no matter what cost-sharing tier it's on.

**Important Message About What You Pay for Vaccines** - Our plan covers most Part D vaccines at no cost to you. Call Member Services for more information.

**SCAN Connections (HMO SNP) – Medicare and Medi-Cal eligible members only:**

Los Angeles, Riverside, San Bernardino, and San Diego Counties

**SCAN Connections at Home (HMO SNP) – Medicare and Medi-Cal eligible members only:**

Los Angeles, Riverside, San Bernardino, and San Diego Counties

Drug Tier	Tier Name	Retail & Mail Order
1	Preferred Generic (One -, two- or three- month supply)	You pay \$0 for all Part D prescription drugs covered on our Drug List.
2	Generic (One -, two- or three- month supply)	
3	Preferred Brand (One -, two- or three- month supply)	
4	Non-Preferred Drug (One -, two- or three- month supply)	
5	Specialty Tier (One-month supply)	



## SCAN Health Plan's Formulary

The formulary that begins on page 54 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 87.

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 85.
- 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 (Medicare and Medi-Cal eligible members should call 1-866-722-6725) (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](http://www.scanhealthplan.com).

# SCAN Health Plan

## 2023 처방집(보장 의약품 목록)

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

### 23463, 10

이 처방집은 11/01/2022에 업데이트되었습니다. 최신 정보나 기타 질문은 10월 1일에서 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시 ~ 오후 8시 사이에 SCAN Health Plan 가입자 서비스부에 1-800-559-3500(Medicare 및 Medi-Cal 적격 가입자는 1-866-722-6725)번으로 TTY 사용자는 711번으로 문의해 주십시오. 4월 1일부터 9월 30일까지 업무 시간은 월요일-금요일 오전 8시 ~ 오후 8시입니다(휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일로 1일 이내에 답변을 드립니다). 또는 [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com)을 방문해 주십시오.

**기존 가입자 참고 사항:** 이 처방집은 작년 이후 변경되었습니다. 쓰시는 약이 처방집에 계속 포함된 상태인지 확인하기 위해 본 문서를 검토해 주십시오.

이 의약품 목록(처방집)에서 "저희" 또는 "당사"라는 말은 SCAN Health Plan을 의미합니다. "플랜" 또는 "저희 플랜"이라는 말은 Included LGBTQ+ Health(HMO)와 제휴를 맺은 SCAN Affirm, SCAN Alta(HMO), SCAN Classic(HMO), SCAN Compass(HMO), SCAN Options(HMO), SCAN Prime(HMO), SCAN Venture(HMO), SCAN Health Plan(HMO)에서 제공하는 Scripps Classic, SCAN Health Plan(HMO)에서 제공하는 Scripps Signature, SCAN Balance(HMO SNP), SCAN Connections(HMO SNP), SCAN Connections at Home(HMO SNP), SCAN Embrace(HMO SNP), SCAN Healthy at Home(HMO SNP), SCAN Heart First(HMO SNP) 및 SCAN Health Plan(HMO SNP)에서 제공하는 Scripps Heart First를 의미합니다.

이 문서에는 현재 2022년 11 부로 유효한 당사 플랜의 최신 의약품 목록(처방집)이 포함되어 있습니다. 업데이트된 처방집을 원하시면 저희에게 문의해 주십시오. 처방집이 마지막으로 업데이트되었던 날짜와 함께 저희의 연락처 정보가 앞표지와 뒤표지에 표시됩니다.

처방약 혜택을 이용하시려면 일반적으로 네트워크 약국을 이용하셔야 합니다. 혜택, 처방집, 약국 네트워크 및/또는 자기부담금/공동보험은 2024년 1월 1일 및 연중 수시로 변경될 수 있습니다. 필요한 경우 알림을 받으시게 됩니다.

저희 네트워크 우편 주문 배달 프로그램을 통해 가정에서 처방약을 받으실 수 있습니다. Express Scripts Pharmacy<sup>SM</sup>는 저희 우편 주문 약국 중 하나입니다. 처방약을 저희 네트워크 내 임의의 우편 주문 약국에서 조제하실 수 있습니다. Express Scripts 우편 주문 약국에서 주문을 받으면 일반적으로 14일 이내에 처방약을 받으실 수 있습니다. 이 기간 내에 약을 받지 못하신다면 SCAN Health Plan 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. 우편 주문 처방약은 자동 리필 프로그램을 이용하실 수 있습니다. 가입하시려면 Express Scripts 약국에 1-866-553-4125번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 711로 전화하시면 됩니다. 자동 배달을 언제든지 취소하실 수 있습니다.

