2025 SCAN Health Plan Formulary

List of Covered Drugs (Formulary)

SCAN Health Plan 처방집

보장 약 목록 (처방집)

SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)

2025 *List of Covered Drugs* (Formulary)

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID, Version Number 25409, 20

This formulary was updated on 4/1/2025.

Most adult Part D vaccines, including shingles, tetanus and travel vaccines, are covered by our plan at no cost to you. Refer to your plan's "Drug List" (Formulary) or contact Member Services for coverage and cost sharing details about specific vaccines.

For more recent information or other questions, contact us at SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), Hours are 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 Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP).

This document includes a Drug List (formulary) for our plan which is current as of April 2025. 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 cover page.

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 can get prescription drugs shipped to your home through our network mail-order delivery program. Express Scripts Pharmacy℠ 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.

4/1/2025 25C-CAFOR976KO
Y0057_SCAN_21205_2025_C DHCS Approved 08152024

Introduction

This document is called the *List of Covered Drugs (Formulary)* (also known as the *Drug List*). It tells you which prescription drugs are covered by SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP). The *Drug List* also tells you if there are any special rules or restrictions on any drugs covered by SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP). Key terms and their definitions appear in the last chapter of the *Member Handbook*.

Table of Contents

A. Disclaimers 5

B. Frequently Asked Questions (FAQ) 9

B1. What prescription drugs are on the *List of Covered Drugs (Formulary)*? (We call the *List of Covered Drugs (Formulary)* the "*Drug List*" for short.) 9

B2. Does the Drug List ever change? 10

B3. What happens when there is a change to the *Drug List*? 11

B4. Are there any restrictions or limits on drug coverage or any required actions to take to get certain drugs? 12

B5. How will I know if the drug I want has limits or if there are required actions to take to get the drug? 13

B6. What happens if SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) changes their rules about how they cover some drugs (for example, prior authorization, or quantity limits restrictions)? 13

B7. How can I find a drug on the *Drug List*? 13

B8. What if the drug I want to take is not on the *Drug List*? 14

B9. What if I am a new SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) member and can't find my drug on the *Drug List* or have a problem getting my drug? 14

B10. Can I ask for an exception to cover my drug? 15

B11. How can I ask for an exception? 16

B12. How long does it take to get an exception? 16

B13. What are generic drugs? 16

B14. What are original biological products and how are they related to biosimilars? 16

B15. What are OTC drugs? 17

B16. Does SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cover non-drug OTC products? 17

B17. Does SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cover long-term supplies of prescriptions? 17

B18. What is my copay? 18

C. Overview of the *List of Covered Drugs (Formulary)* 19

C1. Formulary Drugs Arranged by Therapeutic Class 41

C2. Formulary Drugs with Quantity Limits 76

D. Index 81

A.Disclaimers

This is a list of drugs that members can get in *SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)*.

- SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) is an HMO plan with a Medicare contract and a contract with the California Medi-Cal program. Enrollment in SCAN Health Plan depends on contract renewal.
- You can always check SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)'s up-to-date *List of Covered Drugs (Formulary)* online at: www.scanhealthplan.com or by calling 1-866-722-6725. (TTY users should call 711). This call is free.
- You can get this document for free in other formats, such as large print, braille, or audio. Call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 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. The call is free.
- SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) provides oral interpretation services, including sign language, from a qualified interpreter, on a 24-hour basis, at no cost to you. You do not have to use a family member or friend as an interpreter. We discourage the use of minors as interpreters unless it is an emergency. Interpreter, linguistic, and cultural services are available for free. Help is available 24 hours a day, 7 days a week. For help in your language, or to get the 2025 List of Covered Drugs (Formulary) in a different language, call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) member services at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), Hours are 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 call is free. If you need help in your language, call 1-866-722-6725. (TTY users should call 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call member services at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711). These services are free.
- This document is available for free in Spanish, Chinese, and Korean.
- Information written in other languages is also available in:

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخطتنا الصحية أو جدول الدواء. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-866-722-6725. سيقوم شخص ما يتحدث بمساعدتك.هذه الخدمة المجانية.

Armenian: Առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք 1-866-722-6725 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

Chinese Cantonese (Traditional): 我們提供免費的口譯服務，以解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何問題。如需獲得口譯服務，請致電 1-866-722-6725 聯絡我們。我們有會說中文的工作人員可以為您提供幫助。這是一項免費服務。

Chinese Mandarin (Simplified): 我们提供免费的口译服务，以解答您对我们的健康或药物计划可能有的任何问题。如需获得口译服务，请致电 1-866-722-6725 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-722-6725. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou yo. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan
1-866-722-6725. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-722-6725. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter
1-866-722-6725. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-722-6725 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-866-722-6725. Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

Hmong-Mien: Peb muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-866-722-6725. Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per usufruire di un interprete, contattare il numero
1-866-722-6725. Un nostro incaricato che parla Italiano Le fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Japanese: 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご利用になるには 1-866-722-6725 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-722-6725 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-722-6725. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

Mon-Khmer, Cambodian:
យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ
គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-866-722-6725។
មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Persian:
ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید توجه: شخصی که به تماس بگیرید.1-866-722-6725پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیست با شماره زبان فارسی صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 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. The call is free. **For more information,** visit www.scanhealthplan.com.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer
1-866-722-6725. Ta usługa jest bezpłatna.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-722-6725. Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Punjabi: ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ 1-866-722-6725 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру 1-866-722-6725. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит
на русском языке. Данная услуга бесплатная.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llame al 1-866-722-6725. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Tagalog: Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa 1-866-722-6725. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข 1-866-722-6725
เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Ukrainian: Ми надаємо безкоштовні послуги усного перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану медичного обслуговування або лікарського забезпечення. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-866-722-6725. Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch, chỉ cần gọi theo số 1-866-722-6725. Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

- Please call Member Services to request materials in a language other than English or in an alternate format. You may ask Member Services to update your record with your language and/or format preference for future mailings.

B. Frequently Asked Questions (FAQ)

Find answers here to questions you have about this *List of Covered Drugs (Formulary)*. You can read all the FAQ to learn more or look for a question and answer.

B1. What prescription drugs are on the *List of Covered Drugs (Formulary)*? (We call the *List of Covered Drugs (Formulary)* the "*Drug List*" for short.)

The drugs on the *List of Covered Drugs (Formulary)* that starts on page 41 are the drugs covered by SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP). A formulary is a list of covered drugs selected by SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) 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. The drugs are available at pharmacies within our network. A pharmacy is in our network if we have an agreement with them to work with us and provide you services. We refer to these pharmacies as "network pharmacies."

Select prescription and over-the-counter drugs, which are not on the Drug List, are covered for you under your Medi-Cal (Medicaid) benefits with your doctor's prescription at our network pharmacies. Please contact Member Services (phone number is at the bottom of the page or visit our website (www.scanhealthplan.com) for additional information regarding which drugs are covered.

- SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) will cover all medically necessary drugs on the Drug List if:
  - your doctor or other prescriber says you need them to get better or stay healthy,
  - SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) agrees that the drug is medically necessary for you.

- you fill the prescription at a SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) network pharmacy, **and**
- other plan rules are followed.

- In some cases, you have to do something before you can get a drug. Refer to question B4 for more information.

You can also find an up-to-date list of drugs that we cover on our website at ww.scanhealthplan.com or call Member Services at 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).

B2. Does the Drug List ever change?

Yes, and SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) must follow Medicare rules when making changes. Most changes in drug coverage happen on January 1, but we may add or remove drugs on the *Drug List* during the year.

We may also change our rules about drugs. For example, we could:

- Decide to require or not require prior authorization for a drug. (Prior authorization is permission from SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) before you can get a drug.)
- Add or change the amount of a drug you can get (called quantity limits).

For more information on these drug rules, refer to question B4.

If you are taking a drug that was covered at the **beginning** of the year, we will generally not remove or change coverage of that drug **during the rest of the year** unless:

- a new, cheaper drug comes on the market that works as well as a drug on the *Drug List* now, or
- we learn that a drug is not safe, or
- a drug is removed from the market.

Questions B3 and B6 below have more information on what happens when the *Drug List* changes.

- You can always check SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)'s up-to-date *Drug List* online at ww.scanhealthplan.com. Updates to the *Drug List* are posted on the website monthly.
- You can also call Member Services at 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) to check the current *Drug List*.

B3. What happens when there is a change to the *Drug List*?

Some changes to the *Drug List* will happen **immediately.** For example:

- **Substitutions of certain new versions of drugs.** We may immediately remove the drugs from the *Drug List* if we replace them with certain new versions of that drug, but your cost for the new drug will stay the same or will be lower. When we add a new version of a drug, we may also decide to keep the brand name drug or original biological product on the list but change its coverage rules or limits.
    - We may not tell you before we make this change, but we will send you information about the specific change we made once it happens.
    - We can make these changes only if the drug we are adding:
        - is a new generic version of a brand name drug, or
        - is a certain new biosimilar version of original biological products on the *Drug List* (for example, adding an interchangeable biosimilar that can be substituted for an original biological product without a new prescription).
        - Some of these drug types may be new to you. For more information, refer to Section B14.
    - You or your provider can ask for an exception from these changes. We will send you a notice with the steps you can take to ask for an exception. Please refer to questions B10-B12 for more information on exceptions.
- **A drug is taken off the market.** If the Food and Drug Administration (FDA) says a drug you are taking is not safe or effective or the drug's manufacturer takes a drug off the market, we may immediately take it off the *Drug List*. If you are taking the drug, we will send you a notice after we make the change. After you are notified, contact your doctor or other prescriber to discuss other options.

We may make other changes that affect the drugs you take. We will tell you in advance about these other changes to the *Drug List*. These changes might happen if:

- The FDA provides new guidance or there are new clinical guidelines about a drug.
- We remove a brand name drug from the *Drug List* when adding a generic drug that is not new to the market**,** or
- we remove an original biological product when adding a biosimilar, or
- we change the coverage rules or limits for the brand name drug.

When these changes happen, we will:

- Notify affected members of the change at least 30 days before we make the change to the *Drug List* **or**
- let you know and give you a 30-day supply of the drug after you ask for a refill.

This will give you time to talk to your doctor or other prescriber. They can help you decide:

- if there is a similar drug on the *Drug List* you can take instead or
- whether to ask for an exception from these changes. To learn more about exceptions, refer to questions B10-B12.

B4. Are there any restrictions or limits on drug coverage or any required actions to take to get certain drugs?

Yes, some drugs have coverage rules or have limits on the amount you can get. In some cases you or your doctor or other prescriber must do something before you can get the drug. For example:

- **Prior authorization:** For some drugs, you or your doctor or other prescriber must get authorization from SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) before you fill your prescription. Prior authorization is different from a referral. SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) may not cover the drug if you don't get prior authorization.
- **Quantity limits:** Sometimes SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) limits the amount of a drug you can get. For example, SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home

(HMO D-SNP) 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 at www.scanhealthplan.com. We have posted online a document that explains our prior authorization restriction. You may also ask us to send you a copy.

You can ask for an exception from these restrictions or limits. This will give you time to talk to your doctor or other prescriber. They can help you decide if there is a similar drug on the *Drug List* you can take instead or whether to ask for an exception. Refer to questions B10-B12 for more information about exceptions.

B5. How will I know if the drug I want has limits or if there are required actions to take to get the drug?

The table in the List of Drugs that's on page 41 has a column labeled "Requirements/Limits."

B6. What happens if SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) changes their rules about how they cover some drugs (for example, prior authorization, or quantity limits restrictions)?

In some cases, we will tell you in advance if we add or change prior authorization, or quantity limits restrictions on a drug. Refer to question B3 for more information about this advance notice and situations where we may not be able to tell you in advance when our rules about drugs on the *Drug List* change.

B7. How can I find a drug on the *Drug List*?

There are two ways to find a drug:

- you can search alphabetically, **or**
- you can search by medical condition.

To search **alphabetically,** look for your drug in the Index section that begins on page 81. 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.

To search **by medical condition,** find the section labeled “Formulary Drugs Arranged by Therapeutic Class" on page 41. The drugs in this section are grouped into categories depending on the type of medical conditions they are used to treat. For example, if you have a heart condition, you should look in the category “Cardiovascular Agents”. That is where you will find drugs that treat heart conditions.

B8. What if the drug I want to take is not on the *Drug List*?

If you don’t find your drug on the *Drug List*, call Member Services at 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) and ask if your drug is covered. If you learn that SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) does not cover the drug, you can do one of these things:

- Ask Member Services for a list of similar drugs that are covered by SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP). Then show the list to your doctor or other prescriber. They can prescribe a similar drug that is covered by SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP). **Or**
- You can ask SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) to make an exception to cover your drug. Refer to questions B10-B12 for more information about exceptions.

B9. What if I am a new SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) member and can’t find my drug on the *Drug List* or have a problem getting my drug?

We can help. We may 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 of your drug during the first 90 days you are a member of SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP). This will give you time to talk to your doctor or other prescriber. They can help you decide if there is a similar drug on the *Drug List* you can take instead or whether to ask for an exception.

If your prescription is written for fewer days, we will allow multiple refills to provide up to a maximum of 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.

We will cover a 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 of your drug if:

- you are taking a drug that is not on our *Drug List*, **or**
- our plan rules do not let you get the amount ordered by your prescriber, **or**
- the drug requires prior authorization by SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP).

If you are in a nursing home or other long-term care facility and need a drug that is not on the *Drug List* or if you cannot easily get the drug you need, we can help. If you have been in the plan for more than 90 days, live in a long-term care facility, and need a supply right away:

- We will cover one 31-day emergency supply of the drug you need (unless you have a prescription for fewer days) whether or not you are a new SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) member.
- This is in addition to the temporary supply during the first 90-days you are a member of SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP).

If you are a current member transitioning to a different level of care, you may be prescribed medications not on our Drug List 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 or Emergency Room or Skilled Nursing Facility or Hospice 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.

B10. Can I ask for an exception to cover my drug?

Yes. You can ask SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) to make an exception to cover a drug that is not on the *Drug List*.

You can also ask us to change the rules on your drug.

- For example, SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) may limit the amount of a drug we will cover. If your drug has a limit, you can ask us to change the limit and cover more.
- Other examples: You can ask us to drop prior authorization requirements.

- You can ask us to cover a drug even if it is not on our formulary.
- You can ask us to cover a formulary generic drug at lower cost-sharing level unless the drug is on the specialty tier.

Generally, SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) will only approve your request for an exception if the alternative drugs included on the plan's formulary or additional utilization restrictions would not be as effective in treating your condition and/or would cause you to have adverse medical effects.

B11. How can I ask for an exception?

To ask for an exception, call Member Services. Member Services will work with you and your prescriber to help you ask for an exception. You can also read **Chapter 9** section **G2 Medicare Part D exceptions** of the *Member Handbook* to learn more about exceptions.

B12. How long does it take to get an exception?

After we get a statement from your prescriber supporting your request for an exception, we will give you a decision within 72 hours.

If you or your prescriber think your health may be harmed if you have to wait 72 hours for a decision, you can ask for an expedited exception. This is a faster decision. If your prescriber supports your request, we will give you a decision within 24 hours of getting your prescriber's supporting statement.

B13. What are generic drugs?

Generic drugs are made up of the same active ingredients as brand name drugs. They usually cost less than the brand name drug and generally work just as well. They usually don't have well-known names. Generic drugs are approved by the Food and Drug Administration (FDA). There are generic drugs available for many brand name drugs. Generic drugs usually can be substituted for brand name drugs at the pharmacy without a new prescription—depending on state laws.

SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) covers both brand name drugs and generic drugs.

B14. What are original biological products and how are they related to biosimilars?

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

forms 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 more information on drug types, refer to **Chapter 5** of the *Member Handbook*.

B15. What are OTC drugs?

OTC stands for "over-the-counter". SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) covers some OTC drugs when they are written as prescriptions by your provider.

Please contact Member Services (phone number is at the bottom of the page or visit our website (www.scanhealthplan.com) for additional information regarding which OTC drugs are covered.

B16. Does SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cover non-drug OTC products?

SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) covers some non-drug OTC products when they are written as prescriptions by your provider. Please contact Member Services (phone number is at the bottom of the page or visit our website (www.scanhealthplan.com) for additional information regarding which non-drug OTC products are covered.

B17. Does SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cover long-term supplies of prescriptions?

- **Mail-Order Programs.** We offer a mail-order program that allows you to get up to a 100-day supply of your prescription drugs sent directly to your home.
- **100-Day Retail Pharmacy Programs.** Some retail pharmacies may also offer up to a 100-day supply of covered prescription drugs.

A long-term supply is not available for Specialty drugs. To see which medications are available for a long-term supply, please refer to the Drug List, which starts on page 41.

B18. What is my copay?

SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) members have a low copay (reference copay table below) for all Part D prescription drugs covered on our Drug List and a $0 copay for select prescription and OTC drugs and non-drug products covered under your Medi-Cal (Medicaid) benefits if the member follows the plan's rules. Refer to questions B14 and B15 for more information about OTC drugs and non-drug products.

Tiers are groups of drugs on our *Drug List*.

Drug Tier		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
Tier 1 (Preferred Generic)		$0 copayment	$0 copayment	$0 copayment	$0 copayment	$0 copayment	$0 copayment
Tier 2 (Generic)		$0 copayment	$0 copayment	$0 or $1 copayment	$0 or $1.60 or $2 copayment	$0 copayment	$0 or $1.60 or $2 copayment
Tier 3 (Preferred Brand)	Insulin	For generic drugs (including drugs that are treated like generic drugs): - $0 or $1.60 or $4.90 copayment All other drugs: - $0 or $4.80 or $12.15 copayment *A 100-day supply is not available for drugs in Tier 5.					
	Other Drugs						
Tier 4 (Non-Preferred Drug)							
Tier 5 (Specialty Tier)							

Select OTCs that are covered for you under your Medi-Cal (Medicaid) benefits have a $0 copay when they are written as prescriptions by your provider. Select prescription and over-the-counter drugs, which are not on the Drug List, are covered for you under your Medi-Cal (Medicaid) benefits with your doctor's prescription at our network pharmacies. Please contact Member Services (phone number is at the bottom of the page or visit our website (www.scanhealthplan.com) for additional information regarding which drugs are covered.

If you have questions, call Member Services at 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).

C. Overview of the *List of Covered Drugs (Formulary)*

The *List of Covered Drugs (Formulary)* gives you information about the drugs covered by SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP). If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Index that begins on page 81. The index alphabetically lists all drugs covered by SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP).

