

2025 SCAN Health Plan Formulary

List of Covered Drugs or “Drug List”

SCAN Health Plan 처방집

보장 약 목록 또는 '의약품 목록'



This formulary was updated on **8/1/2024**. 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.

이 처방집은 **8/1/2024** 에 업데이트되었습니다. 최신 정보나 기타 질문이 있으시면 SCAN Health Plan 가입자 서비스부에 1-800-559-3500(TTY 사용자는 711)번으로 문의해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시 중에 연락해 주십시오. 4월 1일부터 9월 30일까지 업무 시간은 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시입니다(휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다). 저희에게 전화로 연락하시거나 www.scanhealthplan.com 을 방문해 자세한 사항을 확인해 주십시오.

SCAN Health Plan

2025 Formulary (List of Covered Drugs or “Drug List”)

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

25409, 14

This formulary was updated on 8/1/2024. 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 Allied (HMO), SCAN Classic (HMO), SCAN Inspired by women for women (HMO), SCAN MyChoice (HMO), SCAN Prime (HMO), SCAN Venture (HMO), SCAN Balance (HMO C-SNP), SCAN Embrace (HMO I-SNP), SCAN Embrace (HMO POS I-SNP), and SCAN Strive (HMO C-SNP).

This document includes a Drug List (formulary) for our plan which is current as of August 2024. For an updated Drug List (formulary), please contact us. Our contact information, along with the date we last updated the Drug List (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, 2026, 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 our Preferred mail order pharmacy. While you can fill your prescription medications at any of our network mail order pharmacies, you may pay less at the Preferred mail order pharmacy. 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_21327_2025_C

Date of last formulary update 8/1/2024

Table of Contents

What is the SCAN Health Plan formulary?..... 3

Can the formulary change?..... 3

How do I use the Formulary?..... 4

What are generic drugs? 5

What are original biological products and how are they related to biosimilars?..... 5

Are there any restrictions on my coverage?..... 5

What if my drug is not on the Formulary? 5

How do I request an exception to the SCAN Health Plan’s Formulary? 6

What can I do if my drug is not on the formulary or has a restriction?..... 6

For more information 7

SCAN Health Plan’s Formulary..... 20

Formulary Drugs Arranged by Therapeutic Class 41

Formulary Drugs with Quantity Limits 77

Index..... 82

What is the SCAN Health Plan formulary?

In this document, we use the terms Drug List and formulary to mean the same thing. 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 change?

Most changes in drug coverage happen on January 1, but we may add or remove drugs on the formulary during the year, move them to different cost-sharing tiers, or add new restrictions. We must follow the Medicare rules in making these changes. Updates to the formulary are posted monthly to our website here: <https://www.scanhealthplan.com/scan-resources/plan-materials/formulary>.

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

- **Immediate substitutions of certain new versions of brand-name drugs and original biological products.** We may immediately remove a drug from our formulary if we are replacing it with a certain new version of that drug that will appear on the same or lower cost-sharing tier and with the same or fewer restrictions. When we add a new version of a drug to our formulary, we may decide to keep the brand-name drug or original biological product on our formulary, but immediately move it to a different cost-sharing tier or add new restrictions.

We can make these immediate changes only if we are adding a new generic version of a brand-name drug, or adding certain new biosimilar versions of an original biological product, that was already on the formulary (for example, adding an interchangeable biosimilar that can be substituted for an original biological product by a pharmacy without a new prescription).

If you are currently taking the brand-name drug or original biological product, we may not tell you in advance before we make an immediate 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 for you the drug that is being changed. For more information, see the section below titled "How do I request an exception to the SCAN Health Plan's Formulary?"

Some of these drug types may be new to you. For more information, see the section below titled "What are original biological products and how are they related to biosimilars?"

- **Drugs removed from the market.** If a drug is withdrawn from sale by the manufacturer or the Food and Drug Administration (FDA) determines to be withdrawn for safety or effectiveness reasons, we may immediately remove the drug from our formulary and later 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 remove a brand-name drug from the formulary when adding a generic equivalent or remove an original biological product when adding a biosimilar. We may also apply new restrictions to the brand-name drug or original biological product, or move it to a different cost-sharing tier, or both. We may make changes based on new clinical guidelines. If we remove drugs from our formulary, 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. Alternatively, when a member requests a refill of the drug, they may receive a 30-day supply of the drug and notice of the change.