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

Y0057\_SCAN\_20006\_2023\_C

# 목차

SCAN Health Plan 처방집이란 무엇입니까?.....	28
처방집(의약품 목록)은 변경될 수 있나요?.....	28
처방집은 어떻게 사용합니까?.....	29
복제약이란 무엇인가요?.....	30
제 보장에 어떤 제한사항이 있습니까?.....	30
제 약이 처방집에 없으면 어떻게 하나요?.....	31
SCAN Health Plan 의 처방집에 대한 예외는 어떻게 요청하나요?.....	31
약을 변경하거나 예외를 요청하는 것에 대해 의사와 상담하기 전에 무엇을 해야 하나요?.....	32
자세한 정보.....	33
SCAN Health Plan 처방집.....	53
치료 등급별로 배열된 처방집 의약품.....	54
수량 제한이 있는 처방집 의약품.....	85
색인.....	87

## SCAN Health Plan 처방집이란 무엇입니까?

처방집(formulary)은 SCAN Health Plan이 의료 서비스 제공자 팀과 협의해 선택한 보장 의약품 목록으로서 수준 높은 치료 프로그램을 위해 필수적인 처방약 치료법을 나타냅니다. SCAN Health Plan은 해당 의약품이 의학적으로 필요하고, 가입자가 SCAN Health Plan 네트워크 약국에서 처방약을 조제하고 기타 플랜 규칙을 준수하는 경우, 처방집에 수록된 의약품을 일반적으로 보장합니다. 처방약 조제에 관한 세부 정보가 궁금하시면 보장 증명서(Evidence of Coverage, EOC)를 검토해 주십시오.

## 처방집(의약품 목록)은 변경될 수 있나요?

대부분의 약 보장 변경은 1월 1일에 발생하지만 플랜은 연중 의약품 목록의 약을 추가 또는 삭제하거나, 다른 비용 부담 군로 이동하거나, 새로운 제한사항을 추가할 수 있습니다. 이러한 변경을 할 때 Medicare 규칙을 따라야 합니다.

**올해 가입자에게 영향을 줄 수 있는 변경사항:** 다음에 해당되는 경우, 가입자는 올해 보장 범위 변경의 영향을 받게 됩니다.

- **새로운 복제약.** 브랜드 약을 동일하거나 저렴한 비용 부담 단계의 새로운 복제약 또는 제한사항이 동일하거나 적은 새로운 복제약으로 대체할 경우, 의약품 목록의 브랜드 약을 즉시 삭제할 수 있습니다. 또한, 새로운 복제약을 추가할 때 당사는 의약품 목록의 브랜드 약이지만 즉시 다른 비용 부담 단계로 이동하거나 새로운 제한사항을 추가합니다. 가입자가 해당 브랜드 약을 복용 중인 경우, 변경을 하기 전에 저희가 사전에 가입자에게 알리지 않을 수도 있지만 특정 변경 사항에 대한 정보를 나중에 제공할 것입니다.
  - 그러한 변경이 있을 경우, 가입자나 담당 처방의는 플랜에 예외 적용을 요구하거나 가입자를 위해 브랜드 약을 계속 보장해 줄 것을 요구할 수 있습니다. 당사가 가입자에게 제공하는 통지에는 예외를 요청하는 방법에 대한 정보가 포함되며, 가입자는 아래에 있는 "SCAN Health Plan의 처방집에 대한 예외는 어떻게 요청하나요?"라는 제목의 섹션에서도 해당 정보를 확인할 수 있습니다.
- **특정 의약품 시판이 중지될 경우.** 식품의약품(FDA)이 처방집의 의약품이 안전하지 않다고 여기거나 의약품의 제조사가 시장에서 의약품을 철수하는 경우, 저희는 처방집에서 해당 의약품을 즉시 제외하고 해당 의약품을 복용 중인 가입자에게 관련 안내를 합니다.

- **기타 변경 사항.** 저희는 가입자가 복용 중인 약에 영향을 줄 수 있는 기타 변경 조치를 취할 수도 있습니다. 예를 들어, 현재 처방집에 있는 브랜드 약을 대체하기 위해 시중에 판매 중인 복제약을 추가하거나 브랜드 약에 새로운 제한사항을 추가하거나 다른 브랜드 약으로 이동할 수 있습니다. 비용 부담 균 또는 두 경우 모두, 또는 새로운 임상 지침을 근거로 변경을 할 수도 있습니다. 당사가 처방집에서 의약품을 없애거나 사전 허가 요건을 추가하거나 의약품의 분량 제한 및/또는 단계적 치료법 제한 요건을 추가하거나 의약품을 상위의 비용 부담액 단계로 이동하는 경우, 변경 사항이 발효되기 최소 30일 전 또는 가입자가 해당 의약품의 리필을 요청하는 시점에 해당 변경으로 영향을 받게 되는 가입자에게 통지해드리며, 이때 해당 의약품 30일치를 받게 됩니다.
  - 그러한 기타 변경이 있을 경우, 가입자나 담당 처방의는 플랜에 예외 적용을 요구하거나 가입자를 위해 브랜드 약을 계속 보장해 줄 것을 요구할 수 있습니다. 당사가 가입자에게 제공하는 통지에는 예외를 요청하는 방법에 대한 정보도 포함되며, 가입자는 아래에 있는 "SCAN Health Plan의 처방집에 대한 예외는 어떻게 요청하나요?"라는 제목의 섹션에서도 해당 정보를 확인할 수 있습니다.