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 Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) 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 76.
- 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 1-866-722-6725. (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.
- 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.

C1. Formulary Drugs Arranged by Therapeutic Class

The drugs in this section are grouped into categories depending on the type of medical conditions they are used to treat. For example, if you have a heart condition, you should look in the category, “Cardiovascular Agents”. That is where you will find drugs that treat heart conditions.

C2. Formulary Drugs with Quantity Limits

D. Index

In this section, you can find a drug by searching for its name alphabetically. This will tell you the page number where you can find additional coverage information for your drug.

SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)

2025 년 보장 약 목록(처방집)

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

HPMS 승인 처방집 파일 제출 ID, 버전 번호 25409, 20

이 처방집은 4/1/2025 에 업데이트되었습니다.

대상포진, 파상풍 및 여행용 백신을 포함한 대부분의 성인용 파트 D 백신은 저희 플랜에서 무료로 보장합니다. 특정 백신에 대한 보장 및 비용 분담 세부 정보는 플랜의 '의약품 목록'(처방집)을 참조하거나 가입자 서비스부에 문의하십시오.

최신 정보나 기타 질문은 1-866-722-6725 번으로 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)에 문의해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화). 업무 시간은 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 주 7 일, 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일 오전 8 시-오후 8 시입니다(휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1 일 이내에 답변을 드립니다). 저희에게 전화로 연락하시거나 www.scanhealthplan.com 을 방문해 자세한 사항을 확인해 주십시오.

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

본 약 목록(처방집)에서 '당사' 또는 '저희'라는 단어는 SCAN Health Plan 을 의미합니다. '플랜' 또는 '저희 플랜'은 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)을 의미합니다.

이 문서에는 April 2025 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 앞표지에 있습니다.

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

저희 네트워크 우편 주문 배달 프로그램을 통해 가정에서 처방약을 받으실 수 있습니다. Express Scripts Pharmacy℠는 선호 우편 주문 약국입니다. 처방약을 저희 네트워크 내 임의의 우편 주문 약국에서 조제하실 수 있으나 선호 우편 주문 약국을 이용하시면 비용이 더 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 언제든 연락하여 가입할 수 있습니다. TTY 사용자는 711번으로 전화해 주십시오. 자동 배달을 언제든 취소하실 수 있습니다.

4/1/2025 25C-CAFOR976KO
Y0057_SCAN_21205_2025_C DHCS Approved 08152024

소개

이 문서를 *보장 약 목록(처방집)*(*의약품 목록*이라고도 함)이라고 합니다. 이 목록은 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)에서 보장하는 처방약을 알려줍니다. *의약품 목록*에는 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)이 보장하는 약에 대한 특별 규칙이나 제약 사항이 있는지도 안내합니다. *가입자 안내서*의 마지막 장에는 주요 용어와 용어 정의가 나와 있습니다.

목차

E. 고지 사항 25

F. 자주 묻는 질문(FAQ) 29

F1. *보장 약 목록(처방집)*에는 어떤 처방약이 있습니까? (*보장 약 목록(처방집)*을 다른 말로 '*의약품 목록*'이라고 합니다.) 29

F2. 의약품 목록은 변경됩니까? 30

F3. *의약품 목록*이 변경되면 어떻게 됩니까? 31

F4. 약 보장에 대한 제약 또는 제한이나 특정 약을 받기 위해 취해야 할 필수 조치가 있습니까? 32

F5. 원하는 약에 한도가 있는지 또는 약을 받기 위해 취해야 할 조치가 있는지 어떻게 알 수 있습니까? 33

F6. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)이 일부 의약품의 보장 방법에 대한 규칙을 변경하면(예: 사전 허가 또는 분량 제한) 어떻게 됩니까? 33

F7. *의약품 목록*에서 의약품을 어떻게 찾을 수 있습니까? 33

F8. 쓰려는 약이 *의약품 목록*에 없으면 어떻게 합니까? 34

F9. 신규 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP) 가입자인데 *의약품 목록*에서 약을 찾을 수 없거나 약을 구입하는 데 문제가 있는 경우 어떻게 해야 합니까? 34

F10. 약 보장에 대한 예외를 요청할 수 있습니까? 35

F11. 예외를 요청하려면 어떻게 해야 하나요? 36

F12. 예외를 받는 데 얼마나 걸립니까? 36

F13. 복제약이란 무엇입니까? 36

F14. 오리지널 생물학적 제제란 무엇이며 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까? 36

F15. OTC 약이란 무엇입니까? 36

F16. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 비의약품 OTC 제품을 보장합니까? 37

F17. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 장기분 처방약을 보장합니까? 37

F18. 내 자기부담금은 얼마입니까? 37

G.*보장 약 목록(처방집)* 개요 39

G1. 치료 등급별로 배열된 처방집 의약품 41

G2. 분량 제한이 있는 처방집 의약품 76

H. 색인 81

E. 고지 사항

본 목록은 가입자가 *SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)*을 통해 이용할 수 있는 의약품 목록입니다.

- SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 Medicare 및 캘리포니아 Medi-Cal 프로그램과 계약을 맺은 HMO 플랜입니다. SCAN Health Plan 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다.

- SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)의 최신 *보장 약 목록(처방집)*은 온라인 www.scanhealthplan.com 에서 확인하시거나 1-866-722-6725 번으로 전화하여 확인할 수 있습니다. (TTY 사용자는 711 번으로 연락하시기 바랍니다). 이 통화는 무료입니다.

- 이 문서는 대형 활자, 점자 또는 오디오와 같은 다른 형식으로 무료로 얻을 수 있습니다. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)에 1-866-722-6725 번으로 전화해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 업무 시간은 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 8 시입니다. 통화는 무료입니다.

- SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 자격을 갖춘 통역사로부터 수화를 포함한 구두 통역 서비스를 24 시간 무료로 제공합니다. 가족이나 친구를 통역사로 세울 필요는 없습니다. 응급 상황이 아닌 한 미성년자를 통역사로 사용하는 것을 권장하지 않습니다. 통역, 언어 및 문화 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 도움은 주 7 일, 하루 24 시간 이용 가능합니다. 모국어로 도움이 필요하거나 다른 언어로 된 2025 보장 약 목록(처방집)을 받으려면 SCAN Connections (HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 1-866-722-6725 번으로 전화해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화), 업무 시간은 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 주 7 일, 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일 오전 8 시-오후 8 시입니다(휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1 일 이내에 답변을 드립니다). 또는 www.scanhealthplan.com 을 방문해 주십시오. 통화는 무료입니다. 모국어로 도움이 필요하시면 1-866-722-6725 번으로 전화해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 연락하시기 바랍니다). 점자 및 큰 활자로 된 문서와 같은 장애인을 위한 지원 및 서비스도 이용할 수 있습니다. 가입자 서비스부에 1-866-722-6725 번으로 전화해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 연락하시기 바랍니다). 이러한 서비스는 무료입니다.

- 이 문서는 한국어, 스페인어, 중국어로 무료로 제공됩니다.

- 다음 언어로 작성된 정보도 이용하실 수 있습니다.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخطتنا الصحية أو جدول الدواء. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-866-722-6725. سيقوم شخص ما يتحدث بمساعدتك.هذه الخدمة المجانية.

Armenian: Առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք 1-866-722-6725 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

Chinese Cantonese (Traditional): 我們提供免費的口譯服務，以解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何問題。如需獲得口譯服務，請致電 1-866-722-6725 聯絡我們。我們有會說中文的工作人員可以為您提供幫助。這是一項免費服務。

Chinese Mandarin (Simplified): 我们提供免费的口译服务，以解答您对我们的健康或药物计划可能有的任何问题。如需获得口译服务，请致电 1-866-722-6725 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-722-6725. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou yo. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-722-6725. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-722-6725. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-722-6725. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-722-6725 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-866-722-6725. Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

Hmong-Mien: Peb muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-866-722-6725. Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per usufruire di un interprete, contattare il numero 1-866-722-6725. Un nostro incaricato che parla Italiano Le fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Japanese: 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご利用になるには 1-866-722-6725 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-722-6725 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 ᄀᆞᆺ입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-722-6725. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

Mon-Khmer, Cambodian:
យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ
គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-866-722-6725។
មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Persian:
توجه: ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید شخصی که به تماس بگیرید.1-866-722-6725پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیست با شماره زبان فارسی صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania

leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-722-6725. Ta usługa jest bezpłatna.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-722-6725. Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Punjabi: ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ 1-866-722-6725 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру 1-866-722-6725. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит на русском языке. Данная услуга бесплатная.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llame al 1-866-722-6725. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Tagalog: Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa 1-866-722-6725. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข 1-866-722-6725 เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Ukrainian: Ми надаємо безкоштовні послуги усного перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану медичного обслуговування або лікарського забезпечення. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-866-722-6725. Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch,

chỉ cần gọi theo số 1-866-722-6725. Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

❖ 영어 이외의 언어 또는 다른 형식으로 자료를 요청하시려면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. 귀하는 가입자 서비스부에 향후 우편물 발송을 위해 선호하는 언어 및/또는 형식으로 기록을 업데이트하도록 요청할 수 있습니다.

F. 자주 묻는 질문(FAQ)

이 *보장 약 목록(처방집)*에 대한 질문의 답변을 여기에서 찾아보십시오. 모든 FAQ 를 읽어 자세한 정보를 얻거나 질의응답을 볼 수 있습니다.

F1. *보장 약 목록(처방집)*에는 어떤 처방약이 있습니까? (*보장 약 목록(처방집)*을 다른 말로 '*의약품 목록*'이라고 합니다.)

41 페이지에서 시작되는 *보장 약 목록(처방집)*의 약은 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)에서 보장하는 약입니다. 처방집은 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)이 의료 서비스 제공자 팀과 협의하여 선택한 보장 약 목록으로서, 양질의 치료 프로그램에 필수적인 것으로 여겨지는 처방약 치료법을 나타냅니다. 약은 당사 네트워크 내의 약국에서 이용할 수 있습니다. 어떤 약국이 당사와 협력하여 귀하에게 서비스를 제공하기로 합의한 경우 네트워크에 속해 있다고 합니다. 이러한 약국을 '네트워크 약국'이라고 합니다.

의약품 목록에 등재되지 않은 일부 처방약과 비처방 의약품은 의사의 처방전이 있는 경우 네트워크 약국에서 Medi-Cal(Medicaid) 혜택으로 보장됩니다. 보장되는 약에 관한 추가 정보는 가입자 서비스부(전화번호는 페이지 하단에 안내)로 문의하거나 저희 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문하여 확인해 주십시오.

- SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)는 다음과 같은 경우 의약품 목록에 있는 모든 의학적으로 필요한 의약품을 보장합니다.
  - 담당 의사 또는 다른 처방자가 귀하의 건강 회복을 위해 또는 건강 유지를 위해 필요하다고 말합니다.
  - SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)이 약이 의학적으로 필요하다는 것에 동의합니다.
  - SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP) 네트워크 약국에서 처방약을 조제하고, **또한**
  - 다른 플랜 규칙을 따릅니다.

- 어떤 경우에는 약을 받기 전에 귀하께서 조치를 해야 합니다. 자세한 내용은 질문 B4 를 참조하십시오.

또한 저희 웹사이트 ww.scanhealthplan.com 또는 가입자 서비스부 1-866-722-6725 에서 저희가 보장하는 최신 의약품 목록을 확인할 수 있습니다. (TTY 사용자는 711 번으로 전화). 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 주 7 일 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일–금요일 오전 8 시–오후 8 시입니다(휴일과 업무 시간 외 시간에 수신된 메시지는 업무일 기준으로 1 일 이내에 답변을 드립니다).

F2. 의약품 목록은 변경됩니까?

예, 그리고 변경 시 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 Medicare 규칙을 따라야 합니다. 대부분의 약 보장 변경은 1 월 1 일에 발생하지만 당사는 연중 *의약품 목록*에 약을 추가하거나 삭제할 수 있습니다.

또한 의약품에 관한 규칙을 변경할 수도 있습니다. 예를 들어 다음 조치를 할 수 있습니다.

- 약에 대해 사전 허가를 요구하거나 요구하지 않기로 결정합니다. (사전 허가란 약을 받기 전에 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)의 허가를 받아야 하는 것입니다.)
- 받을 수 있는 약의 양을 추가하거나 변경합니다(분량 제한이라고 함).

이러한 의약품 규칙에 대한 자세한 내용은 질문 B4 를 참조하십시오.

연도 초기에 보장된 약을 투약하는 경우, 다음 경우를 제외하고 일반적으로 해당 약의 보장을 연중 나머지 기간 동안 없애거나 변경하지 않습니다.

- 현재 *의약품 목록*에 있는 약과 마찬가지로 효과가 있는 저렴한 새 약이 출시, 또는
- 약이 안전하지 않음을 당사에서 알게 된 경우, 또는
- 의약품 시판이 중지될 경우

아래의 질문 B3 및 B6 에는 *의약품 목록*이 변경될 때 발생하는 상황에 대한 자세한 정보가 있습니다.

- www.scanhealthplan.com 에서 온라인으로 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)의 최신 *의약품 목록*을 언제든지 확인할 수 있습니다. *의약품 목록*에 대한 업데이트는 매월 웹사이트에 게시됩니다.
- 가입자 서비스부에 1-866-722-6725 번으로 전화하실 수도 있습니다. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 주 7 일 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일-금요일 오전 8 시-오후

8 시(휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일로 1 일 이내에 답변을 드립니다) 중에 연락하여 최신 *의약품 목록*을 확인해 주시기 바랍니다.

F3. *의약품 목록*이 변경되면 어떻게 됩니까?

*의약품 목록*의 일부 변경 사항은 즉시 적용됩니다. 예를 들어,

- 특정 새 버전의 약물 대체. 당사는 해당 의약품을 특정 새 버전의 의약품으로 대체할 경우 *의약품 목록*에서 해당 의약품을 즉시 삭제할 수 있지만, 신약에 대한 가입자의 비용은 동일하게 유지되거나 더 낮아질 것입니다. 새로운 버전의 의약품을 추가할 때 브랜드 약이나 오리지널 생물학적 제제를 목록에서 유지하되 보장 규칙이나 한도를 변경하기로 결정할 수도 있습니다.
    - 이러한 변경을 하기 전에 귀하에게 알리지 않을 수 있지만 변경 사항이 발생하면 특정 변경에 대한 정보를 보내드립니다.
    - 이러한 변경은 해당 약이 다음과 같은 경우에만 가능합니다.
        - 브랜드 약의 새로운 복제약인 경우, 또는
        - *의약품 목록*에 있는 오리지널 생물학적 제제의 새로운 바이오시밀러 버전인 경우(예: 새로운 처방전 없이 오리지널 생물학적 제제를 대체할 수 있는 바이오시밀러를 추가).
        - 이러한 약 유형 중 일부는 생소할 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 B14 를 참조하십시오.
    - 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자는 이러한 변경에 대해 예외를 요청할 수 있습니다. 예외를 요청하기 위해 귀하가 취할 수 있는 단계가 포함된 통지서를 보내드립니다. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10-B12를 참조하십시오.
- 의약품 시판이 중지될 경우. 식품의약국(FDA)에서 귀하가 쓰는 약이 안전하지 않거나 효과적이지 않다고 말하거나 해당 약의 제조업체가 해당 약을 시장에서 철수하는 경우, 당사는 즉시 해당 약을 *의약품 목록*에서 삭제할 수 있습니다. 귀하께서 약을 사용 중인 경우, 저희는 변경을 한 후 통지를 보내드립니다. 통지를 받으시면 의사나 다른 처방자에게 연락하여 다른 옵션에 대해 논의하십시오.

저희는 쓰시는 약에 영향을 줄 수 있는 기타 변경을 할 수 있습니다. *의약품 목록*에 대한 기타 변경 사항에 대해 미리 알려 드릴 것입니다. 다음의 경우가 그러한 변경의 예시입니다.

- FDA 가 새로운 지침을 제공하거나 약에 대한 새로운 임상 지침이 있습니다.

- 신규 출시 의약품이 아닌 복제약을 추가할 때 *의약품 목록*에서 브랜드 의약품을 제거합니다. 또는
- 바이오시밀러를 추가할 때 오리지널 생물학적 제제를 제거합니다. 또는
- 브랜드 약에 대한 보장 규칙 또는 한도를 변경합니다.

이러한 변경 사항이 발생하면 다음 조치를 합니다.

- *의약품 목록*을 변경하기 최소 30 일 전에 영향을 받는 가입자에게 변경 사항을 통지하거나, 또는
- 가입자가 리필을 요청한 후 30 일치의 약을 제공.

이렇게 하면 의사나 다른 처방자와 상담할 시간을 확보할 수 있습니다. 그러한 의료 제공자는 귀하께서 다음 사항을 결정하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

- *의약품 목록*에 유사한 약이 있는지 여부 확인 또는
- 이러한 변경의 예외를 요청할지 여부. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10-B12 를 참조하십시오.

F4. 약 보장에 대한 제약 또는 제한이나 특정 약을 받기 위해 취해야 할 필수 조치가 있습니까?

예, 일부 약에는 보장 규칙이 있거나 받을 수 있는 양에 제한이 있습니다. 어떤 경우에는 귀하 또는 귀하의 의사 또는 다른 처방자가 귀하께서 약을 받기 전에 특정 조치를 해야 합니다. 예를 들어,

- 사전 허가: 일부 약의 경우, 처방약을 조제하기 전에 귀하나 담당 의사 또는 기타 처방자는 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)으로부터 허가를 받아야 합니다. 사전 허가는 진료 추천과 다릅니다. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 사전 허가를 받지 않은 경우 약을 보장하지 않을 수 있습니다.
- 분량 제한: 때때로 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 귀하가 받을 수 있는 약의 양을 제한합니다. 예를 들어, SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 ramelteon 에 대해 처방당 30 개의 정제를 제공합니다. 이것은 기본 한달분 또는 석달분에 추가될 수 있습니다.

가입자의 의약품에 어떤 추가 요건이 있는지 또는 제약이 있는지에 대해서는 41 페이지에서 시작되는 처방집을 찾아보시면 확인하실 수 있습니다. 또한 보장되는 특정 의약품에 해당되는 제약 사항에 대한 세부 정보는 저희 웹사이트 www.scanhealthplan.com 을 방문하시면 확인하실 수 있습니다.