If we make these other changes, you or your prescriber can ask us to make an exception for you and continue to cover the drug you have been taking. 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 2025 formulary that was covered at the beginning of the year, we will not discontinue or reduce coverage of the drug during the 2025 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 formulary for the new benefit year for any changes to drugs.

The enclosed formulary is current as of August 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 41. 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 41. 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 82. 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 work just as well as and usually cost less than brand-name drugs. There are generic drug substitutes available for many brand-name drugs. Generic drugs usually can be substituted for the brand-name drug at the pharmacy without needing a new prescription, depending on state laws.

What are original biological products and how are they related to biosimilars?

On the formulary, when we refer to drugs, this could mean a drug or a biological product. Biological products are drugs that are more complex than typical drugs. Since biological products are more complex than typical drugs, instead of having a generic form, they have alternatives that are called biosimilars. Generally, biosimilars work just as well as the original biological product and may cost less. There are biosimilar alternatives for some original biological products. Some biosimilars are interchangeable biosimilars and, depending on state laws, may be substituted for the original biological product at the pharmacy without needing a new prescription, just like generic drugs can be substituted for brand-name drugs.

- For discussion of drug types, please see the Evidence of Coverage, Chapter 5 Section 3.1, “The ‘Drug List’ tells which Part D drugs are covered.”

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 prescriber 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 ramelteon. 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 41. 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 6 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 Date of last formulary update 8/1/2024

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 waive a coverage restriction including prior authorization, step therapy, or a quantity limit 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.
- 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.

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 applying the restriction would not be as effective for you and/or would cause you to have adverse effects.

You or your prescriber should contact us to ask for a tiering or, formulary exception, including an exception to a coverage restriction. **When you request an exception, your prescriber will need to explain the medical reasons why you need the exception.** Generally, we must make our decision within 72 hours of getting your prescriber's supporting statement. You can ask for an expedited (fast) decision if you believe, and we agree, that your health could be seriously harmed by waiting up to 72 hours for a decision. If we agree, or if your prescriber asks for a fast decision, we must give you a decision no later than 24 hours after we get your prescriber's supporting statement.

What can I do if my drug is not on the formulary or has a restriction?

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 has a coverage restriction, such as prior authorization. You should talk to your prescriber about requesting a coverage decision to show that you meet the criteria for approval, switching to an alternative drug that we cover, or requesting a formulary exception so that we will cover the drug you take. While you and your doctor 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.

Date of last formulary update 8/1/2024

For each of your drugs that is not on our formulary or has a coverage restriction, 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. If coverage is not approved, 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, even if you haven't paid your deductible.

Most adult Part D vaccines are covered by our plan at no cost to you, even if you haven't paid your deductible.

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	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

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	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		25%	N/A	25%	N/A

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	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		25%	N/A	25%	N/A

SCAN Allied (HMO): Los Angeles, San Francisco 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	\$0	\$0
2	Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$43	\$129
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Classic (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	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Classic (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	\$35	\$85	\$35	\$85	\$85	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A	N/A	N/A

SCAN Classic (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	\$9	\$18
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Classic (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	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Classic (HMO): Fresno, Madera, 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	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Classic (HMO): 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	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Inspired by women for women (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	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN MyChoice (HMO): Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino 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	\$0	\$0
2	Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$43	\$129
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN MyChoice (HMO): Alameda, San Mateo, Fresno, Madera, Santa Clara, Stanislaus 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	\$0	\$0
2	Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$43	\$129
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Prime (HMO): 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	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$12	\$24
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

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	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Balance (HMO C-SNP): Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino 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	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$9	\$18
3	Preferred Brand	Insulin	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