**현재 약을 복용 중일 경우, 가입자에게 영향을 주지 않는 변경 사항.** 일반적으로 귀하께서 2023 처방집에 있으며 연초에 보장되는 약을 복용할 경우, 저희는 아래에 명시된 경우를 제외하고 2023 보장연도에는 해당 약의 보장범위를 중단하거나 축소하지 않을 것입니다. 즉, 이러한 의약품을 복용하시는 가입자는 남은 보장연도 동안 동일한 비용 부담액으로 새로운 제한사항 없이 계속 해당 약을 이용하실 수 있습니다. 가입자에게 영향을 주지 않는 변경사항에 대해서는 직접 통지를 받지 않게 됩니다. 하지만 내년 1월 1일에 그러한 변경사항이 가입자에게 적용되므로 새로운 혜택 연도의 의약품 목록에 변경이 있는지 확인하는 것이 중요합니다.

동봉된 처방집은 2022년 11월 현재 최신 버전입니다. SCAN Health Plan이 보장하는 의약품에 대한 최신 정보를 원하시면 저희에게 연락해 주십시오. 저희 연락처 정보는 앞표지와 뒤표지에 나와 있습니다.

## 처방집은 어떻게 사용합니까?

처방집 안에서 의약품을 찾는 두 가지 방법이 있습니다.

### 의학적 질환

처방집은 54페이지에서 시작됩니다. 본 처방집의 의약품은 치료하려는 질환 종류에 따라 카테고리별로 분류됩니다. 예컨대 심장 질환의 치료에 사용되는 의약품은 "심혈관계 약제" 카테고리 아래에 수록됩니다. 가입자의 의약품이 어디에 사용되는지 알고 있다면 54페이지에서 시작되는

목록에서 카테고리 이름을 찾으십시오. 그 다음 카테고리 이름 아래에서 귀하의 의약품이 있는지 찾아보십시오.

## 알파벳 순서의 목록

찾아야 할 카테고리가 확실하지 않다면 87페이지에서 시작되는 색인에서 해당 의약품이 있는지 찾아야 합니다. 색인은 이 문서에 포함된 모든 의약품들의 알파벳순 목록을 제공합니다. 브랜드 약과 복제약 모두 색인에 기재되어 있습니다. 색인을 살펴보고 의약품을 찾으십시오. 의약품 이름 옆에 페이지 수가 있고 그 페이지에서 보장 정보를 찾을 수 있습니다. 색인에 기재된 페이지로 가서 목록의 첫 번째 열에서 의약품 명을 찾으십시오.

## 복제약이란 무엇인가요?

SCAN Health Plan은 브랜드 약과 복제약 모두를 보장합니다. 복제약은 FDA가 브랜드 약과 동일한 활성 성분을 가졌다고 승인한 것입니다. 일반적으로 복제약 비용이 보다 저렴합니다. 브랜드 약.

## 제 보장에 어떤 제한사항이 있습니까?

일부 보장약에는 추가 요건이 있거나 보장 제한이 있습니다. 이러한 요건 및 제한에는 다음 사항이 포함될 수 있습니다.

- **사전 허가:** SCAN Health Plan은 가입자나 가입자의 의사가 특정 의약품에 대해 사전 허가를 받도록 규정합니다. 즉 처방약을 조제 받기 전 SCAN Health Plan으로부터 승인을 받으셔야 합니다. 승인을 얻지 못하면 SCAN Health Plan은 약 비용을 보장하지 않을 수 있습니다.
- **수량 제한:** 특정 의약품의 경우, SCAN Health Plan은 보장하게 될 의약품의 수량을 제한합니다. 예를 들어, SCAN Health Plan은, SCANSOMRA에 대해 처방당 30개의 정제를 제공합니다. 이는 기본적인 1달치 또는 3달치에 추가될 수 있습니다.

가입자의 의약품에 어떤 추가 요건이 있는지 또는 제약이 있는지에 대해서는 66페이지에서 시작되는 처방집을 찾아보시면 확인하실 수 있습니다. 또한 보장되는 특정 의약품에 해당되는 제약 사항에 대한 자세한 정보는 저희 웹사이트를 방문하시면 확인하실 수 있습니다. 사전 허가 제한에 대해 설명한 문서를 온라인으로 게시했습니다. 귀하께서는 저희에게 사본을 보내달라고 요청하실 수도 있습니다. 처방집이 마지막으로 업데이트되었던 날짜와 함께 저희의 연락처 정보가 앞표지와 뒤표지에 표시됩니다.

가입자는 SCAN Health Plan에 이러한 제한 사항의 예외를 요청하시거나, 해당 질환을 치료할 수 있는 기타 유사한 의약품 목록을 요청하실 수 있습니다. 예외 요청 방법에 대한 정보는 29 페이지의 "SCAN Health Plan의 처방집에 대한 예외는 어떻게 요청하나요?" 섹션을 참조하십시오.