사전 허가 제약 사항을 설명하는 문서를 온라인에 게시했습니다. 저희에게 사본을 보내달라고 요청하실 수도 있습니다.

이러한 제약 또는 제한 사항에 대한 예외를 요청할 수 있습니다. 이렇게 하면 의사나 다른 처방자와 상담할 시간을 확보할 수 있습니다. 그러한 의료 제공자는 대신 쓸 수 있는 유사한 약이 *의약품 목록*에 있는지 또는 예외를 요청할지 여부를 결정하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 예외에 대한 자세한 정보는 질문 B10-B12 를 참조하십시오.

F5. 원하는 약에 한도가 있는지 또는 약을 받기 위해 취해야 할 조치가 있는지 어떻게 알 수 있습니까?

41 페이지에 있는 의약품 목록의 표에는 '요건/제한'이라는 열이 있습니다.

F6. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)이 일부 의약품의 보장 방법에 대한 규칙을 변경하면(예: 사전 허가 또는 분량 제한) 어떻게 됩니까?

경우에 따라 사전 허가 또는 의약품에 대한 분량 제한 제약 사항을 추가하거나 변경하게 되면 사전에 알려드립니다. 본 사전 통지에 대한 자세한 정보와 *의약품 목록*의 약에 대한 규칙이 변경될 때 귀하에게 미리 알리지 못할 수 있는 상황에 대한 자세한 내용은 질문 B3 을 참조하십시오.

F7. *의약품 목록*에서 의약품을 어떻게 찾을 수 있습니까?

약을 찾는 방법에는 두 가지가 있습니다.

- 알파벳순으로 검색 또는
- 질환별로 검색할 수 있습니다.

알파벳순으로 검색하려면 81 페이지에서 시작되는 색인 섹션에서 해당 의약품을 찾으십시오. 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.

질환별로 검색하려면 41 페이지에서 "치료 등급별로 정렬된 처방집 의약품" 섹션을 찾으십시오. 이 섹션의 약은 치료 질환 유형에 따라 카테고리로 그룹화됩니다. 예를 들어, 심장 질환이 있는 경우 '심혈관 제제' 카테고리를 살펴봐야 합니다. 이 카테고리에서 심장 질환을 치료하는 약을 찾을 수 있습니다.

F8. 쓰려는 약이 *의약품 목록*에 없으면 어떻게 합니까?

*의약품 목록*에서 해당 의약품을 찾을 수 없는 경우, 가입자 서비스부에 1-866-722-6725 번으로 전화하십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화). 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 주 7 일 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 8 시입니다(휴일 및 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1 일 이내에 답변을 드립니다). 전화로 원하는 약에 대한 보장 여부를 문의하실 수 있습니다. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)이 해당 의약품을 보장하지 않는다는 것을 알게 되면, 다음 중 한 가지 조치를 취할 수 있습니다.

- SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)에서 보장하는 유사 의약품의 목록을 가입자 서비스부에 문의할 수 있습니다. 그런 다음 의사나 다른 처방자에게 목록을 보여주십시오. 이들은 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)이 보장하는 유사한 약을 처방할 수 있습니다. 또는

- SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)에 귀하의 의약품을 보장해달라고 예외를 적용해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 예외에 대한 자세한 정보는 질문 B10-B12 를 참조하십시오.

F9. 신규 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP) 가입자인데 *의약품 목록*에서 약을 찾을 수 없거나 약을 구입하는 데 문제가 있는 경우 어떻게 해야 합니까?

저희가 도와드리겠습니다. 당사는 가입자가 장기 요양 시설에 있지 않은 경우 30 일분, 장기 요양 시설에 있는 경우 31 일분의 의약품을 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)의 가입자로 가입한 첫 90 일 동안 보장해드릴 수 있습니다. 이렇게 하면 의사나 다른 처방자와 상담할 시간을 확보할 수 있습니다. 그러한 의료 제공자는 대신 쓸 수 있는 유사한 약이 *의약품 목록*에 있는지 또는 예외를 요청할지 여부를 결정하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

처방전이 며칠을 위해서만 작성된 경우, 가입자가 장기 요양 시설에 있지 않으면 최대 30 일분, 장기 요양 시설에 있는 경우 31 일분의 약을 받을 수 있게 저희는 여러 차례 리필하는 것을 허용할 수 있습니다.

다음의 경우에 해당하면, 장기 요양 시설에 있지 않은 경우 30 일분, 장기 요양 시설에 있는 경우 31 일분의 약을 보장해드립니다.

- 당사의 *의약품 목록*에 없는 약을 쓰고 있는 경우, 또는

- 플랜 규정에 따라 처방자가 주문한 약을 받을 수 없는 경우, 또는

- 이 약은 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)의 사전 허가가 필요합니다.

요양원이나 기타 장기 요양 시설에 있고 *의약품 목록*에 없는 약이 필요하거나 필요한 약을 쉽게 구할 수 없는 경우 저희가 도와드릴 수 있습니다. 플랜에 가입한 지 90 일 이상 되었고, 장기 요양 시설에 거주하며, 약을 당장 받아야 하는 경우:

- 신규 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP) 가입자인지 여부에 관계없이 필요한 약의 31 일 응급분을 보장합니다(그보다 적은 일수의 처방전이 없는 경우).
- 이것은 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)의 가입자가 되고 첫 90 일 동안 제공되는 임시 분량에 추가되는 것입니다.

현재 다른 치료 레벨로 전환 중인 가입자의 경우, 당사의 의약품 목록에 없는 약을 처방 받을 수 있거나 약을 받는 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 의사와 어떤 조치를 취해야 할지 상담하는 동안 장기 요양 시설, 병원, 응급실, 전문 간호 시설 또는 호스피스에서 자택으로 전환하는 경우 30 일분을, 또는 자택이나 병원에서 장기 요양 시설로 전환하는 경우 31 일분의 전환 공급분을 받을 수 있습니다.

F10. 약 보장에 대한 예외를 요청할 수 있습니까?

예. 그렇습니다. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)에 *의약품 목록*에 없는 의약품을 보장해달라는 예외를 요청할 수 있습니다.

저희에게 의약품에 대한 규칙을 변경하도록 요청하실 수도 있습니다.

- 예를 들어, SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 저희가 보장하는 약의 양을 제한하는 경우가 있습니다. 귀하의 약에 한도가 있는 경우 한도를 변경하고 더 많이 보장해주도록 요청하실 수 있습니다.
- 다른 예: 사전 허가 요건을 취소해줄 것을 요청할 수 있습니다.
- 약이 처방집에 없더라도 약 보장을 요청할 수 있습니다.
- 이 의약품이 특수 단계에 속해 있는 경우가 아닌 한 처방집 복제약을 더 낮은 비용 분담 수준으로 보장하도록 요청하실 수 있습니다.

일반적으로 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 플랜의 처방집에 포함된 대체 의약품 또는 추가적인 사용 제약이 질환 치료에 효과적이지 않거나 부정적인 의학적 효과를 야기할 수 있는 경우에만 예외 요청을 승인합니다.

F11. 예외를 요청하려면 어떻게 해야 하나요?

예외를 요청하시려면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오. 가입자 서비스부는 귀하 및 귀하의 처방자와 협력하여 귀하가 예외를 요청할 수 있도록 도와드릴 것입니다. 예외에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서*의 **9 장 섹션 G2 Medicare 파트 D 예외**를 읽어 보실 수도 있습니다.

F12. 예외를 받는 데 얼마나 걸립니까?

처방자로부터 예외 요청을 뒷받침하는 진술서를 받으면 72 시간 이내에 결정을 내릴 것입니다.

귀하 또는 담당 처방자가 결정을 내리기까지 72 시간을 기다리면 귀하의 건강에 해를 끼칠 수 있다고 생각되는 경우 신속 예외를 요청하실 수 있습니다. 이 방식은 더 빠른 결정 방식입니다. 처방자가 귀하의 요청을 지지하는 경우 처방자의 근거 진술서를 받은 후 24 시간 이내에 결정을 알려드립니다.

F13. 복제약이란 무엇입니까?

복제약은 브랜드 약과 동일한 활성 성분으로 구성됩니다. 복제약은 일반적으로 브랜드 약보다 비용이 적게 들고 일반적으로 잘 듣습니다. 또한 일반적으로 잘 알려진 이름을 가지고 있지 않습니다. 복제약은 식품의약국(FDA)의 승인을 받았습니다. 많은 브랜드 약 대신 사용할 수 있는 복제약이 있습니다. 복제약은 일반적으로 주법에 따라 새로운 처방전 없이 약국에서 브랜드 약을 대체할 수 있습니다.

SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 브랜드 약과 복제약을 모두 보장합니다.

F14. 오리지널 생물학적 제제란 무엇이며 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까?

'약'이라고 하면 약 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다. 생물학적 제제는 일반적인 약보다 더 복잡한 약입니다. 생물학적 제제는 일반 의약품보다 복잡하기 때문에 복제약 대신 바이오시밀러라고 하는 형태를 가집니다. 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 자세한 정보는 *가입자 안내서* 5 장을 참조하십시오.

F15. OTC 약이란 무엇입니까?

OTC 는 'over-the-counter'의 약자입니다. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 서비스 제공자가 처방한 일부 OTC 의약품을 보장합니다.

보장되는 OTC 약에 관한 추가 정보는 가입자 서비스부(전화번호는 페이지 하단에 안내)로 문의하거나 당사 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문하여 확인해 주십시오.

F16. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 비의약품 OTC 제품을 보장합니까?

SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 서비스 제공자가 처방한 일부 비의약품 OTC 제품을 보장합니다. 보장되는 비의약품 OTC 제품에 대한 추가 정보는 가입자 서비스부(전화번호는 페이지 하단에 안내)로 문의하거나 당사 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문하여 확인해 주십시오.

F17. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 장기분 처방약을 보장합니까?

- 우편 주문 프로그램. 저희는 처방약을 최대 100 일치까지 집에서 받을 수 있는 우편 주문 프로그램을 제공합니다.

- 100 일치 소매 약국 프로그램. 일부 소매 약국은 보장되는 처방약을 최대 100 일치까지 제공할 수도 있습니다.

특수 의약품의 경우 장기분을 이용할 수 없습니다. 장기분으로 이용할 수 있는 의약품을 확인하려면 41 페이지에서 시작하는 의약품 목록을 참조해 주십시오.

F18. 내 자기부담금은 얼마입니까?

SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP) 가입자는 의약품 목록에서 보장되는 모든 파트 D 처방약을 $0 의 자기부담금으로 이용할 수 있으며, 가입자가 플랜의 규칙을 준수하는 경우 Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 보장되는 일부 처방약, OTC 의약품 및 비의약품을 낮은 자기부담금(아래 자기부담금 표 참조)으로 이용할 수 있습니다. OTC 의약품 및 의약품 외 품목에 대한 자세한 정보는 질문 B14 및 B15 를 참조하십시오.

단계는 *의약품 목록*에 있는 의약품 그룹입니다.

약 단계		소매			우편 주문		
		선호		표준	선호		표준
		30 일 분	100 일 분	30 일 분	100 일 분	100 일 분	100 일 분
1 단계 (선호 복제약)		자기부담금 $0	자기부담금 $0	자기부담금 $0	자기부담금 $0	자기부담금 $0	자기부담금 $0
2 단계 (복제약)		자기부담금 $0	자기부담금 $0	자기부담금 $0 또는 $1	자기부담금 $0 또는 $1.60 또는 $2	자기부담금 $0	자기부담금 $0 또는 $1.60 또는 $2
3 단계 (선호 브랜드 약)	인슐린	복제약(복제약처럼 취급되는 약들 포함): - 자기부담금 $0 또는 $1.60 또는 $4.90 그 외 모든 의약품: - 자기부담금 $0 또는 $4.80 또는 $12.15 *5 단계 약은 100 일치를 이용할 수 없습니다.					
	기타 약						
4 단계 (비선호 의약품)							
5 단계 특수 단계							

Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 보장되는 일부 OTC 는 서비스 제공자가 처방하면 $0 의 자기부담금으로 이용할 수 있습니다. 의약품 목록에 없는 일부 처방약 및 비처방 의약품은 의사의 처방전이 있으면 당사의 네트워크 약국에서 Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 보장이 됩니다. 보장되는 약에 관한 추가 정보는 가입자 서비스부(전화번호는 페이지 하단에 안내)로 문의하거나 저희 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문하여 확인해 주십시오.

궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부에 1-866-722-6725 번으로 전화해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화). 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 주 7 일 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 8 시이며, 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1 일 이내에 답변을 드립니다.

G.*보장 약 목록(처방집)* 개요

*보장 약 목록(처방집)*은 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)에서 보장하는 약에 대한 정보를 제공합니다. 이 목록에서 의약품을 찾는 데 어려움이 있는 경우, 81 페이지부터 시작되는 색인을 참조하시기 바랍니다. 이 색인은 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)에서 보장하는 모든 의약품을 알파벳순으로 나열합니다.

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

요구 사항/제한 사항 열의 정보는 SCAN Connections(HMO D-SNP)와 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)가 귀하의 약 보장에 대해 특별한 요구 사항이 있는지 알려줍니다.

- [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 76페이지를 참조하십시오.
- [LD] 기호는 제한적 유통이 적용됨을 나타냅니다. 이 처방약은 특정 약국에서만 구할 수 있습니다. 자세한 내용은 약국 명부를 참조하거나 가입자 서비스부에 1-866-722-6725 번으로 문의해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 업무 시간은 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일 오전 8 시-오후 8 시입니다(휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1 일 이내에 답변을 드립니다). 저희에게 전화로 연락하시거나 www.scanhealthplan.com 을 방문해 자세한 사항을 확인해 주십시오.
- [EDS] 기호는 해당 약이 우편 주문 시 및 많은 소매 약국에서 기간 연장 분량(예: 30 일분 이상)으로 제공됨을 나타냅니다.

G1. 치료 등급별로 배열된 처방집 의약품

이 섹션의 약들은 치료 질환 유형에 따라 카테고리로 그룹화됩니다. 예를 들어, 심장 질환이 있는 경우 '심혈관 제제' 카테고리를 살펴봐야 합니다. 이 카테고리에서 심장 질환을 치료하는 약을 찾을 수 있습니다.

G2. 분량 제한이 있는 처방집 의약품

H. 색인

이 섹션에서는 알파벳순으로 이름을 검색하여 약을 찾을 수 있습니다. 그러면 해당 약에 대한 추가 보장 정보를 찾을 수 있는 페이지 번호가 표시됩니다.

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
ANALGESICS		
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
celecoxib	2	[EDS]
diclofenac potassium tab 50mg	1	[EDS]
diclofenac sodium dr	1	[EDS]
diclofenac sodium er	1	[EDS]
diclofenac sodium soln 1.5%	4	[QL] [EDS]
diclofenac sodium soln 2%	4	[QL] [EDS]
diflunisal	2	[EDS]
ec-naproxen	1	[EDS]
etodolac	2	[EDS]
etodolac er	2	[EDS]
ibu	1	[EDS]
ibuprofen	1	[EDS]
indomethacin er	2	[EDS]
indomethacin ir caps	2	[EDS]
ketorolac oral tabs	2	[EDS]
LODINE TABS	2	[EDS]
meloxicam tabs	1	[EDS]
nabumetone	2	[EDS]
naproxen tabs 250mg, 375mg & 500mg	1	[EDS]
naproxen sodium ir tabs	1	[EDS]
piroxicam	2	[EDS]
sulindac	2	[EDS]
Opioid Analgesics, Long-acting		
fentanyl patches 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr & 100mcg/hr	3	[QL] [EDS]
methadone oral	2	[EDS]
morphine sulfate er tabs	3	[QL] [EDS]
tramadol er tabs	3	[QL] [EDS]
Opioid Analgesics, Short-acting		
acetaminophen & codeine	2	[QL] [EDS]
butorphanol tartrate nasal	2	[QL] [EDS]
codeine sulfate	2	[EDS]
endocet	3	[QL] [EDS]
hydrocodone & acetaminophen soln 7.5-325mg/15ml	2	[QL] [EDS]
hydrocodone & acetaminophen soln 10-325mg/15ml	3	[QL] [EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
hydrocodone & acetaminophen tabs 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg	2	[QL] [EDS]
hydrocodone & ibuprofen tabs 7.5-200mg	2	[QL] [EDS]
hydromorphone immediate-release oral soln & tabs	2	[EDS]
morphine sulfate oral	2	[EDS]
oxycodone immediate-release	2	[EDS]
oxycodone oral soln	2	[EDS]
oxycodone & acetaminophen 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg	3	[QL] [EDS]
tramadol tab 50mg	2	[EDS]
tramadol ir tab 100mg	2	[QL] [EDS]
tramadol & acetaminophen	2	[QL] [EDS]
ANESTHETICS		
Local Anesthetics		
lidocaine ointment	4	[QL] [EDS]
lidocaine patch	3	[PA] [EDS]
lidocaine topical soln	2	[QL] [EDS]
lidocaine & prilocaine cream	3	[QL] [EDS]
lidocan III	3	[PA] [EDS]
tridacaine ii patch	3	[PA] [EDS]

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS		
Alcohol Deterrents/Anti-Craving		
acamprosate calcium dr	2	[EDS]
disulfiram	2	[EDS]
naltrexone	1	[EDS]
Opioid Dependence		
buprenorphine sublingual tabs	1	[EDS]
buprenorphine & naloxone sublingual film	2	[EDS]
buprenorphine & naloxone sublingual tabs	2	[EDS]
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO	3	[EDS]
naloxone inj	2	[EDS]
OPVEE	4	[EDS]
Smoking Cessation Agents		
bupropion sr 150mg	2	[EDS]
NICOTROL NASAL	4	[EDS]
varenicline starting month box	4	[EDS]
varenicline tartrate	4	[EDS]
ANTIBACTERIALS		
Aminoglycosides		
amikacin inj	2	[EDS]
ARIKAYCE	5	[PA]
gentamicin cream 0.1% & oint 0.1%	2	[EDS]
gentamicin inj 40mg/ml	2	[EDS]
neomycin sulfate oral	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
streptomycin inj	4	[EDS]
tobramycin sulfate inj	2	[EDS]
Antibacterials, Other		
aztreonam inj	4	[EDS]
CLEOCIN VAGINAL SUPP	3	[EDS]
clindamycin oral	2	[EDS]
clindamycin phosphate inj	2	[EDS]
clindamycin phosphate/dextrose inj	2	[EDS]
clindamycin swab	2	[EDS]
clindamycin vaginal cream	2	[EDS]
colistimethate inj	4	[EDS]
daptomycin inj	5	
fosfomycin pack	4	[EDS]
linezolid inj	4	[EDS]
linezolid oral susp and tabs	4	[EDS]
methenamine hippurate	2	[EDS]
metronidazole inj	2	[EDS]
metronidazole oral	2	[EDS]
metronidazole vaginal gel	2	[EDS]
nitrofurantoin caps	2	[EDS]
SIVEXTRO TABS & INJ	5	
tigecycline inj	5	
tinidazole tabs	3	[EDS]
trimethoprim	2	[EDS]
vancomycin caps	4	[EDS]
vancomycin inj 500mg, 750mg, 1gm & 10gm	3	[EDS]