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	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Balance (HMO C-SNP): Fresno, Madera, Santa Clara, Stanislaus 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	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Embrace (HMO I-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	\$0	\$0
2	Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
3	Preferred Brand	Insulin	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$42	\$126	\$43	\$129
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Embrace (HMO POS I-SNP): 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	\$0	\$0
2	Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
3	Preferred Brand	Insulin	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$42	\$126	\$43	\$129
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Strive (HMO C-SNP): Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego and Ventura 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	\$35	\$105	\$35	\$105
		Other Drugs	24%	24%	25%	25%
4	Non-Preferred Drug		45%	45%	45%	45%
5	Specialty Tier		25%	N/A	25%	N/A

SCAN Strive (HMO C-SNP): Santa Clara, Stanislaus Fresno, Madera, Alameda, San Francisco 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	\$0	\$0
2	Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$105	\$35	\$105
		Other Drugs	24%	24%	25%	25%
4	Non-Preferred Drug		45%	45%	45%	45%
5	Specialty Tier		25%	N/A	25%	N/A

SCAN Health Plan's Formulary

The formulary that begins on page 41 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 82.

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 77.
- 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

2025 처방집(보장 약 목록 또는 '의약품 목록')

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

25409, 14

이 처방집은 8/1/2024에 업데이트되었습니다. 최신 정보나 기타 질문은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시 사이에 SCAN Health Plan 가입자 서비스부에 1-800-559-3500(TTY 사용자는 711)번으로 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.com을 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'은 SCAN Affirm partnered with Included LGBTQ+ Health(HMO), SCAN Alta(HMO), SCAN Allied(HMO), SCAN Classic(HMO), 여성이 만든, 여성을 위한 SCAN Inspired(HMO), SCAN MyChoice(HMO), SCAN Prime(HMO), SCAN Venture(HMO), SCAN Balance(HMO C-SNP), SCAN Embrace(HMO I-SNP), SCAN Embrace(HMO POS I-SNP) 및 SCAN Strive(HMO C-SNP)를 의미합니다.

이 문서에는 2024년 8월 현재 저희 플랜의 최신 의약품 목록(처방집)이 포함되어 있습니다. 업데이트된 의약품 목록(처방집)은 저희에게 문의해 주십시오. 의약품 목록(처방집)을 마지막으로 업데이트한 날짜와 함께 저희 연락처 정보가 앞표지와 뒷표지에 있습니다.

귀하의 처방약 혜택을 받으려면 일반적으로 네트워크 약국을 이용해야 합니다. 혜택, 처방집, 약국 네트워크 및/또는 자기부담금/공동보험은 2026년 1월 1일에 그리고 연중에 수시로 변경될 수 있습니다. 필요한 경우 알림을 받으시게 됩니다.

저희 네트워크 우편 주문 배달 프로그램을 통해 가정에서 처방약을 받으실 수 있습니다. Express Scripts PharmacySM는 저희 플랜의 선호 우편 주문 약국입니다. 처방약을 저희 네트워크 내 임의의 우편 주문 약국에서 조제하실 수 있으나 선호 우편 주문 약국을 이용하시면 비용이 적게 듭니다. Express Scripts 우편 주문 약국이 주문을 받으면 일반적으로 14일 이내에 처방약을 받으실 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 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_21327_2025_C

마지막 처방집 업데이트 날짜 8/1/2024

목차

SCAN Health Plan 처방집이란 무엇입니까?	23
처방집이 바뀔 수 있습니까?.....	23
처방집은 어떻게 사용합니까?.....	24
복제약이란 무엇입니까?.....	24
오리지널 생물학적 제제란 무엇이며 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까?.....	24
제 보장에 어떤 제약이 있습니까?	25
제 약이 처방집에 없으면 어떻게 해야 합니까?.....	25
SCAN Health Plan 처방집에 관해 예외 적용을 요청하려면 어떻게 해야 합니까?.....	26
제 약이 처방집에 없거나 제약이 있는 경우 어떻게 해야 합니까?.....	26
자세한 정보	27
SCAN Health Plan 처방집	40
치료 등급별로 배열된 처방집 의약품	41
분량 제한이 있는 처방집 의약품	77
색인.....	82

SCAN Health Plan 처방집이란 무엇입니까?