## 제 약이 처방집에 없으면 어떻게 하나요?

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

SCAN Health Plan이 가입자의 약을 보장하지 않는다면, 두 가지 옵션이 있습니다.

- 가입자 서비스부에 SCAN Health Plan이 보장하는 유사한 의약품 목록을 요청하실 수 있습니다. 이 목록을 받으시면 담당 의사에게 보여주시고, SCAN Health Plan이 보장하는 유사한 의약품을 처방하도록 요청하십시오.
- 해당 약을 보장하는 예외를 적용해 달라고 SCAN Health Plan에 요청할 수 있습니다. 예외 요청 방법에 관한 정보는 아래를 참조하십시오.

## SCAN Health Plan의 처방집에 대한 예외는 어떻게 요청하나요?

보장 규칙에 예외를 적용해 달라고 SCAN Health Plan에 요청할 수 있습니다. 요청하실 수 있는 몇 가지 유형의 예외가 있습니다.

- 약이 처방집에 없는 경우라도 의약품 보장을 요청하실 수 있습니다. 승인을 받으면, 이 의약품은 사전에 결정된 비용 부담액 수준으로 보장되어, 더 낮은 비용 부담 수준으로 의약품을 제공하라고 요청하실 수 없을 것입니다.
- 이 의약품이 특수 단계에 속해 있는 경우가 아닌 한 처방집 약을 더 낮은 비용 부담 수준으로 보장하도록 요청하실 수 있습니다. 승인된다면 이러한 요청으로 귀하가 의약품에 지불해야 하는 금액이 낮아질 것입니다.
- 저희에게 보장 제약이나 귀하의 의약품에 대한 제한을 면제하도록 요청하실 수 있습니다. 예컨대 특정 의약품의 경우, SCAN Health Plan에서는 보장할 의약품의 수량을 제한합니다. 귀하의 의약품에 분량 제한이 있다면, 저희에게 제한 철회와 더 많은 분량에 대한 보장을 요청하실 수 있습니다.

일반적으로 SCAN Health Plan의 처방집에 포함된 대안적 의약품, 더 낮은 비용 부담액의 의약품 또는 의약품 사용에 관한 추가적 제한이 질환을 치료하는 데 있어 그만큼 효과적이지 않을 수 있거나 가입자에게 부정적인 의학적 효과를 야기할 수 있다면, 예외 요청을 승인할 것입니다.



저희에게 연락해 처방집 단계 지정에 대한 초기 보장 결정을 요청하시거나 의약품 사용 제한 예외를 요청하셔야 합니다. **처방집 단계 지정이나 의약품 사용 제한 예외를 요청하실 때, 그러한 요청을 뒷받침하는 처방자나 의사의 진술서를 제출하셔야 합니다.** 일반적으로 저희는 처방자의 근거 진술서를 획득한 지 72시간 내에 결정을 내려야 합니다. 귀하 또는 담당 의사가 결정에 대해 72시간까지 기다리는 것이 귀하의 건강을 심각하게 해칠 수 있을 것으로 믿는 경우, 귀하는 신속(빠른) 예외를 요청할 수 있습니다. 귀하의 신속 요청이 허가되는 경우, 저희는 담당 의사나 다른 처방자의 근거 진술서를 획득한 지 늦어도 24시간 내에 귀하에게 결정 내용을 전달해야 합니다.

## **약을 변경하거나 예외를 요청하는 것에 대해 의사와 상담하기 전에 무엇을 해야 하나요?**

저희 플랜의 신규 또는 기존 가입자로서 귀하는 처방집에 없는 의약품을 복용하고 계실 수도 있습니다. 또는 처방집에 있으나 이용에 제약이 있는 약을 복용하고 계실 수도 있습니다. 예컨대 처방전을 조제 받기 전, 저희로부터 사전 허가를 받으셔야 하는 경우입니다. 귀하께서는 보장이 되는 적절한 약으로 전환을 요청해야 하는지 아니면 복용하시는 약을 저희가 보장해줄도록 처방집 예외 요청을 해야 하는지 담당 의사와 상의하셔야 합니다. 어떤 조치가 올바른지 담당 의사와 상의하시는 동안 가입자의 플랜 가입일로부터 최초 90일 동안은 상황에 따라 저희가 가입자의 약을 보장할 수 있습니다.

가입자의 약이 처방집에 없거나 가입자가 약을 제한적으로만 구입할 수 있다면 가입자가 장기 치료 시설에 있지 않을 경우 30일분, 장기 치료 시설에 거주하고 있다면 31일분의 약을 일시적으로 보장할 것입니다. 처방약이 짧은 기간에 대해 처방되었다면 가입자가 장기 치료 시설에 없을 경우 최대 30일분, 장기 치료 시설에 거주하고 있다면 31일분의 약을 리필할 수 있도록 해드립니다. 장기 치료 시설에 있지 않아 최초 30일분, 장기 치료 시설에 거주해서 31일분이 제공된 후에는 가입자가 플랜에 가입한 지 90일 미만이라고 해도 저희가 의약품 비용을 부담하지 않습니다.