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
vancomycin oral soln 250mg/5ml	4	[EDS]
vandazole	2	[EDS]
Beta-lactam, Cephalosporins		
cefaclor	2	[EDS]
cefaclor er	2	[EDS]
cefadroxil caps & tabs	2	[EDS]
cefazolin inj	2	[EDS]
cefdinir	2	[EDS]
cefepime inj	2	[EDS]
cefixime caps	3	[EDS]
cefixime susp	4	[EDS]
cefoxitin sodium	2	[EDS]
cefpodoxime tabs	2	[EDS]
cefprozil	2	[EDS]
ceftazidime inj	2	[EDS]
ceftriaxone inj	2	[EDS]
cefuroxime oral	2	[EDS]
cefuroxime inj	2	[EDS]
cephalexin caps 250mg & 500mg	1	[EDS]
cephalexin oral susp	1	[EDS]
tazicef inj	2	[EDS]
TEFLARO INJ	5	
Beta-lactam, Penicillins		
amoxicillin	1	[EDS]
amoxicillin & clavulanate potassium chew tabs 400-57mg	2	[EDS]
amoxicillin & clavulanate potassium er	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

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

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
erythromycin dr	4	[EDS]
Quinolones		
ciprofloxacin in d5w inj	2	[EDS]
ciprofloxacin tabs immediate-release 250mg, 500mg & 750mg	1	[EDS]
levofloxacin in d5w inj	2	[EDS]
levofloxacin oral soln	2	[EDS]
levofloxacin tabs	1	[EDS]
moxifloxacin inj	4	[EDS]
moxifloxacin oral	2	[EDS]
ofloxacin oral	2	[EDS]
Sulfonamides		
sulfacetamide sodium topical lotion 10%	2	[EDS]
sulfadiazine tabs	4	[EDS]
sulfamethoxazole & trimethoprim tabs	1	[EDS]
sulfamethoxazole & trimethoprim ds tabs	1	[EDS]
sulfamethoxazole & trimethoprim oral susp	2	[EDS]
Tetracyclines		
demeclocycline	4	[EDS]
doxy 100 inj	2	[EDS]
doxycycline hyclate immediate-release caps 50mg & 100mg	2	[EDS]
doxycycline hyclate immediate-release tabs 100mg	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
doxycycline monohydrate immediate-release tabs, caps & oral susp	2	[EDS]
minocycline ir	2	[EDS]
tetracycline	3	[EDS]
ANTICONVULSANTS		
Anticonvulsants, Other		
BRIVIACT ORAL SOLN	4	[PA] [EDS]
BRIVIACT TABS	5	[PA]
EPIDIOLEX	5	[PA] [LD]
felbamate tabs 400mg	2	[EDS]
felbamate tabs 600mg	4	[EDS]
felbamate oral susp 600mg/5ml	5	
FINTEPLA	5	[PA]
FYCOMPA	4	[PA] [EDS]
levetiracetam er	2	[EDS]
levetiracetam oral tabs & soln	2	[EDS]
levetiracetam tabs for oral susp	4	[EDS]
NAYZILAM	4	[PA] [EDS]
roweepra 500mg	2	[EDS]
SPRITAM	4	[EDS]
valproic acid oral caps & soln	2	[EDS]
Calcium Channel Modifying Agents		
ethosuximide	2	[EDS]
methsuximide	4	[EDS]
Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Modulating Agents		
clobazam	4	[PA] [EDS]
clonazepam	3	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
clonazepam odt	4	[EDS]
DIACOMIT	5	[PA]
DIAZEPAM RECTAL GEL	4	[EDS]
divalproex sodium dr	2	[EDS]
divalproex sodium er	2	[EDS]
gabapentin caps, ir tabs & oral soln	2	[EDS]
LIBERVANT	4	[PA] [EDS]
phenobarbital elixir & tabs	2	[EDS]
pregabalin	2	[EDS]
primidone tabs 50mg & 250mg	2	[EDS]
PRIMIDONE TABS 125MG	3	[EDS]
SYMPAZAN 5MG	4	[PA] [EDS]
SYMPAZAN 10MG & 20MG	5	[PA]
tiagabine	4	[EDS]
VALTOCO	4	[PA] [EDS]
vigabatrin	5	[LD]
vigadrone	5	[LD]
VIGAFYDE	5	
vigpoder	5	[LD]
ZTALMY SUSP	5	[LD]
Sodium Channel Agents		
APTIOM	5	[PA]
carbamazepine chewable tabs 100mg	2	[EDS]
carbamazepine chewable tabs 200mg	3	[EDS]
carbamazepine tabs & oral susp	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
carbamazepine er tabs & caps	3	[EDS]
DILANTIN CAPS	3	[EDS]
DILANTIN INFATABS	3	[EDS]
DILANTIN SUSP	3	[EDS]
epitol	2	[EDS]
lacosamide oral	4	[EDS]
oxcarbazepine tabs	2	[EDS]
oxcarbazepine susp	4	[EDS]
phenytek	2	[EDS]
phenytoin oral susp & chewable tabs	2	[EDS]
phenytoin er	2	[EDS]
rufinamide	4	[PA] [EDS]
TEGRETOL	3	[EDS]
TEGRETOL XR	3	[EDS]
TRILEPTAL	4	[EDS]
XCOPRI TABS	5	[PA]
XCOPRI MAINTENANCE PACK	5	[PA]
XCOPRI TITRATION PACK 12.5-25MG	4	[PA] [EDS]
XCOPRI TITRATION PACK 50-100MG, & 150-200MG	5	[PA]
ZONISADE	4	[EDS]
zonisamide	2	[EDS]
ANTIDEMENTIA AGENTS		
Antidementia Agents, Other		
Cholinesterase Inhibitors		
donepezil tabs 5mg & 10mg	2	[EDS]
donepezil odt	2	[EDS]
galantamine tabs	2	[QL] [EDS]
galantamine er caps	2	[QL] [EDS]

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
galantamine soln	4	[QL] [EDS]
rivastigmine caps	3	[QL] [EDS]
rivastigmine patches	4	[QL] [EDS]
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonists		
memantine hcl immediate release	2	[EDS]
memantine hcl soln	4	[EDS]
memantine hcl titration pack	4	[EDS]
ANTIDEPRESSANTS		
Antidepressants, Other		
AUVELITY	5	
bupropion hcl tabs	2	[EDS]
bupropion sr	2	[EDS]
bupropion xl 150mg & 300mg	2	[EDS]
bupropion xl 450mg	3	[EDS]
mirtazapine	1	[EDS]
mirtazapine odt	1	[EDS]
perphenazine & amitriptyline	4	[PA] [EDS]
ZURZUVAE	5	[PA]
Monoamine Oxidase Inhibitors		
EMSAM	5	
MARPLAN	4	[EDS]
phenelzine	2	[EDS]
tranylcypromine	4	[EDS]
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin & Norepinephrine Reuptake Inhibitors)		
citalopram tabs	1	[EDS]
citalopram oral soln	2	[EDS]
DESVENLAFAXINE ER	4	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
desvenlafaxine succinate er	3	[EDS]
DRIZALMA SPRINKLE	4	[EDS]
escitalopram	2	[EDS]
FETZIMA	4	[EDS]
FETZIMA TITRATION PACK	4	[EDS]
fluoxetine hcl caps 10mg, 20mg & 40mg	2	[EDS]
fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg	2	[EDS]
fluoxetine hcl oral soln	2	[EDS]
fluvoxamine	2	[EDS]
nefazodone	2	[EDS]
paroxetine hcl ir tabs	1	[EDS]
paroxetine hcl er	4	[EDS]
paroxetine hcl susp	4	[EDS]
pmdd fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg	2	[EDS]
sertraline tabs	1	[EDS]
sertraline oral soln	2	[EDS]
trazodone	1	[EDS]
TRINTELLIX	4	[EDS]
venlafaxine ir tabs	2	[EDS]
venlafaxine hcl er caps	2	[EDS]
vilazodone	3	[EDS]
Tricyclics		
amitriptyline	4	[PA] [EDS]
amoxapine	3	[EDS]
clomipramine	4	[PA] [EDS]
desipramine	4	[PA] [EDS]
doxepin caps	4	[PA] [EDS]
doxepin oral soln	4	[PA] [EDS]
imipramine hcl tabs	4	[PA] [EDS]
nortriptyline	4	[EDS]

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

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
caspofungin inj	4	[EDS]
clotrimazole cream 1%	2	[EDS]
clotrimazole topical soln 1%	2	[EDS]
clotrimazole troche	2	[EDS]
econazole nitrate	4	[EDS]
fluconazole in sodium chloride inj	2	[EDS]
fluconazole oral	2	[EDS]
flucytosine	5	
griseofulvin microsize	4	[EDS]
itraconazole	4	[EDS]
ketoconazole cream, shampoo & tabs	2	[EDS]
nyamyc	2	[EDS]
nystatin	2	[EDS]
nystop	2	[EDS]
posaconazole dr tabs	5	[PA]
posaconazole suspension	4	[PA] [EDS]
terbinafine	2	[EDS]
terconazole	2	[EDS]
voriconazole inj	5	[PA]
voriconazole oral suspension	5	
voriconazole tabs	4	[EDS]
ANTIGOUT AGENTS		
Antigout Agents		
allopurinol tabs 100mg & 300mg	1	[EDS]
colchicine tabs	3	[QL] [EDS]
febuxostat	3	[EDS]
probenecid	2	[EDS]
probenecid & colchicine	2	[EDS]
ANTIMIGRAINE AGENTS		
Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists		
AIMOVIG INJ	3	[PA] [EDS]
EMGALITY INJ	3	[PA] [EDS]
NURTEC ODT	3	[PA] [EDS]
UBRELVY	3	[PA] [EDS]
Ergot Alkaloids		
caffeine-ergotamine	3	[EDS]
dihydroergotamine mesylate nasal	5	[PA] [QL]
Prophylactic		
EPRONTIA	4	[EDS]
timolol oral	1	[EDS]
topiramate immediate-release tabs	2	[EDS]
topiramate immediate-release caps 15mg & 25mg	2	[EDS]
topiramate immediate-release caps 50mg	4	[EDS]
Serotonin (5-HT) Receptor Agonist		
naratriptan	2	[QL] [EDS]
rizatriptan	2	[EDS]
rizatriptan odt	2	[EDS]
sumatriptan nasal	4	[EDS]
sumatriptan succinate inj	4	[EDS]
sumatriptan succinate tabs	2	[EDS]
zolmitriptan tabs	3	[QL] [EDS]
zolmitriptan odt	3	[QL] [EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
ANTIMYASTHENIC AGENTS		
Parasympathomimetics		
pyridostigmine soln	4	[EDS]
pyridostigmine tabs 60mg	3	[EDS]
pyridostigmine er tabs 180mg	4	[EDS]
ANTIMYCOBACTERIALS		
Antimycobacterials, Other		
dapsone tabs	3	[EDS]
rifabutin	4	[EDS]
Antituberculars		
ethambutol	2	[EDS]
isoniazid	2	[EDS]
PRIFTIN	4	[EDS]
pyrazinamide	4	[EDS]
rifampin oral and inj	2	[EDS]
SIRTURO	5	
TRECATOR	4	[EDS]
ANTINEOPLASTICS		
Alkylating Agents		
cyclophosphamide	3	[PA] [B vs D] [EDS]
GLEOSTINE	4	[EDS]
MATULANE	5	
VALCHLOR	5	[PA]
Antiandrogens		
abiraterone acetate	5	[PA]
bicalutamide	2	[EDS]
ERLEADA	5	[PA]
nilutamide	5	
NUBEQA	5	[PA] [LD]
XTANDI	5	[PA]
YONSA	5	[PA]
Antiangiogenic Agents		
lenalidomide	5	[PA] [LD]
POMALYST	5	[PA] [LD]
REVLIMID	5	[PA] [LD]

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
THALOMID	5	[PA]
Antiestrogens/Modifiers		
ORSERDU TABS	5	[PA]
SOLTAMOX	5	
tamoxifen	2	[EDS]
toremifene citrate	5	
Antimetabolites		
hydroxyurea	2	[EDS]
mercaptopurine	2	[EDS]
PURIXAN	5	
Antineoplastics, Other		
AKEEGA	5	[PA] [LD]
INREBIC	5	[PA] [LD]
ITOVEBI	5	[PA]
IWILFIN	5	[PA] [LD]
LONSURF	5	[PA]
LAZCLUZE	5	[PA] [LD]
LYSODREN	5	
OGSIVEO	5	[PA]
ONUREG	5	[PA]
REVUFORJ	5	[PA]
VONJO	5	[PA]
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
anastrozole	2	[EDS]
exemestane	3	[EDS]
letrozole	2	[EDS]
Molecular Target Inhibitors		
ALECENSA	5	[PA]
ALUNBRIG	5	[PA]
ALUNBRIG INITIATION PACK	5	[PA]
AUGTYRO	5	[PA]
AYVAKIT	5	[PA] [LD]
BALVERSA	5	[PA]
BOSULIF	5	[PA]
BRAFTOVI	5	[PA] [LD]
BRUKINSA	5	[PA] [LD]
CABOMETYX	5	[PA]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
CALQUENCE	5	[PA] [LD]
CAPRELSA	5	[PA]
COMETRIQ	5	[PA]
COPIKTRA	5	[PA] [LD]
COTELLIC	5	[PA]
DANZITEN	5	[PA]
dasatinib	5	[PA]
DAURISMO	5	[PA]
ERIVEDGE	5	[PA]
erlotinib	5	[PA]
everolimus tabs 2.5mg, 5mg, 7.5mg & 10mg	5	[PA]
everolimus tabs for suspension 2mg, 3mg & 5mg	5	[PA]
FOTIVDA	5	[PA] [LD]
FRUZAQLA	5	[PA]
GAVRETO	5	[PA] [LD]
gefitinib	5	[PA]
GILOTRIF	5	[PA]
IBRANCE	5	[PA]
ICLUSIG	5	[PA]
IDHIFA	5	[PA] [LD]
imatinib	5	[PA]
IMBRUVICA	5	[PA]
IMKELDI	5	[PA]
INLYTA	5	[PA]
INQOVI	5	[PA]
JAKAFI	5	[PA]
JAYPIRCA TABS	5	[PA]
KISQALI	5	[PA]
KISQALI FEMARA CO-PACK	5	[PA]
KOSELUGO	5	[PA]
KRAZATI	5	[PA]

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
lapatinib	5	[PA]
LENVIMA	5	[PA]
LORBRENA	5	[PA]
LUMAKRAS	5	[PA]
LYNPARZA	5	[PA]
LYTGOBI TABS	5	[PA] [LD]
MEKINIST	5	[PA]
MEKTOVI	5	[PA] [LD]
NERLYNX	5	[PA] [LD]
NINLARO	5	[PA]
ODOMZO	5	[PA]
OJEMDA	5	[PA]
OJJAARA	5	[PA]
pazopanib	5	[PA]
PEMAZYRE	5	[PA] [LD]
PIQRAY	5	[PA]
QINLOCK	5	[PA] [LD]
RETEVMO	5	[PA] [LD]
REZLIDHIA CAPS	5	[PA]
ROZLYTREK	5	[PA]
RUBRACA	5	[PA] [LD]
RYDAPT	5	[PA]
SCEMBLIX	5	[PA]
sorafenib	5	[PA]
SPRYCEL	5	[PA]
STIVARGA	5	[PA]
sunitinib malate	5	[PA]
TABRECTA	5	[PA]
TAFINLAR	5	[PA]
TAGRISSO	5	[PA]
TALZENNA	5	[PA]
TASIGNA	5	[PA]
TAZVERIK	5	[PA] [LD]
TEPMETKO	5	[PA] [LD]
TIBSOVO	5	[PA]
torpenz	5	[PA]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
TRUQAP	5	[PA]
TUKYSA	5	[PA] [LD]
TURALIO	5	[PA] [LD]
VANFLYTA	5	[PA]
VENCLEXTA TABS 10MG & 50MG	3	[PA] [EDS]
VENCLEXTA TABS 100MG	5	[PA]
VENCLEXTA STARTING PACK	5	[PA]
VERZENIO	5	[PA] [LD]
VITRAKVI	5	[PA] [LD]
VIZIMPRO	5	[PA]
XALKORI	5	[PA]
XOSPATA	5	[PA] [LD]
XPOVIO	5	[PA] [LD]
ZEJULA TABS	5	[PA] [LD]
ZELBORAF	5	[PA]
ZOLINZA	5	[PA]
ZYDELIG	5	[PA]
ZYKADIA TABS	5	[PA]
Retinoids		
bexarotene	5	[PA]
PANRETIN	5	
tretinoin caps	5	
Treatment Adjuncts		
leucovorin oral	2	[EDS]
mesna	4	[EDS]
MESNEX TABS	4	[EDS]
VORANIGO	5	[PA]
ANTIPARASITICS		
Anthelmintics		
albendazole	4	[EDS]
ivermectin tabs	2	[EDS]
praziquantel tabs	4	[EDS]
Antiprotozoals		
atovaquone susp	4	[EDS]
atovaquone/proguanil	2	[EDS]