이 문서에서는 의약품 목록과 처방집이라는 용어를 동일한 의미로 사용합니다. 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.

처방집이 바뀔 수 있습니까?

대부분의 약 보장 변경은 1월 1일에 발생하지만 플랜은 연중 처방집의 약을 추가 또는 삭제하거나, 다른 비용 분담 단계로 이동하거나, 새로운 제한사항을 추가할 수 있습니다. 이렇게 변경할 때 당사는 Medicare 규칙을 따라야 합니다. 처방집에 대한 업데이트는 저희 웹사이트에 매월 게시됩니다.

<https://www.scanhealthplan.com/scan-resources/plan-materials/formulary>.

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

- 브랜드 약 및 오리지널 생물학적 제제의 특정 새 버전에 대한 즉각적인 대체. 저희는 처방집에서 어떤 약에 대해 대체 가능한 새 버전의 약이 있을 때 새 버전의 약이 동일하거나 더 낮은 비용 분담 단계에 속하고, 동일하거나 더 적은 제약이 있다면 즉시 기존 약을 처방집에서 제거할 수 있습니다. 처방집에 새로운 버전의 의약품을 추가할 때 브랜드 약 또는 오리지널 생물학적 제제를 처방집에 그대로 둘 수 있지만, 이 경우 즉시 다른 비용 분담 단계로 이동시키거나 새로운 제약을 추가할 수 있습니다.

브랜드 약에 상응하는 새로운 복제약 버전을 추가하거나 처방집에 이미 있던 오리지널 생물학적 제제의 새로운 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이러한 즉각적인 변경이 가능합니다(예: 새로운 처방전 없이 약국에 의해 오리지널 생물학적 제제를 대체할 수 있는 바이오시밀러를 추가).

귀하가 현재 브랜드 약 또는 오리지널 생물학적 제제를 투약 중인 경우, 당사는 즉각적인 변경을 하기 전에 귀하에게 사전에 통지를 드리지 않을 수 있지만, 당사가 적용한 특정 변경 사항에 대한 정보를 나중에 제공할 것입니다.

그러한 변경이 있을 경우, 가입자나 담당 처방의는 당사에 예외 적용을 요구하거나 변경되고 있는 약을 계속 보장해 줄 것을 요구할 수 있습니다. 자세한 내용은 아래에 있는 “SCAN Health Plan 처방집에 관해 예외 적용을 요청하려면 어떻게 해야 하나요?” 섹션을 참조하십시오.

이러한 약 유형 중 일부는 생소할 수 있습니다. 자세한 내용은 아래에 있는 “오리지널 생물학적 제제란 무엇이며 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까?”라는 섹션을 참조하십시오.

- 특정 의약품 시판이 중지될 경우. 제조업체가 의약품을 철수시키거나 식품의약국(FDA)이 안전성 또는 유효성을 이유로 철수시키기로 결정한 경우, 당사는 처방집에서 해당 의약품을 즉시 제외하고 나중에 해당 의약품을 투약하는 가입자에게 통지할 수 있습니다.
- 기타 변경 사항. 저희는 가입자가 복용 중인 약에 영향을 줄 수 있는 기타 변경 조치를 취할 수도 있습니다. 예를 들어, 저희는 복제약을 추가할 때 처방집에서 브랜드 약을 삭제하거나 바이오시밀러를 추가할 때 오리지널 생물학적 제제를 삭제할 수 있습니다. 또한 브랜드 약 또는 오리지널 생물학적 제제에 새로운 제약을 적용하거나, 다른 비용 분담 단계로 이동시키거나, 또는 두 가지 모두를 실시할 수

마지막 처방집 업데이트 날짜 8/1/2024

있습니다. 저희는 새로운 임상 지침에 따라 약을 변경할 수 있습니다. 처방집에서 의약품을 삭제하거나, 사전 허가, 의약품의 분량 제한 및/또는 단계적 치료법 제약을 추가하거나, 의약품을 더 높은 비용 부담 단계로 이동시키는 경우, 저희는 반드시 변경 사항이 발효되기 최소 30일 전에 영향을 받는 가입자에게 변경 사항을 통지해야 합니다. 또는 가입자가 약의 리필을 요청할 때 30일분의 약과 변경 통지를 받을 수 있습니다.