가입자가 장기 치료 시설에 거주하고 있으며, 처방집에 없는 의약품이 필요하시거나 의약품 이용에 제약이 있지만, 플랜에 가입한 지 90일이 지난 상태에서 처방집 예외를 요청하시는 경우라면 저희는 의약품 응급 공급분 31일치를 보장합니다.

다른 치료 레벨로 전환 중인 가입자의 경우, 처방집에 없는 약을 처방 받을 수 있으며 약을 제공받는 것이 제한될 수 있습니다. 이러한 경우, 가입자는 담당 의사와 처방집에서 이용 가능한 대체 치료법에 대해 상담해야 합니다. 처방집에 적절한 대체 치료법이 없을 경우, 가입자나 담당 의사는 예외를 요청하고 플랜에게 해당 의약품의 보장을 요청하거나 약에 대한 제한을 없애도록 요청할 수 있습니다. 가입자가 결정 사항에 대해 의사와 상담하는 동안 장기 치료 시설이나 병원에서 자택으로 전환할 경우 30일분 또는 자택이나

병원에서 장기 치료 시설로 전환할 경우 31일분의 전환 공급분을 제공 받을 수 있습니다.

## 자세한 정보

SCAN Health Plan 처방약 보장에 관한 더욱 세부적인 정보가 궁금하시면 보장 증명서(Evidence of Coverage)와 기타 플랜 자료를 검토해 주십시오.

SCAN Health Plan에 대한 질문은 저희에게 문의해 주십시오. 처방집이 마지막으로 업데이트되었던 날짜와 함께 저희의 연락처 정보가 앞표지와 뒤표지에 표시됩니다.

Medicare 처방약 보장에 대한 일반적인 질문은 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일 하루 24시간 언제든지 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오. 또는 <http://www.medicare.gov>를 방문해 주십시오.

아래 차트는 가입자가 초기 보장 단계일 때 저희 네트워크 약국에서 보장되는 처방약의 비용 부담액으로 지불하는 금액을 나타냅니다. 기타 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

우선적 비용 부담이란 특정 네트워크 약국에서 구입할 수 있는 특정 파트 D 약에 대한 낮은 비용 부담을 말합니다. 자세한 정보는 [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com)에서 온라인 검색이 가능한 약국 명부를 확인하시거나 가입자 서비스부로 문의해 주십시오. 저희 연락처 정보는 앞표지와 뒤표지에 나와 있습니다.

장기 치료(LTC) 약국에서와 네트워크 비소속 약국에서의 비용에 대한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

일부 인슐린에는 본 의약품 목록의 "인슐린" 클래스명에 있는 모든 인슐린 펜과 바이알이 포함됩니다. 일부 인슐린에 대한 자기부담금은 약 비용 지불 지원 프로그램("추가 지원") 이용 자격이 없는 가입자에게 적용됩니다. 가입자가 "추가 지원"을 받을 경우, 보장되는 처방약에 대한 비용 부담액은 이용하는 추가 지원의 레벨에 따라 다를 수 있습니다. 약 비용에 대한 기타 정보는 "LIS 부칙(LIS Rider)"을 참조해 주십시오.

**인슐린에 대한 가입자 비용에 대한 중요 메시지** - 가입자는 어떤 비용 부담 군에 관계 없이 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1 달치에 대해 \$35 이상을 지불하지 않습니다.

**백신 비용에 대한 중요 메시지** - 저희 플랜은 대부분의 파트 D 백신을 무료로 보장합니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오.

**SCAN Classic(HMO):** 로스앤젤레스(Los Angeles) 및 오렌지(Orange) 카운티

**SCAN Alta(HMO):** 샌디에이고(San Diego) 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$25	\$55	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약), 2단계(복제약), 3단계(우선적 브랜드 약, 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

**SCAN Classic(HMO): 리버사이드(Riverside) 카운티**

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$9	\$18
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$25	\$55	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약), 2단계(복제약), 3단계(우선적 브랜드 약, 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

**SCAN Classic(HMO): 샌버너디노(San Bernardino) 카운티**

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$9	\$18
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$30	\$70	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약), 2단계(복제약), 3단계(우선적 브랜드 약, 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

**SCAN Classic(HMO):** 벤투라(Ventura) 카운티

**SCAN Options(HMO):** 벤투라(Ventura) 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$37	\$91	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약)와 3단계(우선적 브랜드 약 - 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

**SCAN Venture(HMO):** 로스앤젤레스(Los Angeles), 오렌지(Orange), 리버사이드(Riverside) 및 샌버너디노(San Bernardino) 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$30	\$70	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약)와 3단계(우선적 브랜드 약 - 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

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

약 단계	단계 이름		소매				우편 주문	
			우선		표준		우선	표준
			30일치	100일치	30일치	100일치	100일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$9	\$18	\$0	\$18
2	복제약		\$5	\$10	\$15	\$30	\$0	\$30
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85	\$55	\$85
		기타 의약품	\$42	\$106	\$47	\$121	\$106	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280	\$265	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음	해당 없음	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약)와 3단계(우선적 브랜드 약 - 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