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
chloroquine	2	[EDS]
COARTEM	3	[EDS]
hydroxychloroquine tab 200mg	2	[EDS]
mefloquine	2	[EDS]
NEBUPENT NEBULIZER	4	[PA] [B vs D] [EDS]
nitazoxanide	5	
pentamidine inhalation soln	3	[PA] [B vs D] [EDS]
pentamidine inj	4	[EDS]
PRIMAQUINE	3	[EDS]
pyrimethamine	5	[PA]
quinine sulfate caps	3	[PA] [EDS]
ANTIPARKINSON AGENTS		
Anticholinergics		
benztropine tabs	4	[PA] [EDS]
trihexyphenidyl elixir & tabs	3	[EDS]
Antiparkinson Agents, Other		
carbidopa & levodopa & entacapone	4	[EDS]
entacapone	4	[EDS]
Dopamine Agonists		
apomorphine hydrochloride inj	5	[PA]
bromocriptine	2	[EDS]
NEUPRO PATCH	4	[QL] [EDS]
pramipexole ir	2	[EDS]
ropinirole ir	2	[EDS]
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
carbidopa	4	[EDS]
carbidopa & levodopa ir, er, odt	2	[EDS]
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors		
rasagiline	4	[EDS]
selegiline	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
ANTIPSYCHOTICS		
1st Generation/Typical		
chlorpromazine oral	4	[PA] [EDS]
fluphenazine oral	4	[EDS]
fluphenazine decanoate inj	4	[EDS]
fluphenazine inj	4	[EDS]
haloperidol oral	2	[EDS]
haloperidol decanoate inj	2	[EDS]
haloperidol lactate inj	2	[EDS]
loxapine	2	[EDS]
molindone	2	[EDS]
perphenazine	4	[EDS]
pimozide	2	[EDS]
thioridazine	2	[EDS]
thiothixene	2	[EDS]
trifluoperazine	2	[EDS]
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY ASIMTUFII INJ	5	
ABILIFY MAINTENA INJ	5	
aripiprazole odt 10mg	5	
aripiprazole odt 15mg	4	[EDS]
aripiprazole soln	3	[EDS]
aripiprazole tabs	3	[EDS]
ARISTADA INJ	5	
ARISTADA INITIO INJ	4	[EDS]
asenapine maleate sublinqual	4	[EDS]
CAPLYTA	5	[PA]
FANAPT	4	[PA] [EDS]

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
FANAPT TITRATION PACK	4	[PA] [EDS]
INVEGA HAFYERA INJ	5	
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG	4	[EDS]
INVEGA SUSTENNA INJ 78MG, 117MG, 156MG & 234MG	5	
INVEGA TRINZA INJ	5	
lurasidone hcl tabs	4	[EDS]
NUPLAZID	5	[PA]
olanzapine inj & tabs	2	[EDS]
olanzapine odt	4	[EDS]
paliperidone er tabs	4	[EDS]
quetiapine fumarate 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg & 400mg tabs	2	[EDS]
quetiapine er tabs	3	[EDS]
REXULTI	5	
risperidone	2	[EDS]
risperidone er inj 12.5mg & 25mg	4	[EDS]
risperidone er inj 37.5mg & 50mg	5	
risperidone odt	2	[EDS]
SECUADO	5	[PA]
UZEDY INJ	5	
VRAYLAR	4	[EDS]
ziprasidone inj	3	[EDS]
ziprasidone oral	2	[EDS]
Treatment-Resistant		
clozapine	3	[EDS]
clozapine odt	4	[EDS]
VERSACLOZ	5	

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
ANTISPASTICITY AGENTS		
Antispasticity Agents		
baclofen tabs	2	[EDS]
tizanidine caps	3	[EDS]
tizanidine tabs	2	[EDS]
ANTIVIRALS		
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
LIVTENCITY	5	[PA] [QL] [LD]
PREVYMIS	5	[PA] [QL]
valganciclovir oral soln	4	[EDS]
valganciclovir tabs	3	[EDS]
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
adefovir dipivoxil	4	[EDS]
BARACLUDE ORAL SOLN 0.05MG/ML	4	[EDS]
entecavir tabs	4	[EDS]
lamivudine tabs 100mg	3	[EDS]
VEMLIDY	5	
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
EPCLUSA	5	[PA]
HARVONI	5	[PA]
LEDIPASVIR/ SOFOSBUVIR	5	[PA]
ribavirin	3	[EDS]
SOFOSBUVIR/ VELPATASVIR	5	[PA]
VOSEVI	5	[PA]
Antiherpetic Agents		
acyclovir caps & tabs	2	[EDS]
acyclovir inj	2	[PA] [B vs D] [EDS]
acyclovir oral susp	4	[EDS]
famciclovir	2	[EDS]
valacyclovir	2	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)		
BIKTARVY	5	
DOVATO	5	
GENVOYA	5	
ISENTRESS CHEW TABS 25MG	3	[EDS]
ISENTRESS 100MG CHEW TABS	5	
ISENTRESS ORAL POWDER	5	
ISENTRESS TABS	5	
ISENTRESS HD TABS	5	
JULUCA	5	
STRIBILD	5	
TIVICAY TABS 50MG	5	
TIVICAY PD	4	[EDS]
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)		
COMPLERA	5	
DELSTRIGO	5	
EDURANT	5	
efavirenz tabs	4	[EDS]
efavirenz & emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs	5	
efavirenz & lamivudine & tenofovir disoproxil fumarate tabs	5	
etravirine tabs 100mg	4	[EDS]
etravirine tabs 200mg	5	
INTELENCE TAB 25MG	4	[EDS]
nevirapine er & susp	4	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

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

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

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
XOFLUZA	4	[EDS]
Antiviral, Coronavirus Agents		
PAXLOVID	3	[EDS]
ANXIOLYTICS		
Anxiolytics, Other		
buspirone	2	[EDS]
meprobamate	4	[EDS]
Benzodiazepines		
alprazolam ir tabs	2	[QL] [EDS]
clorazepate	4	[EDS]
diazepam soln	4	[PA] [EDS]
diazepam tabs	3	[PA] [EDS]
lorazepam soln	3	[EDS]
lorazepam tabs	2	[EDS]
BIPOLAR AGENTS		
Mood Stabilizers		
lamotrigine odt	4	[EDS]
lamotrigine chewable tabs	2	[EDS]
lamotrigine immediate-release tabs	2	[EDS]
lithium carbonate	2	[EDS]
lithium carbonate er	2	[EDS]
lithium oral soln	2	[EDS]
subvenite tabs	2	[EDS]
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
Antidiabetic Agents		
acarbose	2	[EDS]
glimepiride	1	[EDS]
glimepiride & pioglitazone	2	[QL] [EDS]
glipizide er	1	[EDS]
glipizide tabs 5mg & 10mg	1	[EDS]
glipizide & metformin tabs	1	[EDS]
GLYXAMBI	3	[QL] [EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
JANUMET	3	[QL] [EDS]
JANUMET XR	3	[QL] [EDS]
JANUVIA	3	[QL] [EDS]
JENTADUETO	3	[QL] [EDS]
JENTADUETO XR	3	[QL] [EDS]
metformin tabs	1	[EDS]
metformin er uncoated tabs 500mg & 750mg	1	[EDS]
MOUNJARO INJ	3	[PA] [QL] [EDS]
nateglinide	2	[EDS]
OZEMPIC INJ	3	[PA] [QL] [EDS]
pioglitazone	1	[EDS]
pioglitazone & metformin	2	[EDS]
repaglinide	2	[EDS]
RYBELSUS	3	[PA] [QL] [EDS]
SOLIQUA INJ	3	[EDS]
SYMLINPEN INJ	5	
SYNJARDY	3	[QL] [EDS]
SYNJARDY XR	3	[QL] [EDS]
TRADJENTA	3	[QL] [EDS]
TRIJARDY XR	3	[QL] [EDS]
TRULICITY INJ	3	[PA] [QL] [EDS]
XIGDUO XR	3	[QL] [EDS]
Glycemic Agents		
diazoxide	5	
GLUCAGON EMERGENCY KIT INJ	3	[EDS]
GVOKE INJ	3	[EDS]
ZEGALOGUE INJ	3	[EDS]
Insulins		
HUMALOG CARTRIDGE INJ	3	[EDS]
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ	3	[EDS]
HUMALOG KWIKPEN INJ	3	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ	3	[EDS]
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ	3	[EDS]
HUMALOG MIX 75/25 VIAL INJ	3	[EDS]
HUMALOG VIAL INJ	3	[EDS]
HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ	3	[EDS]
HUMULIN 70/30 VIAL INJ	3	[EDS]
HUMULIN N KWIKPEN INJ	3	[EDS]
HUMULIN N VIAL INJ	3	[EDS]
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) KWIKPEN INJ	3	[EDS]
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) VIAL INJ	3	[EDS]
HUMULIN R VIAL INJ	3	[EDS]
INSULIN LISPRO VIAL INJ	3	[EDS]
LANTUS SOLOSTAR PEN INJ	3	[EDS]
LANTUS VIAL INJ	3	[EDS]
LYUMJEV VIAL INJ	3	[EDS]
LYUMJEV KWIKPEN INJ	3	[EDS]
TOUJEO SOLOSTAR INJ	3	[EDS]
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJ	3	[EDS]
TRESIBA VIAL INJ	3	[EDS]
TRESIBA FLEXTOUCH INJ	3	[EDS]

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
Anticoagulants		
dabigatran etexilate	4	[QL] [EDS]
ELIQUIS STARTER PACK & TABS	3	[QL] [EDS]
enoxaparin inj syringe	4	[EDS]
fondaparinux inj 2.5mg/0.5ml & 5mg/0.4ml	4	[EDS]
fondaparinux inj 7.5mg/0.6ml & 10mg/0.8ml	5	
heparin inj vials 1000u/ml, 5000u/ml, 10000u/ml & 20000u/ml	2	[PA] [B vs D] [EDS]
jantoven	1	[EDS]
warfarin	1	[EDS]
XARELTO ORAL SUSP & TABS	3	[QL] [EDS]
XARELTO STARTER PACK	3	[QL] [EDS]
Blood Products and Modifiers, Other		
anagrelide	2	[EDS]
NIVESTYM INJ	5	[PA]
PROCRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML & 10000UNIT/ML	3	[PA] [EDS]
PROCRIT INJ 20000UNIT/ML & 40000UNIT/ML	5	[PA]
PROMACTA	5	[PA] [QL] [LD]
RELEUKO INJ	4	[PA]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
RETACRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML,10000 UNIT/ML, 20000UNIT/2ML & 20000UNIT/ML	3	[PA] [EDS]
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	5	[PA]
UDENYCA INJ	5	[PA]
Hemostasis Agents		
tranexamic acid tabs	3	[EDS]
Platelet Modifying Agents		
BRILINTA	3	[EDS]
cilostazol	2	[EDS]
clopidogrel tabs 75mg	1	[EDS]
dipyridamole er & aspirin	4	[EDS]
dipyridamole oral	2	[EDS]
prasugrel	2	[EDS]
CARDIOVASCULAR AGENTS		
Alpha-adrenergic Agonists		
clonidine patches	4	[EDS]
clonidine tabs immediate-release	1	[EDS]
droxidopa	5	[PA]
guanfacine ir	2	[EDS]
midodrine tabs	3	[EDS]
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
benazepril	1	[EDS]
captopril	1	[EDS]
enalapril tabs	1	[EDS]
fosinopril	1	[EDS]
lisinopril	1	[EDS]
moexipril	1	[EDS]

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
perindopril	1	[EDS]
quinapril	1	[EDS]
ramipril	1	[EDS]
trandolapril	1	[EDS]
Angiotensin II Receptor Antagonists		
candesartan	2	[EDS]
irbesartan	1	[EDS]
losartan	1	[EDS]
olmesartan	2	[EDS]
telmisartan	2	[EDS]
valsartan tabs	1	[EDS]
Antiarrhythmics		
amiodarone tabs	2	[EDS]
digoxin oral soln	2	[EDS]
digoxin tabs 125mcg & 250mcg	2	[EDS]
disopyramide phosphate	4	[EDS]
dofetilide	4	[EDS]
flecainide acetate	2	[EDS]
LANOXIN ORAL	3	[EDS]
mexiletine	2	[EDS]
MULTAQ	3	[EDS]
pacerone tabs	2	[EDS]
propafenone tabs	2	[EDS]
quinidine gluconate cr	4	[EDS]
quinidine sulfate	2	[EDS]
sotalol tabs	2	[EDS]
Beta-adrenergic Blocking Agents		
acebutolol	2	[EDS]
atenolol	1	[EDS]
bisoprolol	2	[EDS]
carvedilol	1	[EDS]
labetalol oral	2	[EDS]
metoprolol succinate er	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
metoprolol tartrate tabs 25mg, 50mg & 100mg	1	[EDS]
nadolol	2	[EDS]
nebivolol hcl	2	[EDS]
pindolol	2	[EDS]
propranolol ir tabs	1	[EDS]
propranolol er caps	2	[EDS]
propranolol oral soln	2	[EDS]
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
amlodipine	1	[EDS]
felodipine er	2	[EDS]
isradipine	2	[EDS]
nicardipine caps	2	[EDS]
nifedipine caps	2	[EDS]
nifedipine er	2	[EDS]
nimodipine	4	[EDS]
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
cartia xt	2	[EDS]
diltiazem tabs	2	[EDS]
diltiazem er caps	2	[EDS]
dilt-xr	2	[EDS]
tiadylt er	2	[EDS]
verapamil ir	1	[EDS]
verapamil er	2	[EDS]
verapamil sr	2	[EDS]
Cardiovascular Agents, Other		
aliskiren	3	[EDS]
amiloride & hydrochlorothiazide	1	[EDS]
amlodipine & atorvastatin	2	[EDS]
amlodipine & benazepril	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
amlodipine & valsartan & hydrochlorothiazide tabs	2	[EDS]
atenolol & chlorthalidone	1	[EDS]
benazepril & hydrochlorothiazide	1	[EDS]
bisoprolol & hydrochlorothiazide	2	[EDS]
CORLANOR TABS	4	[PA] [EDS]
enalapril & hydrochlorothiazide	1	[EDS]
ENTRESTO TABS	3	[QL] [EDS]
fosinopril & hydrochlorothiazide	1	[EDS]
irbesartan hct	1	[EDS]
ivabradine	4	[PA] [EDS]
lisinopril & hydrochlorothiazide	1	[EDS]
losartan hct	1	[EDS]
metoprolol & hydrochlorothiazide	2	[EDS]
metyrosine caps	5	[PA]
olmesartan & amlodipine	2	[EDS]
olmesartan hct	2	[EDS]
olmesartan medoxomil & amlodipine & hydrochlorothiazide tabs	2	[EDS]
pentoxifylline er	2	[EDS]
quinapril & hydrochlorothiazide	1	[EDS]
ranolazine er	3	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
spironolactone & hydrochlorothiazide	1	[EDS]
triamterene & hydrochlorothiazide	1	[EDS]
valsartan & amlodipine	1	[EDS]
valsartan hct	1	[EDS]
Diuretics, Loop		
bumetanide inj	2	[EDS]
bumetanide tabs	2	[EDS]
furosemide oral	1	[EDS]
furosemide inj	2	[EDS]
torsemide	2	[EDS]
Diuretics, Potassium-sparing		
amiloride	2	[EDS]
Diuretics, Thiazide		
chlorthalidone	1	[EDS]
hydrochlorothiazide	1	[EDS]
indapamide	1	[EDS]
metolazone	2	[EDS]
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
fenofibrate caps 43mg & 130mg	2	[EDS]
fenofibrate micronized caps 67mg, 134mg & 200mg	2	[EDS]
fenofibrate tabs 48mg, 54mg, 145mg & 160mg	2	[EDS]
fenofibric acid dr caps	3	[EDS]
gemfibrozil	2	[EDS]
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors		
atorvastatin	1	[EDS]
lovastatin	1	[EDS]
pravastatin	1	[EDS]
rosuvastatin	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
simvastatin	1	[EDS]
Dyslipidemics, Other		
cholestyramine	2	[EDS]
cholestyramine light	2	[EDS]
colesevelam	4	[EDS]
colestipol pack	2	[EDS]
colestipol tabs	2	[EDS]
ezetimibe	2	[EDS]
ezetimibe & simvastatin	3	[EDS]
icosapent ethyl	4	[EDS]
niacin er tabs	3	[QL] [EDS]
omega-3-acid ethyl esters	2	[EDS]
prevalite	2	[EDS]
REPATHA INJ	3	[PA] [EDS]
VASCEPA CAPS	4	[EDS]
Mineralocorticoid Receptor Antagonists		
eplerenone	3	[EDS]
KERENDIA	3	[PA] [EDS]
spironolactone tabs	1	[EDS]
Sodium-Glucose Co-Transporter 2 Inhibitors (SGLT2i)		
FARXIGA	3	[QL] [EDS]
JARDIANCE	3	[QL] [EDS]
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
hydralazine oral	2	[EDS]
minoxidil	2	[EDS]
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
isosorbide dinitrate tabs 5mg, 10mg, 20mg & 30mg	2	[EDS]
isosorbide mononitrate er	2	[EDS]
nitro-bid oint	2	[EDS]
nitroglycerin lingual	2	[EDS]
nitroglycerin patches	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
nitroglycerin sublingual	2	[EDS]
VERQUVO	4	[PA] [EDS]
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines		
amphetamine & dextroamphetamine tabs	2	[QL] [EDS]
dextroamphetamine sulfate tabs 5mg & 10mg	3	[QL] [EDS]
dextroamphetamine sulfate er	4	[QL] [EDS]
zenzedi tabs 5mg & 10mg	3	[QL] [EDS]
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
atomoxetine	3	[EDS]
clonidine er 0.1mg	2	[EDS]
dexmethylphenidate ir tabs	2	[EDS]
methylphenidate er tabs 10mg & 20mg	3	[EDS]
methylphenidate ir tabs 5mg, 10mg & 20mg	2	[EDS]
Central Nervous System, Other		
AUSTEDO	5	[PA] [QL] [LD]
AUSTEDO XR 6MG, 12MG & 24MG	5	[PA] [QL] [LD]
AUSTEDO XR 18MG, 30MG, 36MG, 42MG & 48MG	5	[PA] [QL]
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT	5	[PA] [QL]