이러한 기타 변경이 있을 경우, 가입자 또는 담당 처방의는 가입자에 대해 예외를 적용해 줄 것과 투약 중인 약에 대한 보장을 계속해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 당사가 귀하에게 제공하는 통지에는 예외 적용을 요청하는 방법에 관한 정보도 포함되어 있으며 아래에 있는 “SCAN Health Plan 처방집에 관해 예외 적용을 요청하려면 어떻게 해야 하나요?”라는 제목의 섹션에서도 정보를 얻을 수 있습니다.

현재 약을 투약 중인 경우, 가입자에게 영향을 주지 않는 변경 사항. 일반적으로 귀하께서 2025 처방집에 있으며 연 초에 보장되는 약을 복용할 경우, 저희는 아래에 명시된 경우를 제외하고 2025 보장연도에는 해당 약의 보장범위를 중단하거나 축소하지 않을 것입니다. 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. 하지만 내년 1월 1일에 그러한 변경사항이 가입자에게 적용되므로 새로운 혜택 연도의 처방집에 변경이 있는지 확인하는 것이 중요합니다.

동봉된 처방집은 2024년 8월 기준으로 최신 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.

의학적 질환

처방집은 41페이지부터 시작됩니다. 본 처방집에 있는 약은 치료하려는 질환의 종류에 따라 카테고리별로 분류됩니다. 예를 들어, 심장 질환 치료에 사용되는 약은 '심혈관계 약제' 카테고리에 포함됩니다. 가입자의 의약품이 어디에 사용되는지 알고 있다면 41페이지에서 시작되는 목록에서 카테고리명을 찾으십시오. 그 다음 해당 카테고리 이름에서 해당 약을 찾아보십시오.

알파벳 순서의 목록

찾아야 할 카테고리가 확실하지 않다면 82페이지에서 시작되는 색인에서 해당 의약품이 있는지 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 FDA가 브랜드 약과 동일한 활성 성분을 가졌다고 승인한 것입니다. 일반적으로, 복제약은 브랜드 약과 마찬가지로 효과가 있으며 비용도 저렴합니다. 브랜드 약들 대부분에 대해 대체약인 복제약을 이용할 수 있습니다. 복제약은 일반적으로 주법에 따라 새로운 처방전 없이 약국에서 브랜드 약을 대체할 수 있습니다.

오리지널 생물학적 제제란 무엇이며 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까?

처방집에서 '약'은 약 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다. 생물학적 제제는 일반적인 약보다 더 복잡한 마지막 처방집 업데이트 날짜 8/1/2024

약입니다. 생물학적 제제는 복제약 대신 일반 의약품보다 복잡하기 때문에 바이오시밀러라고 하는 대체약이 있습니다. 일반적으로 바이오시밀러는 오리지널 생물학적 제제와 마찬가지로 효과가 있으며 비용이 적게 들 수 있습니다. 일부 오리지널 생물학적 제제에 대해 바이오시밀러 대체제가 있습니다. 일부 바이오시밀러는 대체 가능한 바이오시밀러이며, 주법에 따라 브랜드 약을 복제약으로 대체할 수 있는 것처럼 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 생물학적 제제를 대체할 수 있습니다.

- 의약품 종류에 대한 논의는 보장 증명서, 5장 섹션 3.1, “의약품 목록’에서 어느 파트 D 약이 보장되는지 알 수 있습니다”를 참조하십시오.

제 보장에 어떤 제약이 있습니까?

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

- 사전 허가: SCAN Health Plan은 가입자나 가입자의 처방자가 특정 의약품에 대해 사전 허가를 받도록 규정합니다. 즉, 처방약을 조제 받기 전 SCAN Health Plan에서 승인 받아야 합니다. 승인을 얻지 못하면 SCAN Health Plan은 약 비용을 보장하지 않을 수 있습니다.
- 분량 제한: 특정 의약품의 경우, SCAN Health Plan은 보장하게 될 의약품의 분량을 제한합니다. 예를 들어 SCAN Health Plan은 ramelteon에 대해 처방전당 30개의 정제를 제공합니다. 이것은 기본 한달분 또는 석달분에 추가될 수 있습니다.