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

약 단계	단계 이름		소매				우편 주문	
			우선		표준		우선	표준
			30일치	100일치	30일치	100일치	100일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$9	\$18	\$0	\$18
2	복제약		\$3	\$6	\$12	\$24	\$0	\$24
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85	\$55	\$85
		기타 의약품	\$37	\$91	\$47	\$121	\$91	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280	\$265	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음	해당 없음	해당 없음
<p>당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약), 2단계(복제약), 3단계(우선적 브랜드 약, 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.</p>								

**SCAN Prime(HMO):** 로스앤젤레스(Los Angeles) 및 오렌지(Orange) 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$12	\$24
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$25	\$55	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음
당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약), 2단계(복제약), 3단계(우선적 브랜드 약, 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.						

**SCAN Prime(HMO):** 리버사이드(Riverside) 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$14	\$28
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$25	\$55	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음
당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약), 2단계(복제약), 3단계(우선적 브랜드 약, 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.						



**SCAN Prime(HMO):** San Bernardino 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일공급
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$14	\$28
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$30	\$70	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음
당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약), 2단계(복제약), 3단계(우선적 브랜드 약, 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.						

**SCAN Affirm(HMO)** 로스앤젤레스(Los Angeles) 및 리버사이드(Riverside) 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일공급
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$30	\$70	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수군		25%	해당 없음	25%	해당 없음
당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약), 2단계(복제약), 3단계(우선적 브랜드 약, 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.						

**SCAN Balance(HMO SNP):** 로스앤젤레스(Los Angeles) 및 오렌지(Orange) 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일공급
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$9	\$18
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 의약품	\$25	\$55	\$35	\$85
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약), 2단계(복제약), 3단계(우선적 브랜드 약, 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오. 일부 인슐린에 대한 \$0 자기부담금은 약 비용 지불 지원 프로그램("추가 지원") 이용 자격이 없는 SCAN Balance의 가입자에게 적용됩니다. 가입자가 "추가 지원"을 받을 경우, 보장되는 처방약에 대한 비용 부담액은 이용하는 추가 지원의 레벨에 따라 다를 수 있습니다. 약 비용에 대한 기타 정보는 "LIS 부칙(LIS Rider)"을 참조해 주십시오.

**SCAN Heart First(HMO SNP):** 오렌지(Orange) 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일공급
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$9	\$18
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$25	\$55	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약), 2단계(복제약), 3단계(우선적 브랜드 약, 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

**SCAN Heart First(HMO SNP): 리버사이드(Riverside) 및 샌버너디노(San Bernardino) 카운티**

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일공급
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$14	\$28
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$30	\$70	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약), 2단계(복제약), 3단계(우선적 브랜드 약, 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

**Scripps Heart First offered by SCAN Health Plan(HMO SNP): 샌디에이고(San Diego) 카운티**

약 단계	단계 이름		소매				우편 주문	
			우선		표준		우선	표준
			30일치	100일치	30일치	100일치	100일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14	\$0	\$14
2	복제약		\$5	\$10	\$12	\$24	\$0	\$24
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85	\$55	\$85
		기타 의약품	\$42	\$106	\$47	\$121	\$106	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280	\$265	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음	해당 없음	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약)와 3단계(우선적 브랜드 약 - 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

**SCAN Embrace(HMO SNP):** 로스앤젤레스(Los Angeles), 오렌지(Orange) 및 샌버너디노(San Bernardino) 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일공급
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$0	\$0
2	복제약		\$0	\$0	\$0	\$0
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 의약품	\$37	\$91	\$37	\$91
4	비우선적 의약품		\$99	\$277	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약), 2단계(복제약), 3단계(우선적 브랜드 약, 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오. 일부 인슐린에 대한 \$0 자기부담금은 약 비용 지불 지원 프로그램("추가 지원") 이용 자격이 없는 SCAN Embrace의 가입자에게 적용됩니다. 가입자가 "추가 지원"을 받을 경우, 보장되는 처방약에 대한 비용 부담액은 이용하는 추가 지원의 레벨에 따라 다를 수 있습니다. 약 비용에 대한 기타 정보는 "LIS 부칙(LIS Rider)"을 참조해 주십시오.

**SCAN Healthy at Home(HMO SNP):** 로스앤젤레스(Los Angeles), 오렌지(Orange), 리버사이드(Riverside) 및 샌버너디노(San Bernardino) 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일공급
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$5	\$15
2	복제약		\$0	\$0	\$12	\$36
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$126	\$47	\$141
4	비우선적 의약품		\$95	\$285	\$100	\$300
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음
당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약)와 3단계(우선적 브랜드 약 - 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.						

**SCAN Classic(HMO):** 산타클라라(Santa Clara) 및 샌프란시스코(San Francisco) 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일공급
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
2	복제약		\$0	\$0	\$12	\$24
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$106	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음
당사는 보장 공백일 때 3단계(우선적 브랜드 약 - 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.						