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
COBENFY	4	[EDS]
NUEDEXTA	5	[PA]
riluzole	3	[EDS]
tetrabenazine	5	[PA] [QL]
Fibromyalgia Agents		
duloxetine hcl	2	[EDS]
SAVELLA	3	[EDS]
SAVELLA TITRATION PACK	3	[EDS]
Multiple Sclerosis Agents		
AVONEX INJ	5	[PA]
AVONEX PEN INJ	5	[PA]
BETASERON INJ	5	[PA]
COPAXONE INJ 40MG/ML	5	[PA]
dalfampridine er	3	[PA] [EDS]
dimethyl fumarate caps	5	[PA]
dimethyl fumarate starter pack	5	[PA]
fingolimod hcl	5	[PA]
glatiramer acetate inj	5	[PA]
glatopa inj	5	[PA]
teriflunomide tabs	5	[PA]
VUMERITY	5	[PA]
DENTAL AND ORAL AGENTS		
Dental and Oral Agents		
cevimeline	3	[EDS]
chlorhexidine gluconate	2	[EDS]
doxycycline hyclate immediate-release tabs 20mg	2	[EDS]
kourzeq	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
lidocaine viscous soln	2	[EDS]
periogard	2	[EDS]
pilocarpine tabs	3	[EDS]
triamcinolone dental paste	2	[EDS]
DERMATOLOGICAL AGENTS		
Acne and Rosacea Agents		
acitretin	4	[PA] [EDS]
accutane	4	[EDS]
adapalene cream 0.1%	4	[EDS]
adapalene gel 0.3%	4	[EDS]
ALTRENO	3	[PA] [EDS]
amnesteem caps	4	[EDS]
claravis	4	[EDS]
isotretinoin caps 10mg, 20mg, 30mg & 40mg	4	[EDS]
metronidazole topical	3	[EDS]
tazarotene cream	4	[EDS]
tazarotene gel	4	[QL] [EDS]
tretinoin cream	3	[PA] [EDS]
tretinoin gel 0.01%, 0.025% & 0.05%	3	[PA] [EDS]
zenatane	4	[EDS]
Dermatitis and Pruritus Agents		
alclometasone dipropionate	2	[EDS]
ammonium lactate	2	[EDS]
betamethasone dipropionate	2	[EDS]
betamethasone dipropionate augmented	2	[EDS]
betamethasone valerate cream, oint & lotion	2	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
clobetasol propionate cream, foam, gel, oint & soln	4	[EDS]
clobetasol propionate emollient	4	[EDS]
desonide lotion, oint & cream	3	[QL] [EDS]
desoximetasone topical cream, gel & oint 0.05%	4	[QL] [EDS]
desoximetasone topical cream & oint 0.25%	3	[QL] [EDS]
fluocinolone acetonide cream, oint, soln	3	[EDS]
fluocinolone acetonide scalp oil	3	[EDS]
fluocinonide cream 0.05%, gel & oint	2	[QL] [EDS]
fluocinonide emulsified base cream	2	[QL] [EDS]
fluocinonide soln	2	[EDS]
fluticasone propionate cream & oint	2	[EDS]
halobetasol propionate cream & ointment	2	[EDS]
hydrocortisone lotion & oint 2.5%	2	[EDS]
hydrocortisone butyrate cream & soln	2	[EDS]
hydrocortisone valerate	2	[EDS]
mometasone cream, oint & soln	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
pimecrolimus	4	[QL] [EDS]
selenium sulfide lotion	2	[EDS]
tacrolimus oint	4	[QL] [EDS]
triamcinolone acetonide topical cream & lotion	2	[EDS]
triamcinolone acetonide topical oint 0.025%, 0.1% & 0.5%	2	[EDS]
Dermatological Agents, Other		
calcipotriene cream & oint	4	[QL] [EDS]
calcipotriene soln	3	[EDS]
clotrimazole & betamethasone	2	[EDS]
diclofenac sodium gel 3%	4	[PA] [EDS]
fluorouracil topical 2% and 5%	3	[EDS]
imiquimod cream 5%	3	[EDS]
methoxsalen	5	
nystatin & triamcinolone	3	[EDS]
OTEZLA	5	[PA] [QL]
podofilox soln	2	[EDS]
silver sulfadiazine	2	[EDS]
REGRANEX	5	[PA] [QL]
SANTYL	3	[QL] [EDS]
ssd	2	[EDS]
Pediculicides/Scabicides		
malathion	4	[EDS]
permethrin cream	2	[EDS]

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
Topical Anti-infectives		
acyclovir cream & oint 5%	4	[QL] [EDS]
ciclopirox cream, gel, nail soln, shampoo & susp	2	[EDS]
clindamycin gel 1%	3	[EDS]
clindamycin lotion & soln	2	[EDS]
erythromycin topical gel & soln	2	[EDS]
mupirocin ointment	2	[EDS]
mupirocin cream	4	[QL] [EDS]
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/ VITAMINS		
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
deferasirox granule pack, tabs & tabs for soln	3	[PA] [EDS]
deferiprone	5	[PA]
penicillamine tabs	5	
trientine cap 250mg	5	
Electrolyte/Mineral Replacement		
carglumic acid	5	[PA]
CLINISOL SF INJ	4	[PA] [B vs D] [EDS]
dextrose inj	2	[EDS]
dextrose (10%, 5% or 2.5%) & sodium chloride inj	2	[EDS]
klor-con pack	4	[EDS]
klor-con tabs	2	[EDS]
magnesium sulfate inj	2	[EDS]
plenamine inj	2	[PA] [B vs D] [EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
potassium chloride oral soln	4	[EDS]
potassium chloride inj	2	[EDS]
potassium chloride pack 20meq	4	[EDS]
potassium chloride er & cr	2	[EDS]
potassium chloride & dextrose 20mEq/5% inj	2	[EDS]
potassium chloride & dextrose & lactated ringers inj	2	[EDS]
potassium chloride & dextrose & sodium chloride inj 10mEq/5%/0.45%, 20mEq/5%/0.2%, 20mEq/5%/0.45%, 20mEq/5%/0.9%, 30mEq/5%/0.45% 40mEq/5%/0.9% & 40mEq/5%/0.45%	2	[EDS]
potassium citrate er	2	[EDS]
PROSOL INJ	4	[PA] [B vs D] [EDS]
sodium chloride inj	2	[EDS]
TPN ELECTROLYTES INJ	3	[EDS]
TRAVASOL INJ	4	[PA] [B vs D] [EDS]
Potassium Binders		
kionex susp	2	[EDS]
LOKELMA	3	[EDS]
sodium polystyrene sulfonate powder	2	[EDS]
sps suspension	2	[EDS]
VELTASSA	3	[EDS]

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
Vitamins		
prenatal multi-vitamin	2	[EDS]
GASTROINTESTINAL AGENTS		
Anti-Constipation Agents		
constulose soln	2	[EDS]
enulose	*2*	*[EDS]*
generlac	2	[EDS]
lactulose soln 10g/15ml	2	[EDS]
LINZESS	3	[EDS]
lubiprostone	3	[EDS]
MOVANTIK	3	[EDS]
RELISTOR INJ	5	[PA]
RELISTOR TABS	5	[PA]
Anti-Diarrheal Agents		
alosetron hcl tab 0.5mg	4	[PA] [EDS]
alosetron hcl tab 1mg	5	[PA]
diphenoxylate & atropine oral soln	4	[EDS]
diphenoxylate & atropine tabs	4	[EDS]
loperamide caps 2mg	2	[EDS]
XERMELO	5	[PA]
Antispasmodics, Gastrointestinal		
dicyclomine	4	[PA] [EDS]
glycopyrrolate tabs 1mg & 2mg	2	[EDS]
Gastrointestinal Agents, Other		
gavilyte-c	2	[EDS]
gavilyte-g	2	[EDS]
gavilyte-n	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
metoclopramide oral tablets & soln	2	[EDS]
nitroglycerin rectal oint	4	[EDS]
peg 3350 & electrolytes	2	[EDS]
peg 3350 & sodium chloride & sodium bicarbonate & potassium chloride	2	[EDS]
peg 3350 & sodium sulfate & sodium chloride & potassium chloride & sodium ascorbate & ascorbic	3	[EDS]
PLENVU	3	[EDS]
sodium sulfate, potassium sulfate and magnesium sulfate	3	[EDS]
ursodiol cap 300mg & tabs 250mg & 500mg	3	[EDS]
VOWST	5	[PA] [LD]
XIFAXAN TABS 200MG	3	[PA] [EDS]
XIFAXAN TABS 550MG	5	[PA]
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists		
cimetidine tabs	2	[EDS]
famotidine tabs	1	[EDS]
Protectants		
misoprostol	2	[EDS]
sucralfate tabs	2	[EDS]

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
Proton Pump Inhibitors		
esomeprazole magnesium dr caps	3	[EDS]
lansoprazole dr caps	2	[EDS]
omeprazole caps	1	[EDS]
pantoprazole tabs	1	[EDS]
rabeprazole sodium	3	[EDS]
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
betaine anhydrous	5	
CERDELGA	5	[PA]
CREON DR	3	[EDS]
cromolyn sodium oral	4	[EDS]
CYSTAGON	3	[EDS]
ENDARI	5	[PA]
l-glutamine	5	[PA]
miglustat	5	[PA] [LD]
nitisinone	5	[PA]
PROLASTIN C INJ	5	[PA] [LD]
sapropterin	5	
sodium phenylbutyrate powder & tabs	5	
WELIREG	5	[PA] [LD]
YARGESA	5	[PA] [LD]
GENITOURINARY AGENTS		
Antispasmodics, Urinary		
fesoterodine fumarate er	3	[EDS]
GEMTESA	4	[EDS]
MYRBETRIQ	3	[EDS]
oxybutynin ir	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
oxybutynin er	2	[EDS]
solifenacin succinate	3	[EDS]
tolterodine tartrate er	4	[QL] [EDS]
trospium ir	2	[EDS]
Benign Prostatic Hypertrophy Agents		
alfuzosin hcl er	2	[EDS]
doxazosin	2	[EDS]
dutasteride	3	[EDS]
dutasteride & tamsulosin	3	[EDS]
finasteride tabs 5mg	1	[EDS]
prazosin	2	[EDS]
tadalafil 2.5mg & 5mg	4	[PA] [QL] [EDS]
tamsulosin	1	[EDS]
terazosin	1	[EDS]
Genitourinary Agents, Other		
bethanechol	2	[EDS]
ELMIRON	4	[EDS]
tiopronin	5	
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (ADRENAL)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
dexamethasone dose pack	2	[EDS]
dexamethasone elixir	2	[EDS]
dexamethasone tabs	2	[EDS]
fludrocortisone acetate	2	[EDS]
HEMADY	4	[EDS]
hydrocortisone oral	2	[EDS]
MEDROL TABS	4	[PA] [B vs D] [EDS]

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

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

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

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
dotti	2	[EDS]
drospirenone & ethinyl estradiol 3mg/0.02mg	2	[EDS]
eluryng	3	[EDS]
enilloring	3	[EDS]
enpresse-28	2	[EDS]
enskyce	2	[EDS]
estarylla	2	[EDS]
estradiol oral	2	[EDS]
estradiol patches	2	[EDS]
estradiol vaginal cream	2	[EDS]
estradiol vaginal tabs	2	[EDS]
estradiol & norethindrone acetate 0.5mg/0.1mg & 1mg/0.5mg	2	[EDS]
ESTRING	3	[EDS]
ethinyl estradiol & ethynodiol	2	[EDS]
ethinyl estradiol & norethindrone acetate 5mcg/1mg & 2.5mcg-0.5mg	2	[EDS]
etonogestrel & ethinyl estradiol ring	3	[EDS]
falmina	2	[EDS]
fyavolv	2	[EDS]
haloette	3	[EDS]
IMVEXXY PACK	3	[EDS]
introvale	2	[EDS]
isibloom	2	[EDS]
jasmiel	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
jinteli	2	[EDS]
juleber	2	[EDS]
junel 21 day	2	[EDS]
junel fe 1/20	2	[EDS]
kariva	2	[EDS]
kelnor 1/35 & 1/50	2	[EDS]
kurvelo	2	[EDS]
larin	2	[EDS]
larin fe	2	[EDS]
leena	2	[EDS]
levonest	2	[EDS]
levonorgestrel & ethinyl estradiol 0.1-0.02mg & 0.15-0.03mg & triphasic packs	2	[EDS]
levonorgestrel & ethinyl estradiol and ethinyl estradiol 0.1/0.02mg-0.01mg packs	2	[EDS]
levora	2	[EDS]
loryna	2	[EDS]
low-ogestrel	2	[EDS]
lyllana	2	[EDS]
marlissa 28 day	2	[EDS]
microgestin 1/20 & 1.5/30	2	[EDS]
microgestin fe 1/20 & 1.5/30	2	[EDS]
mili	2	[EDS]
mimvey	2	[EDS]
necon	2	[EDS]
nikki	2	[EDS]
norelgestromin/ethinyl estradiol patch	3	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 0.4mg/0.035mg	2	[EDS]
norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 20mcg/75mg/1mg	2	[EDS]
norgestimate-ethinyl estradiol	2	[EDS]
nylia 7/7/7 & 1/35	2	[EDS]
pimtrea	2	[EDS]
PREMARIN ORAL	3	[EDS]
PREMARIN VAGINAL CREAM	3	[EDS]
PREMPHASE	3	[EDS]
PREMPRO	3	[EDS]
reclipsen	2	[EDS]
setlakin	2	[EDS]
tarina fe 1/20 eq	2	[EDS]
tri-estarylla	2	[EDS]
tri-lo-estarylla	2	[EDS]
tri-lo-sprintec	2	[EDS]
tri-mili	2	[EDS]
tri-sprintec	2	[EDS]
tri-vylibra	2	[EDS]
tri-vylibra lo	2	[EDS]
trivora-28	2	[EDS]
turqoz	2	[EDS]
velivet	2	[EDS]
vestura	2	[EDS]
vienva	2	[EDS]
vyfemla	2	[EDS]
vylibra	2	[EDS]
wymzya fe	2	[EDS]
xulane	3	[EDS]
yuvafem	2	[EDS]
zafemy	3	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
zovia	2	[EDS]
Progestins		
deblitane	2	[EDS]
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJ	3	[EDS]
gallifrey	2	[EDS]
heather tabs	2	[EDS]
incassia	2	[EDS]
LILETTA	3	[EDS]
lyleq	2	[EDS]
lyza	2	[EDS]
medroxyprogesterone acetate inj	2	[EDS]
medroxyprogesterone acetate tabs	2	[EDS]
megestrol acetate oral susp 40mg/ml	2	[EDS]
megestrol tabs	2	[EDS]
NEXPLANON	3	[EDS]
norethindrone	2	[EDS]
progesterone caps	2	[EDS]
sharobel	2	[EDS]
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
DUAVEE	3	[EDS]
raloxifene hcl	3	[EDS]
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (THYROID)		
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Thyroid)		
CYTOMEL	3	[EDS]
levothyroxine tabs	1	[EDS]
levoxyl	1	[EDS]
liothyronine tabs	2	[EDS]
SYNTHROID	3	[EDS]
unithroid	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
cabergoline	2	[EDS]
ELIGARD INJ	4	[PA] [EDS]
leuprolide acetate inj kit 1mg/0.2ml	4	[PA] [EDS]
LUPRON DEPOT INJ	5	[PA]
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH & 3-MONTH) INJ	5	[PA]
mifepristone tabs 300mg	5	[PA]
octreotide inj 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml & 500mcg/ml	4	[PA] [EDS]
octreotide inj 1000mcg/ml	5	[PA]
ORGOVYX	5	[PA] [LD]
SIGNIFOR INJ	5	[PA]
SOMAVERT INJ	5	[PA]
SYNAREL	4	[EDS]
TRELSTAR MIXJECT INJ	4	[PA] [EDS]
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)		
Antithyroid Agents		
methimazole	2	[EDS]
propylthiouracil	2	[EDS]
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
Angioedema Agents		
CINRYZE INJ	5	[PA]
icatibant inj	5	[PA] [QL]
sajazir inj	5	[PA]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
Immunoglobulins		
GAMMAGARD INJ	5	[PA] [B vs D]
GAMUNEX-C INJ	5	[PA] [B vs D]
Immunological Agents, Other		
ARCALYST INJ	5	[PA]
BENLYSTA INJ	5	[PA]
COSENTYX INJ	5	[PA] [QL]
COSENTYX SENSOREADY PEN INJ	5	[PA] [QL]
COSENTYX UNOREADY PEN INJ	5	[PA] [QL]
DUPIXENT INJ	5	[PA] [QL]
ORENCIA INJ	5	[PA] [QL]
OTEZLA STARTER	5	[PA] [QL]
RIDAURA	5	
RINVOQ	5	[PA] [QL]
RINVOQ LQ	5	[PA] [QL]
SKYRIZI INJ	5	[PA] [QL]
STELARA INJ	5	[PA] [QL]
TREMFYA INJ	5	[PA] [QL]
XELJANZ	5	[PA] [QL]
XELJANZ XR	5	[PA] [QL]
XOLAIR INJ	5	[PA] [QL] [LD]
Immunostimulants		
ACTIMMUNE INJ	5	[PA]
BESREMI INJ	5	[PA] [LD]
PEGASYS VIAL INJ	5	[PA]
Immunosuppressants		
ASTAGRAF XL	4	[PA] [B vs D] [EDS]
AZASAN	4	[PA] [B vs D] [EDS]
azathioprine tabs 50mg	2	[PA] [B vs D] [EDS]
azathioprine tabs 75mg & 100mg	4	[PA] [B vs D] [EDS]

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
CELLCEPT CAPS	4	[PA] [B vs D] [EDS]
CELLCEPT ORAL SUSPENSION & TABS	5	[PA] [B vs D]
cyclosporine caps	3	[PA] [B vs D] [EDS]
cyclosporine modified	2	[PA] [B vs D] [EDS]
ENBREL INJ	5	[PA] [QL]
ENBREL MINI INJ	5	[PA] [QL]
ENBREL SURECLICK INJ	5	[PA] [QL]
ENVARSUS XR	4	[PA] [B vs D] [EDS]
everolimus 0.25mg	4	[PA] [B vs D] [EDS]
everolimus 0.5mg, 0.75mg & 1mg	5	[PA] [B vs D]
gengraf	2	[PA] [B vs D] [EDS]
HUMIRA INJ	5	[PA] [QL]
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJ	5	[PA] [QL]
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ	5	[PA] [QL]
HUMIRA PEN INJ	5	[PA] [QL]
IMURAN TABS	4	[PA] [B vs D] [EDS]
JYLAMVO SOLN	4	[EDS]
leflunomide	2	[QL] [EDS]
methotrexate inj 50mg/2ml	2	[EDS]
methotrexate oral	2	[EDS]
mycophenolate mofetil caps & tabs	2	[PA] [B vs D] [EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
mycophenolate mofetil oral susp	5	[PA] [B vs D]
mycophenolic acid dr	4	[PA] [B vs D] [EDS]
MYFORTIC	4	[PA] [B vs D] [EDS]
MYHIBBIN	4	[PA] [B vs D] [EDS]
NEORAL	4	[PA] [B vs D] [EDS]
PEGASYS SYRINGE INJ	5	[PA]
PROGRAF CAPS	4	[PA] [B vs D] [EDS]
PROGRAF PACK	4	[PA] [B vs D] [EDS]
RAPAMUNE TABS	4	[PA] [B vs D] [EDS]
SANDIMMUNE CAPS 25MG & 100MG	4	[PA] [B vs D] [EDS]
sirolimus soln	5	[PA] [B vs D]
sirolimus tabs	4	[PA] [B vs D] [EDS]
tacrolimus caps 0.5mg & 1mg	3	[PA] [B vs D] [EDS]
tacrolimus caps 5mg	4	[PA] [B vs D] [EDS]
Vaccines		
ABRYSVO INJ	3	[EDS]
ACTHIB INJ	3	[EDS]
ADACEL INJ	3	[EDS]
AREXVY INJ	3	[EDS]
BCG INJ	3	[EDS]
BEXSERO INJ	3	[EDS]
BOOSTRIX INJ	3	[EDS]
DAPTACEL INJ	3	[EDS]