가입자의 의약품에 어떤 추가 요건이 있는지 또는 제약이 있는지에 대해서는 41페이지에서 시작되는 처방집을 찾아보시면 확인하실 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 요청 방법에 대한 정보는 6페이지의 “SCAN Health Plan 처방집에 관해 예외 적용을 요청하려면 어떻게 해야 하나요?” 섹션을 참조하십시오.

제 약이 처방집에 없으면 어떻게 해야 하나요?

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 예외로 적용해 해당 약을 보장해 달라고 요청할 수 있습니다. 예외 적용을 요청하는 방법은 아래를 참고하십시오.

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

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 부담 수준으로 보장하며 더 낮은 비용 부담 수준으로 약을 제공해달라고 요청할 수는 없습니다.
- 사전 허가, 단계적 치료법 또는 약의 분량 제한을 포함한 보장 제약을 면제하도록 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.
- 해당 약이 특수 단계에 속하는 경우가 아닌 한, 처방집 의약품의 더 낮은 비용 부담 수준으로 보장하도록 요청하실 수 있습니다. 승인되면 지불해야 하는 약값을 낮출 수 있습니다.

일반적으로 SCAN Health Plan은 플랜의 처방집에 포함된 대체 의약품, 비용 부담액이 낮은 의약품 또는 제약 적용이 귀하에게 효과적이지 않고/않거나 부작용을 야기할 수 있는 경우에만 귀하의 예외 요청을 승인합니다.

귀하 또는 귀하의 처방자는 저희에게 연락하여 보장 제약에 대한 예외를 포함하여 단계 또는 처방집 예외를 요청해야 합니다. 예외를 요청할 때 처방자는 예외가 필요한 의학적 이유를 설명해야 합니다. 일반적으로 저희는 처방자의 근거 진술서를 획득한 지 72시간 내에 결정을 내려야 합니다. 결정을 내리기까지 최대 72시간을 기다리면 건강이 심각하게 해칠 수 있다고 믿고 계시고 저희가 이에 동의하는 경우 신속(빠른) 결정을 요청하실 수 있습니다. 저희가 동의하거나 처방자가 빠른 결정을 요청하는 경우, 저희는 처방자의 근거 진술서를 수령한 지 늦어도 24시간 이내에 결정을 내려야 합니다.

제 약이 처방집에 없거나 제약이 있는 경우 어떻게 해야 하나요?

당사 플랜의 신규 또는 기존 가입자로서 가입자는 당사 처방집에 수록되지 않은 약을 투약하고 있을 수 있습니다. 또는 처방집에 있지만 사전 허가나 같은 보장 제약이 있는 약을 투약 중일 수 있습니다. 귀하께서는 승인 기준을 충족한다는 것을 보여주기 위해 보장 결정을 요청하거나, 당사가 보장하는 대체 약으로 전환하거나, 복용하는 약을 보장받기 위해 처방집 예외를 요청하는 것에 대해 처방자와 상의해야 합니다. 귀하와 담당 의사가 적합한 조치를 결정하는 동안 저희 플랜에 가입한 첫 90일 중에는 특정한 경우에 저희가 귀하의 약을 보장할 수 있습니다.

처방집에 없거나 보장 제약이 있는 각각의 약에 대해, 장기 요양 시설에 있지 않은 경우 30일분, 장기 요양 시설에 거주하고 있는 경우 31일분을 보장합니다. 처방전이 짧은 기간으로 처방되었다면, 가입자가 장기 요양 시설에 있지 않은 경우는 최대 30일분, 장기 요양 시설에 거주하고 있는 경우는 31일분의 약을 리필할 수 있습니다. 보장이 승인되지 않은 경우, 장기 요양 시설에 있지 않은 경우 최초 30일분, 장기 요양 시설에 거주하고 있는 경우 31일분 이후에는 귀하가 플랜에 가입한 지 90일미만이더라도 당사는 이러한 약에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

장기 요양 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 보장해달라 요청하거나 약에 대한 제한을 없애달라 요청할 수 있습니다. 가입자가 어떤 결정을 내릴지 담당 의사와 상의하는 동안 장기 요양 시설에서 또는 병원 입원 후 자택으로 전환하는 경우는 30일분, 자택에서 또는 병원 입원 후 장기 요양 시설로 전환하는 경우는 31일분의 전환 기간 분량을 받을 수 있습니다.