**SCAN Options(HMO): 산타클라라(Santa Clara) 카운티**

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일공급
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
2	복제약		\$0	\$0	\$17.50	\$35
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$40	\$100	\$45	\$115
4	비우선적 의약품		\$90	\$250	\$95	\$265
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 3단계(우선적 브랜드 약 - 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

**SCAN Classic(HMO): 나파(Napa) 및 소노마(Sonoma) 카운티**

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일공급
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$17	\$34
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$106	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 3단계(우선적 브랜드 약 - 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

**SCAN Compass(HMO):** 나파(Napa) 및 소노마(Sonoma) 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
2	복제약		\$0	\$0	\$20	\$40
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$106	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 3단계(우선적 브랜드 약 - 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

**SCAN Heart First(HMO SNP):** 나파(Napa) 및 소노마(Sonoma) 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$17	\$34
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$106	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약)와 3단계(우선적 브랜드 약 - 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

**SCAN Balance(HMO SNP):** 나파(Napa) 및 소노마(Sonoma) 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$17	\$34
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 의약품	\$42	\$106	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$95	\$265	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약)와 3단계(우선적 브랜드 약 - 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오. 일부 인슐린에 대한 \$0 자기부담금은 약 비용 지불 지원 프로그램("추가 지원") 이용 자격이 없는 SCAN Balance의 가입자에게 적용됩니다. 가입자가 "추가 지원"을 받을 경우, 보장되는 처방약에 대한 비용 부담액은 이용하는 추가 지원의 레벨에 따라 다를 수 있습니다. 약 비용에 대한 기타 정보는 "LIS 부칙(LIS Rider)"을 참조해 주십시오.

**SCAN Classic(HMO):** 스타니슬라오(Stanislaus) 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$40	\$100	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$90	\$250	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약), 2단계(복제약), 3단계(우선적 브랜드 약, 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.



**SCAN Balance(HMO SNP): 스타니슬라오(Stanislaus) 카운티**

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 의약품	\$30	\$70	\$45	\$115
4	비우선적 의약품		\$85	\$235	\$95	\$265
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약), 2단계(복제약), 3단계(우선적 브랜드 약, 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오. 일부 인슐린에 대한 \$0 자기부담금은 약 비용 지불 지원 프로그램("추가 지원") 이용 자격이 없는 SCAN Balance의 가입자에게 적용됩니다. 가입자가 "추가 지원"을 받을 경우, 보장되는 처방약에 대한 비용 분담액은 이용하는 추가 지원의 레벨에 따라 다를 수 있습니다. 약 비용에 대한 기타 정보는 "LIS 부칙(LIS Rider)"을 참조해 주십시오.

**SCAN Classic(HMO): 앨러미다(Alameda) 카운티**

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$37	\$91	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$90	\$250	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약), 2단계(복제약), 3단계(우선적 브랜드 약, 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

**SCAN Heart First(HMO SNP): 앨러미다(Alameda) 카운티**

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$40	\$100	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$90	\$250	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음
<p>당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약), 2단계(복제약), 3단계(우선적 브랜드 약, 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.</p>						

**SCAN Balance(HMO SNP): 앨러미다(Alameda) 카운티**

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 의약품	\$40	\$100	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$90	\$250	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약), 2단계(복제약), 3단계(우선적 브랜드 약, 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오. 일부 인슐린에 대한 \$0 자기부담금은 약 비용 지불 지원 프로그램("추가 지원") 이용 자격이 없는 SCAN Balance의 가입자에게 적용됩니다. 가입자가 "추가 지원"을 받을 경우, 보장되는 처방약에 대한 비용 분담액은 이용하는 추가 지원의 레벨에 따라 다를 수 있습니다. 약 비용에 대한 기타 정보는 "LIS 부칙(LIS Rider)"을 참조해 주십시오.

**SCAN Classic(HMO): 샌 마티오(San Mateo) 카운티**

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$40	\$100	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$90	\$250	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약)와 3단계(우선적 브랜드 약 - 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

**SCAN Heart First(HMO SNP):** 샌 마티오(San Mateo) 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$25	\$55	\$35	\$85
		기타 의약품	\$40	\$100	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$90	\$250	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약)와 3단계(우선적 브랜드 약 - 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

**SCAN Balance(HMO SNP):** 샌 마티오(San Mateo) 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			우선		표준	
			30일치	100일치	30일치	100일치
1	우선적 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
3	우선적 브랜드 약	일부 인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 의약품	\$40	\$100	\$47	\$121
4	비우선적 의약품		\$90	\$250	\$100	\$280
5	특수군		33%	해당 없음	33%	해당 없음

당사는 보장 공백일 때 1단계(우선적 복제약)와 3단계(우선적 브랜드 약 - 일부 인슐린만 해당)의 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 본 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오. 일부 인슐린에 대한 \$0 자기부담금은 약 비용 지불 지원 프로그램("추가 지원") 이용 자격이 없는 SCAN Balance의 가입자에게 적용됩니다. 가입자가 "추가 지원"을 받을 경우, 보장되는 처방약에 대한 비용 부담액은 이용하는 추가 지원의 레벨에 따라 다를 수 있습니다. 약 비용에 대한 기타 정보는 "LIS 부칙(LIS Rider)"을 참조해 주십시오.