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
ENGERIX-B INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]
GARDASIL 9 INJ	4	[EDS]
HAVRIX INJ	3	[EDS]
HEPLISAV-B INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]
HIBERIX INJ	3	[EDS]
IMOVAX RABIES INJ	3	[EDS]
INFANRIX INJ	3	[EDS]
IPOL INACTIVATED IPV INJ	3	[EDS]
IXCHIQ INJ	3	[EDS]
IXIARO INJ	4	[EDS]
JYNNEOS INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]
KINRIX INJ	3	[EDS]
MENACTRA INJ	3	[EDS]
MENQUADFI INJ	3	[EDS]
MENVEO-A/C/Y/W-135 INJ	3	[EDS]
MRESVIA INJ	3	[EDS]
M-M-R II INJ	3	[EDS]
PEDIARIX INJ	3	[EDS]
PEDVAX HIB INJ	3	[EDS]
PENBRAYA INJ	3	[EDS]
PENTACEL INJ	3	[EDS]
PRIORIX INJ	3	[EDS]
PROQUAD INJ	3	[EDS]
QUADRACEL INJ	3	[EDS]
RABAVERT INJ	3	[EDS]
RECOMBIVAX HB INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]
ROTARIX	3	[EDS]
ROTATEQ	3	[EDS]
SHINGRIX INJ	3	[EDS]
TENIVAC INJ	3	[EDS]
TICOVAC INJ	4	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
TRUMENBA INJ	3	[EDS]
TWINRIX INJ	3	[EDS]
TYPHIM VI INJ	3	[EDS]
VAQTA INJ	3	[EDS]
VARIVAX INJ	3	[EDS]
VAXCHORA INJ	3	[EDS]
YF-VAX INJ	3	[EDS]
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS		
Aminosalicylates		
balsalazide	3	[EDS]
mesalamine dr	4	[EDS]
mesalamine enema	4	[EDS]
mesalamine er caps	4	[QL] [EDS]
mesalamine rectal suppository	4	[EDS]
sulfasalazine	2	[EDS]
Glucocorticoids		
budesonide ec caps	4	[PA] [EDS]
budesonide er tabs 9mg	5	[PA]
hydrocortisone cream 2.5%	2	[EDS]
hydrocortisone enema	2	[EDS]
procto-med hc	2	[EDS]
proctosol hc	2	[EDS]
proctozone-hc	2	[EDS]
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
Metabolic Bone Disease Agents		
alendronate tabs	1	[EDS]
calcitonin-salmon nasal	2	[EDS]
calcitriol caps	2	[PA] [B vs D] [EDS]
cinacalcet tab 30mg & 60mg	4	[PA] [B vs D] [EDS]
cinacalcet tab 90mg	5	[PA] [B vs D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
doxercalciferol oral	4	[PA] [B vs D] [EDS]
ibandronate oral	2	[EDS]
paricalcitol caps	3	[PA] [B vs D] [EDS]
PROLIA INJ	4	[PA] [EDS]
RAYALDEE	5	
risedronate sodium	3	[EDS]
risedronate sodium dr	3	[EDS]
TERIPARATIDE INJ	5	[PA]
TYMLOS INJ	5	[PA]
XGEVA INJ	5	[PA]
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
Miscellaneous Therapeutic Agents		
alcohol pads	2	[PA] [EDS]
bd insulin syringe ultrafine	2	[PA] [EDS]
bd insulin syringe safetyglide	2	[PA] [EDS]
bd pen needle ultrafine	2	[PA] [EDS]
gauze pads 2"x2"	2	[PA] [EDS]
INTRALIPID INJ	4	[PA] [B vs D] [EDS]
levocarnitine oral	2	[PA] [B vs D] [EDS]
sodium chloride irrigation soln	2	[EDS]
OPHTHALMIC AGENTS		
Ophthalmic Agents, Other		
atropine sulfate soln	2	[EDS]
bacitracin & polymyxin b ointment	2	[EDS]
brimonidine & timolol maleate	4	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
cyclosporine emulsion 0.05%	3	[EDS]
CYSTARAN	5	
dorzolamide & timolol maleate	2	[EDS]
neomycin & polymyxin & bacitracin	2	[EDS]
neomycin & polymyxin & bacitracin & hydrocortisone	2	[EDS]
neomycin & polymyxin & dexamethasone	2	[EDS]
neomycin & polymyxin & gramicidin ophthalmic	2	[EDS]
neomycin & polymyxin & hydrocortisone	2	[EDS]
neo-polycin ophthalmic ointment	2	[EDS]
neo-polycin hc ophthalmic ointment	2	[EDS]
polycin ophthalmic ointment	2	[EDS]
polymyxin b sulfate & trimethoprim sulfate ophthalmic soln	2	[EDS]
ROCKLATAN	3	[EDS]
SIMBRINZA	4	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
sulfacetamide sodium & prednisolone sodium phosphate ophthalmic	2	[EDS]
TOBRADEX OINT	3	[EDS]
tobramycin & dexamethasone ophthalmic suspension	2	[EDS]
XIIDRA	3	[EDS]
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
azelastine 0.05%	2	[EDS]
cromolyn sodium ophthalmic soln	2	[EDS]
Ophthalmic Anti-infectives		
AZASITE	3	[EDS]
bacitracin ophthalmic ointment	2	[EDS]
ciprofloxacin ophthalmic soln 0.3%	2	[EDS]
erythromycin ophthalmic oint	2	[EDS]
gentamicin ophthalmic soln 0.3%	2	[EDS]
moxifloxacin hcl ophthalmic	2	[EDS]
ofloxacin ophthalmic	2	[EDS]
sulfacetamide sodium ophthalmic oint & soln 10%	2	[EDS]
tobramycin ophthalmic solution	2	[EDS]
trifluridine	2	[EDS]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
XDEMVY	5	[PA] [QL]
ZIRGAN	4	[EDS]
Ophthalmic Anti-inflammatories		
bromfenac ophthalmic soln 0.07% & 0.075%	4	[EDS]
bromfenac ophthalmic soln 0.09%	3	[EDS]
dexamethasone ophthalmic soln	2	[EDS]
diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%	2	[EDS]
difluprednate	3	[EDS]
fluorometholone	2	[EDS]
ketorolac soln	2	[EDS]
LOTEMAX OINT	4	[EDS]
LOTEMAX SM GEL 0.38%	4	[EDS]
PRED MILD	3	[EDS]
prednisolone acetate	2	[EDS]
prednisolone sodium phosphate	2	[EDS]
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
betaxolol soln	2	[EDS]
carteolol	1	[EDS]
levobunolol	2	[EDS]
timolol hemihydrate	4	[EDS]
timolol ophthalmic gel forming	2	[EDS]
timolol ophth soln 12 hours 0.25% & 0.5% multi-use bottles	1	[EDS]
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
acetazolamide tabs	2	[EDS]

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

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
albuterol sulfate syrup	2	[EDS]
albuterol sulfate tabs	4	[EDS]
arformoterol tartrate nebulizer	4	[PA] [B vs D] [EDS]
BROVANA NEBULIZER	4	[PA] [B vs D] [EDS]
EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR 0.15MG/0.3ML & 0.3MG/0.3ML	3	[EDS]
formoterol fumarate nebulizer	4	[PA] [B vs D] [EDS]
levalbuterol nebulizer	2	[PA] [B vs D] [EDS]
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA	4	[EDS]
PERFOROMIST NEBULIZER	5	[PA] [B vs D]
PROAIR RESPICLICK	3	[EDS]
SEREVENT DISKUS	3	[EDS]
STRIVERDI RESPIMAT	3	[EDS]
terbutaline sulfate oral	4	[EDS]
Cystic Fibrosis Agents		
BETHKIS	5	[PA] [B vs D]
CAYSTON	5	[PA] [LD]
KALYDECO	5	[PA]
KITABIS NEBULIZER	5	[PA] [B vs D]
ORKAMBI	5	[PA]
PULMOZYME	5	[PA] [B vs D]
TOBI SOLN	5	[PA] [B vs D]
TOBI PODHALER	5	
tobramycin nebulizer	5	[PA] [B vs D]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
Mast Cell Stabilizers		
cromolyn sodium nebulizer soln	3	[PA] [B vs D] [EDS]
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
OHTUVAYRE NEBULIZER	5	[PA] [B vs D]
roflumilast tabs	3	[EDS]
theophylline er tabs	4	[EDS]
Pulmonary Antihypertensives		
ADEMPAS	5	[PA] [LD]
alyq	5	[PA]
ambrisentan	5	[PA] [LD]
bosentan tabs 62.5mg & 125mg	5	[PA] [LD]
OPSUMIT	5	[PA] [LD]
sildenafil tab 20mg	3	[PA] [EDS]
tadalafil tab 20mg	5	[PA]
TRACLEER 32MG	5	[PA] [LD]
UPTRAVI	5	[PA]
Pulmonary Fibrosis Agents		
OFEV	5	[PA] [QL]
pirfenidone	5	[PA] [QL]
Respiratory Tract Agents, Other		
acetylcysteine nebulizer soln	2	[PA] [B vs D] [EDS]
ADVAIR HFA	3	[EDS]
ANORO ELLIPTA	3	[EDS]
BEVESPI AEROSPHERE	3	[EDS]
BREO ELLIPTA	3	[EDS]
breyna	4	[QL] [EDS]
BREZTRI AEROSPHERE	3	[QL] [EDS]
budesonide-formoterol fumarate dihydrate	4	[QL] [EDS]

Drug Name 약 이름	Drug Tier 약 단계	Requirements/ Limits 요건/제한
COMBIVENT RESPIMAT	3	[QL] [EDS]
DULERA	3	[EDS]
FASENRA INJ	5	[PA] [QL]
fluticasone propionate/salmeterol diskus 100mcg-50mcg, 250mcg-50mcg & 500mcg-50mcg	3	[QL] [EDS]
ipratropium bromide & albuterol sulfate nebulizer	2	[PA] [B vs D] [EDS]
STIOLTO RESPIMAT	3	[EDS]
TRELEGY ELLIPTA	3	[QL] [EDS]
wixela inhub	3	[QL] [EDS]
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
Skeletal Muscle Relaxants		
carisoprodol tabs 350mg	2	[EDS]
chlorzoxazone tabs 500mg	2	[EDS]
cyclobenzaprine hcl ir	2	[PA] [EDS]
methocarbamol tabs 500mg & 750mg	2	[EDS]
SLEEP DISORDER AGENTS		
Sleep Promoting Agents		
ramelteon	3	[QL] [EDS]
tasimelteon caps	5	[PA]
temazepam caps	4	[PA] [EDS]
zolpidem ir tabs 5mg & 10mg	2	[EDS]
Wakefulness Promoting Agents		
armodafinil	3	[PA] [EDS]
modafinil	3	[PA] [EDS]
XYWAV	5	[PA] [LD]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit
[LD] = Limited Distribution [EDS] = Extended Day Supply
You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19
[PA] = 사전 승인 [B vs D] = B 또는 D [QL] = 수량 제한 [LD] = 제한적 유통 [EDS] =기간 연장 분량
39 페이지로 가시면 여기 표의 기호 및 약자의 의미를 확인하실 수 있습니다

Drugs with Quantity Limits 수량 제한이 있는 처방집 의약품	
Drug Name 약 이름	**Quantity Limits** 수량 제한
acetaminophen & codeine #2 & #3 tabs	360 tabs per 30 days
acetaminophen & codeine #4 tabs	180 tabs per 30 days
acetaminophen & codeine elixir	5000ml per 30 days
acyclovir cream	5gm per 30 days
acyclovir ointment	30gm per 30 days
albuterol sulfate hfa 6.7gm inhaler	13.4gm per 30 days
albuterol sulfate hfa 8.5gm inhaler	17gm per 30 days
alprazolam ir tabs	0.25mg, 0.5mg & 1mg: 120 tabs per 30 days; 2mg: 150 tabs per 30 days
amphetamine & dextroamphetamine	60 tabs per 30 days
ATROVENT HFA	2 inhalers per 30 days
AUSTEDO	6mg: 60 tabs per 30 days; 9mg & 12mg: 120 tabs per 30 days
AUSTEDO XR 18MG, 30MG, 36MG, 42MG & 48MG	18mg: 60 tabs per 30 days; 30mg, 36mg, 42mg & 48mg: 30 tabs per 30 days
AUSTEDO XR 6MG, 12MG & 24MG	6mg & 12mg: 90 tabs per 30 days; 24mg: 60 tabs per 30 days
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT	1 pack per 28 days
breyna	10.3gm per 30 days
BREZTRI AEROSPHERE	10.7gm per 30 days
budesonide-formoterol fumarate dihydrate	10.20gm per 30 days
butorphanol tartrate nasal	4 bottles per 30 days
calcipotriene cream	60gm: 2 tubes per 30 days; 120gm: 1 tube per 30 days
calcipotriene oint	60gm: 2 tubes per 30 days
colchicine tabs	120 tabs per 30 days
COMBIVENT RESPIMAT	8gm per 30 days
COSENTYX INJ	150mg/mL: 10mL per 28 days; 75mg/0.5mL: 2.5mL per 28 days
COSENTYX SENSOREADY PEN INJ	10mL per 28 days
COSENTYX UNOREADY PEN INJ	10mL per 28 days
dabigatran etexilate	60 caps per 30 days
desonide lotion, oint & cream	cream & oint: 120gm per 30 days lotion: 118ml per 30 days
desoximetasone topical cream & oint 0.25%	120gm per 30 days
desoximetasone topical cream, gel & oint 0.05%	120gm per 30 days

Drugs with Quantity Limits 수량 제한이 있는 처방집 의약품	
Drug Name 약 이름	**Quantity Limits** 수량 제한
dextroamphetamine sulfate	5mg: 120 tabs per 30 days; 10mg: 180 tabs per 30 days
dextroamphetamine sulfate er	5mg: 30 caps per 30 days; 10mg & 15mg: 120 caps per 30 days
diclofenac sodium soln 1.5%	450mL per 28 days
diclofenac sodium soln 2%	224gm per 28 days
dihydroergotamine mesylate nasal	8mL per 30 days
DUPIXENT INJ	100mg/0.67mL: 1.34mL per 28 days; 200mg/1.14mL: 3.42mL per 28 days; 300mg/2mL pen: 8mL per 28 days; 300mg/2mL syringe: 8mL per 28 days
ELIQUIS STARTER PACK & TABS	Starter pack: 74 tabs per 180 days; tabs: 60 tabs per 30 days
ENBREL INJ	8 mL per 28 days
ENBREL MINI INJ	8 mL per 28 days
ENBREL SURECLICK INJ	8 mL per 28 days
endocet tabs 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg	2.5-325mg & 5-325mg: 360 tabs per 30 days; 7.5-325mg: 240 tabs per 30 days; 10-325mg: 180 tabs per 30 days
ENTRESTO TABS	60 tabs per 30 days
FARXIGA	30 tabs per 30 days
FASENRA INJ	30mg/mL: 1mL per 28 days; 10mg/0.5mL: 1.50mL per 28 days
fentanyl patches	15 patches per 30 days
flunisolide nasal	2 bottles per 30 days
fluocinonide cream, gel & ointment	15gm: 4 tubes per 30 days; 30gm: 2 tubes per 30 days; 60g: 1 tube per 30 days
fluticasone propionate nasal	2 bottles per 30 days
fluticasone propionate/salmeterol diskus 100mcg-50mcg, 250mcg-50mcg & 500mcg-50mcg	60 blisters per 30 days
galantamine er caps	30 caps per 30 days
galantamine soln	200mL per 30 days
galantamine tabs	60 tabs per 30 days
glimepiride & pioglitazone	30 tabs per 30 days
GLYXAMBI	30 tabs per 30 days

Drugs with Quantity Limits 수량 제한이 있는 처방집 의약품	
Drug Name 약 이름	**Quantity Limits** 수량 제한
HUMIRA INJ	40mg/0.4mL & 40mg/0.8mL: 4 inj per 28 days; 10mg/0.1mL & 20mg/0.2mL: 2 inj per 28 days
HUMIRA PEN INJ	40mg/0.4mL & 40mg/0.8mL: 4 pens per 28 days; 80mg/0.8mL: 2 pens per 28 days
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJ	3 pens per 180 days
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ	3 pens per 180 days
hydrocodone & acetaminophen soln 7.5-325mg/15ml	5500ml per 30 days
hydrocodone &acetaminophen soln 10-325mg/15ml	5500ml per 30 days
hydrocodone & acetaminophen tabs 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg	2.5-325mg & 5-325mg: 360 tabs per 30 days; 7.5-325mg & 10-325mg: 180 tabs per 30 days
hydrocodone & ibuprofen tabs 7.5-200mg	150 tabs per 30 days
icatibant inj	18mL per 30 days
ipratropium bromide nasal	1 bottle per 30 days
JANUMET	60 tabs per 30 days
JANUMET XR	60 tabs per 30 days
JANUVIA	30 tabs per 30 days
JARDIANCE	30 tabs per 30 days
JENTADUETO	60 tabs per 30 days
JENTADUETO XR	2.5-1000mg: 60 tabs per 30 days; 5-1000mg: 30 tabs per 30 days
leflunomide	30 tabs per 30 days
lidocaine & prilocaine	30gm: 1 tube per 30 days
lidocaine ointment	1 tube per 30 days
lidocaine topical soln	1 bottle per 30 days
LIVTENCITY	120 tabs per 30 days
mesalamine er caps	375mg: 120 caps per 30 days; 500mg: 240 caps per 30 days
mometasone furoate nasal	3 bottles per 30 days
morphine sulfate er tabs	120 tabs per 30 days
MOUNJARO INJ	2mL per 30 days
mupirocin cream	30gm per 30 days
naratriptan	8 tabs per 30 days
NEUPRO PATCH	30 patches per 30 days
niacin er tabs	60 caps per 30 days
OFEV	60 caps per 30 days
ORENCIA INJ	125mg/mL: 4.00mL per 28 days; 50mg/0.4mL: 1.60mL per 28 days; 87.5mg/0.7mL: 2.80mL per 28 days
OTEZLA	60 tabs per 30 days