자세한 정보

SCAN Health Plan 처방약 보장에 관해 자세한 정보가 필요하면 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 정보는 www.scanhealthplan.com에서 온라인 검색이 가능한 약국 명부를 확인하시거나 가입자 서비스부로 문의해 주십시오. 당사 연락처 정보는 앞표지와 뒤표지에 있습니다.

장기 요양(LTC) 약국 및 네트워크 외부 약국 비용 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참고하십시오.

가입자가 '추가 지원'을 받을 경우, 보장되는 처방약에 대한 비용 분담액은 이용하는 추가 지원의 레벨에 따라 다를 수 있습니다. 약 비용에 관한 자세한 정보가 필요하면 '저소득층 보조금(LIS) 부착'을 살펴보십시오.

공제액을 지불하지 않았더라도 귀하는 비용 분담 단계에 관계없이 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1개월분에 대해 \$35 이상, 3개월분에 대해 \$105 이상을 지불하지 않습니다.

대부분의 성인용 파트 D 백신은 가입자가 공제액을 지불하지 않았더라도 당사 플랜에서 무료로 보장합니다.

SCAN Classic(HMO): 로스앤젤레스 및 오렌지 카운티

SCAN Alta(HMO): 샌디에고 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$35	\$85	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$126	\$47	\$141
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음

SCAN Affirm(HMO): 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드 및 샌디에고 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$35	\$85	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$126	\$47	\$141
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		25%	해당 사항 없음	25%	해당 사항 없음

SCAN Affirm(HMO): 샌프란시스코 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
2	복제약		\$0	\$0	\$12	\$24
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$35	\$85	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$126	\$47	\$141
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		25%	해당 사항 없음	25%	해당 사항 없음

SCAN Allied(HMO): 로스앤젤레스, 샌프란시스코 및 샌마테오 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$0	\$0
2	복제약		\$0	\$0	\$0	\$0
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$35	\$85	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$126	\$43	\$129
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음

SCAN Classic(HMO): 벤추라 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$35	\$85	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$126	\$47	\$141
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음

SCAN Classic(HMO): 샌디에고 카운티

약 단계	단계 이름		소매				우편 주문	
			선호		표준		선호	표준
			30일분	100일분	30일분	100일분	100일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$9	\$18	\$0	\$18
2	복제약		\$5	\$10	\$15	\$30	\$0	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$35	\$85	\$35	\$85	\$85	\$85
		기타 의약품	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126	\$141
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음	해당 사항 없음	해당 사항 없음

SCAN Classic(HMO): 리버사이드 및 샌버나디노 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$9	\$18
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$35	\$85	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$126	\$47	\$141
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음

SCAN Classic(HMO): 샌프란시스코 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
2	복제약		\$0	\$0	\$12	\$24
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$35	\$85	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$126	\$47	\$141
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음

SCAN Classic(HMO): 프레즈노, 마데라, 산타클라라 및 스타니슬라오 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$35	\$85	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$126	\$47	\$141
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음

SCAN Classic(HMO): 앨러미다 및 샌마테오 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$35	\$85	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$126	\$47	\$141
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음

여성이 만든, 여성을 위한 SCAN Inspired(HMO): 로스앤젤레스 및 오렌지 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$12	\$24
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$35	\$85	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$126	\$47	\$141
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음

SCAN MyChoice(HMO): 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노, 샌디에고 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$0	\$0
2	복제약		\$0	\$0	\$0	\$0
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$35	\$85	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$126	\$43	\$129
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음