아래 차트는 SCAN Connections(HMO SNP) 또는 SCAN Connections at Home(HMO SNP)에만 가입된 Medicare 및 Medi-Cal 적격 가입자를 위한 것으로, 저희 네트워크 약국에서 보장되는 처방약의 비용 부담액으로 지불하는 금액을 나타냅니다. 기타 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조해 주십시오.

**인슐린에 대한 가입자 비용에 대한 중요 메시지** - 가입자는 어떤 비용 부담 군에 관계 없이 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1 달치에 대해 \$0 이상을 지불하지 않습니다.

**백신 비용에 대한 중요 메시지** - 저희 플랜은 대부분의 파트 D 백신을 무료로 보장합니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오.

**SCAN Connections(HMO SNP) – Medicare 및 Medi-Cal 적격 가입자만 해당:**

로스앤젤레스(Los Angeles), 리버사이드(Riverside), 샌버너디노(San Bernardino), 샌디에이고(San Diego)

**SCAN Connections at Home(HMO SNP) – Medicare 및 Medi-Cal 적격 가입자만 해당:**

로스앤젤레스(Los Angeles), 리버사이드(Riverside), 샌버너디노(San Bernardino), 샌디에이고(San Diego)

약 단계	단계 이름	소매 및 우편 주문
1	우선적 복제약 (1개월, 2개월 또는 3개월치)	당사의 의약품 목록에 포함된 모든 파트 D 처방약에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.
2	복제약 (1개월, 2개월 또는 3개월치)	
3	우선적 브랜드 약 (1개월, 2개월 또는 3개월치)	
4	비우선적 의약품 (1개월, 2개월 또는 3개월치)	
5	특수군 (1개월치)	

## SCAN Health Plan 처방집

54 페이지에서 시작되는 처방집에는 SCAN Health Plan이 보장하는 의약품에 대한 보장 정보가 포함되어 있습니다. 이 목록에서 의약품을 찾는 데 어려움이 있는 경우 87페이지에서 시작되는 색인을 참조해 주십시오.

표의 첫 번째 열에 의약품 이름이 나와 있습니다. 브랜드 약은 대문자로 되어 있고(예: JANUVIA), 복제약은 소문자 기울임꼴로 되어 있습니다(예: *metformin*).

요건/제한 사항 열에 나와 있는 정보는 SCAN Health Plan에서 의약품 보장에 특별한 요건을 두는지를 알려줍니다.

- [PA]라는 기호는 사전 승인이 적용됨을 나타냅니다.
- [B 또는 D]라는 기호는 상황에 따라 Medicare 파트 B 또는 파트 D에 의하여 보장될 수 있는 약임을 나타냅니다. 결정을 내리기 위해 약의 용도 및 배경에 대한 설명이 포함된 정보를 제출해야 할 수 있습니다.
- [QL]이라는 기호는 조제 수량이 제한되어 있음을 나타냅니다. 처방집 의약품에 대한 수량 제한을 확인하려면 85페이지를 참조해 주십시오.
- [LD]라는 기호는 제한적 유통이 적용됨을 의미합니다. 이 처방약은 특정 약국에서만 구할 수 있습니다. 자세한 정보는 약국 명부를 참조하시거나 가입자 서비스부에 1-800-559-3500(Medicare 및 Medi-Cal 적격 가입자는 1-866-722-6725)번으로 TTY 사용자는 711번으로 전화해 주십시오(10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시-오후 8시) . 4월 1일부터 9월 30일까지 업무 시간은 월요일-금요일 오전 8시 ~ 오후 8시입니다(휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일로 1일 이내에 답변을 드립니다). 또는 [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com)을 방문해 주십시오.



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

This formulary was updated on 11/01/22. For more recent information or other questions, please contact SCAN Health Plan Member Services at 1-800-559-3500 (Medicare and Medi-Cal eligible members should call 1-866-722-6725) (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](http://www.scanhealthplan.com).

SCAN Health Plan complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. SCAN Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. SCAN Health Plan 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。

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

이 처방집은 11/01/2022에 업데이트되었습니다. 최신 정보나 기타 질문은 10월 1일에서 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시 ~ 오후 8시 사이에 SCAN Health Plan 가입자 서비스부에 1-800-559-3500(Medicare 및 Medi-Cal 적격 가입자는 1-866-722-6725)번으로 TTY 사용자는 711번으로 문의해 주십시오. 4월 1일부터 9월 30일까지 업무 시간은 월요일-금요일 오전 8시 ~ 오후 8시입니다(휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일로 1일 이내에 답변을 드립니다). 또는 [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com)을 방문해 주십시오.

SCAN Health Plan은 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 여부 또는 성별에 따라 차별을 하지 않습니다. SCAN Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. SCAN Health Plan 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。