SCAN MyChoice(HMO): 앨러미다, 샌마테오, 프레즈노, 마테라, 산타클라라, 스타니슬라오 및 샌프란시스코 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$0	\$0
2	복제약		\$0	\$0	\$0	\$0
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$35	\$85	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$126	\$43	\$129
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음

SCAN Prime(HMO): 로스앤젤레스, 오렌지 및 샌버나디노 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$12	\$24
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$35	\$85	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$126	\$47	\$141
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음

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

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$7	\$14
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$35	\$85	\$35	\$85
		기타 의약품	\$42	\$126	\$47	\$141
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음

SCAN Balance(HMO C-SNP): 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노 및 샌디에고 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$9	\$18
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 약	\$42	\$126	\$47	\$141
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음

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

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$10	\$20
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 약	\$42	\$126	\$47	\$141
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음

SCAN Balance(HMO C-SNP): 프레즈노, 마데라, 산타클라라, 스타니슬라오 및 샌프란시스코 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$5	\$10
2	복제약		\$0	\$0	\$15	\$30
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 약	\$42	\$126	\$47	\$141
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음

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

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$0	\$0
2	복제약		\$0	\$0	\$0	\$0
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 약	\$42	\$126	\$43	\$129
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음

SCAN Embrace(HMO POS I-SNP): 샌버나디노 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$0	\$0
2	복제약		\$0	\$0	\$0	\$0
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$0	\$0	\$0	\$0
		기타 약	\$42	\$126	\$43	\$129
4	비선호 약		50%	50%	50%	50%
5	특수 약 단계		33%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음

SCAN Strive(HMO C-SNP): 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노, 샌디에고 및 벤추라 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$0	\$0
2	복제약		\$0	\$0	\$0	\$0
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$35	\$105	\$35	\$105
		기타 약	24%	24%	25%	25%
4	비선호 약		45%	45%	45%	45%
5	특수 약 단계		25%	해당 사항 없음	25%	해당 사항 없음

SCAN Strive(HMO C-SNP): 산타클라라, 스타니슬라오, 프레즈노, 마데라, 앨러미다, 샌프란시스코 및 샌마테오 카운티

약 단계	단계 이름		소매 및 우편 주문			
			선호		표준	
			30일분	100일분	30일분	100일분
1	선호 복제약		\$0	\$0	\$0	\$0
2	복제약		\$0	\$0	\$0	\$0
3	선호 브랜드 약	인슐린	\$35	\$105	\$35	\$105
		기타 약	24%	24%	25%	25%
4	비선호 약		45%	45%	45%	45%
5	특수 약 단계		25%	해당 사항 없음	25%	해당 사항 없음

SCAN Health Plan 처방집

41페이지에서 시작되는 처방집에는 SCAN Health Plan이 보장하는 의약품에 대한 보장 정보가 포함되어 있습니다. 이 목록에서 의약품을 찾는 데 어려움이 있는 경우, 82페이지부터 시작되는 색인을 참조하시기 바랍니다.

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. 처방집 의약품에 대한 분량 제한을 확인하려면 77페이지를 참조하십시오.
- [LD] 기호는 제한적 유통이 적용됨을 나타냅니다. 이 처방약은 특정 약국에서만 구할 수 있습니다. 자세한 정보는 약국 명부를 참조하시거나 가입자 서비스부에 1-800-559-3500(TTY 사용자는 711)번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 전화해 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.com을 방문해 주십시오.
- [EDS] 기호는 해당 약이 우편 주문 시 및 많은 소매 약국에서 기간 연장 분량(예: 30일분 이상)으로 제공됨을 나타냅니다.



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

This formulary was updated on 8/1/2024. 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.

이 처방집은 8/1/2024에 업데이트되었습니다. 최신 정보나 기타 질문은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시 사이에 SCAN Health Plan 가입자 서비스부에 1-800-559-3500(TTY 사용자는 711)번으로 문의해 주십시오. 4월 1일부터 9월 30일까지 업무 시간은 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시입니다(휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다). 저희에게 전화로 연락하시거나 www.scanhealthplan.com을 방문해 자세한 사항을 확인해 주십시오.

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 vigentes 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。