Drugs with Quantity Limits 수량 제한이 있는 처방집 의약품	
Drug Name 약 이름	**Quantity Limits** 수량 제한
OTEZLA STARTER	55 tabs per 180 days
oxycodone & acetaminophen tabs 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg	2.5-325mg & 5-325mg: 360 tabs per 30 days; 7.5-325mg: 240 tabs per 30 days; 10-325mg: 180 tabs per 30 days
OZEMPIC INJ	3mL per 30 days
pimecrolimus	30gm: 3 tubes per 30 days
pirfenidone	267mg: 270 tabs/caps per 30 days; 534mg & 801mg: 90 tabs per 30 days
PREVYMIS	Tabs: 30 tabs per 30 days; Pellets: 120 packs per 30 days
PROMACTA	12.5mg & 25mg: 30 tabs per 30 days; 50mg & 75mg: 60 tabs per 30 days; oral susp: 180 packets per 30 days
ramelteon	30 tabs per 30 days
REGRANEX	2 tubes per 30 days
RINVOQ	15mg & 30mg: 30 tabs per 30 days; 45mg: 84 tabs per 180 days
RINVOQ LQ	360ml per 30 days
rivastigmine caps	60 caps per 30 days
rivastigmine patches	30 patches per 30 days
RYBELSUS	30 tabs per 30 days
SANTYL	90gm per 30 days
SKYRIZI INJ	150mg/mL: 2mL per 28 days; 360mg/2.4ml: 2.4mL per 56 days; 180mg/1.2ml: 1.20mL per 56 days
SPIRIVA RESPIMAT	4gm per 30 days
STELARA INJ	45mg/0.5mL: 0.50mL per 28 days; 90mg/mL: 1mL per 28 days
SYNJARDY	60 tabs per 30 days
SYNJARDY XR	5-1000mg & 12.5-1000mg: 60 tabs per 30 days; 10-1000mg & 25-1000mg: 30 tabs per 30 days
tacrolimus oint	100g per 30days
tadalafil 2.5mg & 5mg	2.5mg: 60 tabs per 30 days; 5mg: 30 tabs per 30 days
tazarotene gel	30gm: 3 tubes per 30 days; 100gm: 1 tube per 30 days
tetrabenazine	12.5mg: 240 tabs per 30 days; 25mg: 120 tabs per 30 days
tolterodine tartrate er	30 caps per 30 days
TRADJENTA	30 tabs per 30 days

Drugs with Quantity Limits 수량 제한이 있는 처방집 의약품	
Drug Name 약 이름	**Quantity Limits** 수량 제한
tramadol & acetaminophen tabs 37.5-325mg	240 tabs per 30 days
tramadol er tabs	30 tabs per 30 days
tramadol ir tab 100mg	120 tabs per 30 days
TRELEGY ELLIPTA	60 blisters per 30 days
TREMFYA INJ	2mL per 28 days
TRIJARDY XR	5-2.5-1000mg & 12.5-2.5-1000mg: 60 tabs per 30 days; 25-5-1000mg & 10-5-1000mg: 30 tabs per 30 days
TRULICITY INJ	2mL per 30 days
wixela inhub	60 blisters per 30 days
XARELTO ORAL SUSP & TABS	oral susp: 775mL per 30 days; 2.5mg: 60 tabs per 30 days; 10mg, 15mg & 20mg: 30 tabs per 30 days
XARELTO STARTER PACK	51 tabs per 180 days
XDEMVY	10mL per 42 days
XELJANZ	tabs: 60 tabs per 30 days; soln: 300mL per 30 days
XELJANZ XR	30 tabs per 30 days
XIGDUO XR	5-500mg, 5-1000mg & 2.5-1000mg: 60 tabs per 30 days; 10-500mg & 10-1000mg: 30 tabs per 30 days
XOLAIR INJ	150mg/mL & 300mg/2mL: 8mL per 28 days; 75mg/0.5mL: 1mL per 28 days
zafirlukast	60 tabs per 30 days
zenzedi	5mg: 120 tabs per 30 days 10mg: 180 tabs per 30 days
zolmitriptan	2.5mg: 12 tabs per 30 days 5mg: 6 tabs per 30 days

INDEX
색인

abacavir & lamivudine, 54
abacavir soln & tabs, 54
ABELCET INJ, 47
ABILIFY ASIMTUFII INJ, 52
ABILIFY MAINTENA INJ, 52
abiraterone acetate, 49
ABRYSVO INJ, 70
acamprosate calcium dr, 42
acarbose, 55
accutane, 61
acebutolol, 57
acetaminophen & codeine, 41, 76
acetazolamide er caps, 73
acetazolamide tabs, 73
acetic acid & hydrocortisone, 73
acetylcysteine nebulizer soln, 75
acitretin, 61
ACTHIB INJ, 70
ACTIMMUNE INJ, 69
acyclovir caps & tabs, 53
acyclovir cream, 76
acyclovir cream & oint 5%, 62
acyclovir inj, 53
acyclovir ointment, 76
acyclovir oral susp, 53
ADACEL INJ, 70
adapalene cream 0.1%, 61
adapalene gel 0.3%, 61
adefovir dipivoxil, 53
ADEMPAS, 75
ADVAIR HFA, 75
AIMOVIG INJ, 48
AKEEGA, 49
albendazole, 51
albuterol sulfate hfa 6.7gm inhaler, 74, 76
albuterol sulfate hfa 8.5gm inhaler, 74, 76
albuterol sulfate nebulizer, 74
albuterol sulfate syrup, 74
albuterol sulfate tabs, 74
alclometasone dipropionate, 61
alcohol pads, 71
ALECENSA, 49
alendronate tabs, 71
alfuzosin hcl er, 65
aliskiren, 58
allopurinol tabs 100mg & 300mg, 48
alosetron hcl tab 0.5mg, 63
alosetron hcl tab 1mg, 63
alprazolam ir tabs, 55, 76
altavera, 66
ALTRENO, 61
ALUNBRIG, 49
ALUNBRIG INITIATION PACK, 49
alyacen 1/35, 66
alyq, 75
amantadine, 54
AMBISOME INJ, 47
ambrisentan, 75
amikacin inj, 42
amiloride, 59
amiloride & hydrochlorothiazide, 58
amiodarone tabs, 57
amitriptyline, 47
amlodipine, 58
amlodipine & valsartan & hydrochlorothiazide tabs, 58
amlodipine & atorvastatin, 58
amlodipine & benazepril, 58
ammonium lactate, 61
amnesteem caps, 61
amoxapine, 47
amoxicillin, 43
amoxicillin & clavulanate potassium chew tabs 400-57mg, 43

amoxicillin & clavulanate potassium er, 43
amoxicillin & clavulanate potassium oral susp & tabs, 44
amphetamine & dextroamphetamine, 76
amphetamine & dextroamphetamine tabs, 60
amphotericin b inj, 47
amphotericin b liposome inj, 47
ampicillin & sulbactam inj 10-5gm, 2-1gm & 1-0.5gm, 44
ampicillin inj, 44
ampicillin oral, 44
anagrelide, 56
anastrozole, 49
ANORO ELLIPTA, 75
apomorphine hydrochloride inj, 51
aprepitant caps 80mg & 125mg, 47
aprepitant pack, 47
apri, 66
APTIOM, 45
APTIVUS CAPS, 54
aranelle, 66
ARCALYST INJ, 69
AREXVY INJ, 70
arformoterol tartrate nebulizer, 74
ARIKAYCE, 42
aripiprazole odt 10mg, 52
aripiprazole odt 15mg, 52
aripiprazole soln, 52
aripiprazole tabs, 52
ARISTADA INITIO INJ, 52
ARISTADA INJ, 52
armodafinil, 75
ARNUITY ELLIPTA, 74
asenapine maleate sublinqual, 52
ASMANEX HFA, 74
ASMANEX TWISTHALER, 74
ASTAGRAF XL, 69
atazanavir sulfate caps, 54
atenolol, 57
atenolol & chlorthalidone, 58
atomoxetine, 60
atorvastatin, 59
atovaquone susp, 51
atovaquone/proguanil, 51
atropine sulfate soln, 71
ATROVENT HFA, 74, 76
aubra eq, 66
AUGTYRO, 49
AUSTEDO, 60, 76
AUSTEDO XR 18MG, 30MG, 36MG, 42MG & 48MG, 60, 76
AUSTEDO XR 6MG, 12MG & 24MG, 60, 76
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT, 60, 76
AUVELITY, 46
aviane, 66
AVONEX INJ, 60
AVONEX PEN INJ, 60
AYVAKIT, 49
AZASAN, 69
AZASITE, 72
azathioprine tabs 50mg, 69
azathioprine tabs 75mg & 100mg, 69
azelastine 0.05%, 72
azelastine nasal 0.1%, 73
azithromycin inj, 44
azithromycin tabs & oral susp bottle, 44
aztreonam inj, 43
azurette, 66
bacitracin & polymyxin b ointment, 71
bacitracin ophthalmic ointment, 72
baclofen tabs, 53
balsalazide, 71
BALVERSA, 49
BARACLUDE ORAL SOLN 0.05MG/ML, 53
BCG INJ, 70
bd insulin syringe safetyglide, 71
bd insulin syringe ultrafine, 71
bd pen needle ultrafine, 71
benazepril, 57
benazepril & hydrochlorothiazide, 58
BENLYSTA INJ, 69
benztropine tabs, 51
BESREMI INJ, 69
betaine anhydrous, 64

betamethasone dipropionate, 61
betamethasone dipropionate augmented, 61
betamethasone valerate cream, oint & lotion, 61
BETASERON INJ, 60
betaxolol soln, 73
bethanechol, 65
BETHKIS, 74
BEVESPI AEROSPHERE, 75
bexarotene, 51
BEXSERO INJ, 70
bicalutamide, 49
BICILLIN L-A INJ, 44
BIKTARVY, 53
bisoprolol, 57
bisoprolol & hydrochlorothiazide, 58
blisovi fe 1.5/30, 66
BOOSTRIX INJ, 70
bosentan tabs 62.5mg & 125mg, 75
BOSULIF, 49
BRAFTOVI, 49
BREO ELLIPTA, 75
breyna, 75, 76
BREZTRI AEROSPHERE, 75, 76
briellyn, 66
BRILINTA, 57
brimonidine & timolol maleate, 71
brimonidine tartrate soln 0.15% & 0.1%, 73
brimonidine tartrate soln 0.2%, 73
BRIVIACT ORAL SOLN, 45
BRIVIACT TABS, 45
bromfenac ophthalmic soln 0.07% & 0.075%, 73
bromfenac ophthalmic soln 0.09%, 73
bromocriptine, 51
BROVANA NEBULIZER, 74
BRUKINSA, 49
budesonide ec caps, 71
budesonide er tabs 9mg, 71
budesonide nebulizer, 74
budesonide-formoterol fumarate dihydrate, 75, 76
bumetanide inj, 59
bumetanide tabs, 59
buprenorphine & naloxone sublingual film, 42
buprenorphine & naloxone sublingual tabs, 42
buprenorphine sublingual tabs, 42
bupropion, 46
bupropion sr, 46
bupropion sr 150mg, 42
bupropion xl 150mg & 300mg, 46
bupropion xl 450mg, 46
buspirone, 55
butorphanol tartrate nasal, 41, 76
cabergoline, 68
CABOMETYX, 49
caffeine-ergotamine, 48
calcipotriene cream, 76
calcipotriene cream & oint, 62
calcipotriene oint, 76
calcipotriene soln, 62
calcitonin-salmon nasal, 71
calcitriol caps, 71
CALQUENCE, 50
candesartan, 57
CAPLYTA, 52
CAPRELSA, 50
captopril, 57
carbamazepine chewable tabs 100mg, 45
carbamazepine chewable tabs 200mg, 45
carbamazepine er tabs & caps, 46
carbamazepine tabs & oral susp, 45
carbidopa, 51
carbidopa & levodopa, 51
carbidopa & levodopa & entacapone, 51
carglumic acid, 62
carisoprodol tabs 350mg, 75
carteolol, 73
cartia xt, 58
carvedilol, 57
caspofungin inj, 48
CAYSTON, 74

cefaclor, 43
cefaclor er, 43
cefadroxil caps & tabs, 43
cefazolin inj, 43
cefdinir, 43
cefepime inj, 43
cefixime caps, 43
cefixime susp, 43
cefoxitin sodium, 43
cefpodoxime tabs, 43
cefprozil, 43
ceftazidime inj, 43
ceftriaxone inj, 43
cefuroxime inj, 43
cefuroxime oral, 43
celecoxib, 41
CELLCEPT CAPS, 69
CELLCEPT ORAL SUSPENSION & TABS, 69
cephalexin caps 250mg & 500mg, 43
cephalexin oral susp, 43
CERDELGA, 64
cevimeline, 60
chlorhexidine gluconate, 60
chloroquine, 51
chlorpromazine oral, 52
chlorthalidone, 59
chlorzoxazone tabs 500mg, 75
cholestyramine, 59
cholestyramine light, 59
ciclopirox cream, gel, nail soln, shampoo & susp, 62
cilastatin/imipenem inj, 44
cilostazol, 57
CIMDUO, 54
cimetidine tabs, 64
cinacalcet tab 30mg & 60mg, 71
cinacalcet tab 90mg, 71
CINRYZE INJ, 68
CIPRO HC, 73
ciprofloxacin & dexamethasone otic susp, 73
ciprofloxacin in d5w inj, 44
ciprofloxacin ophthalmic soln 0.3%, 72
ciprofloxacin tabs immediate-release 250mg, 500mg & 750mg, 44
citalopram oral soln, 46
citalopram tabs, 46
claravis, 61
clarithromycin, 44
clarithromycin er, 44
CLEOCIN VAGINAL SUPP, 43
clindamycin gel 1%, 62
clindamycin lotion & soln, 62
clindamycin oral, 43
clindamycin phosphate inj, 43
clindamycin phosphate/dextrose inj, 43
clindamycin swab, 43
clindamycin vaginal cream, 43
CLINISOL SF INJ, 62
clobazam, 45
clobetasol propionate cream, foam, gel, oint & soln, 61
clobetasol propionate emollient, 61
clomipramine, 47
clonazepam, 45
clonazepam odt, 45
clonidine er 0.1mg, 60
clonidine patches, 57
clonidine tabs immediate-release, 57
clopidogrel tabs 75mg, 57
clorazepate, 55
clotrimazole & betamethasone, 62
clotrimazole cream 1%, 48
clotrimazole topical soln 1%, 48
clotrimazole troche, 48
clozapine, 52
clozapine odt, 52
COARTEM, 51
COBENFY, 60
codeine sulfate, 41
colchicine tabs, 48, 76
colesevelam, 59
colestipol pack, 59
colestipol tabs, 59
colistimethate inj, 43

COMBIVENT RESPIMAT, 75, 76
COMETRIQ, 50
COMPLERA, 53
compro, 47
constulose soln, 63
COPAXONE INJ 40MG/ML, 60
COPIKTRA, 50
CORLANOR TABS, 58
COSENTYX INJ, 69, 76
COSENTYX SENSOREADY PEN INJ, 69, 76
COSENTYX UNOREADY PEN INJ, 69, 76
COTELLIC, 50
CREON DR, 64
cromolyn sodium nebulizer soln, 75
cromolyn sodium ophthalmic soln, 72
cromolyn sodium oral, 64
cyclobenzaprine hcl ir, 75
cyclophosphamide caps & tabs, 49
cyclosporine caps, 69
cyclosporine emulsion 0.05%, 72
cyclosporine modified, 69
cyproheptadine, 73
cyred eq, 66
CYSTAGON, 64
CYSTARAN, 72
CYTOMEL, 68
dabigatran etexilate, 56, 76
dalfampridine er, 60
danazol, 66
DANZITEN, 50
dapsone tabs, 49
DAPTACEL INJ, 70
daptomycin inj, 43
darunavir tab 600mg, 54
darunavir tab 800mg, 54
dasatinib, 50
DAURISMO, 50
deblitane, 68
deferasirox granule pack, tabs & tabs for soln, 62
deferiprone, 62
DELSTRIGO, 53
demeclocycline, 44
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJ, 68
DESCOVY, 54
desipramine, 47
desloratadine tabs, 73
desmopressin acetate nasal, 65
desmopressin acetate oral, 65
desogestrel & ethinyl estradiol, 66
desonide lotion, oint & cream, 61, 76
desoximetasone topical cream & oint 0.25%, 61, 76
desoximetasone topical cream, gel & oint 0.05%, 61, 76
DESVENLAFAXINE ER, 46
desvenlafaxine succinate er, 47
dexamethasone dose pack, 65
dexamethasone elixir, 65
dexamethasone ophthalmic soln, 73
dexamethasone tabs, 65
dexmethylphenidate ir tabs, 60
dextroamphetamine sulfate, 77
dextroamphetamine sulfate er, 60, 77
dextroamphetamine sulfate tabs 5mg & 10mg, 60
dextrose (10%, 5% or 2.5%) & sodium chloride inj, 62
dextrose inj, 62
DIACOMIT, 45
DIAZEPAM RECTAL GEL, 45
diazepam soln, 55
diazepam tabs, 55
diazoxide, 55
diclofenac potassium tab 50mg, 41
diclofenac sodium dr, 41
diclofenac sodium er, 41
diclofenac sodium gel 3%, 62
diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%, 73
diclofenac sodium soln 1.5%, 41, 77
diclofenac sodium soln 2%, 41, 77
dicloxacillin sodium, 44

dicyclomine, 63
DIFICID, 44
diflunisal, 41
difluprednate, 73
digoxin oral soln, 57
digoxin tabs 125mcg & 250mcg, 57
dihydroergotamine mesylate nasal, 48, 77
DILANTIN CAPS, 46
DILANTIN INFATABS, 46
DILANTIN SUSP, 46
diltiazem er caps, 58
diltiazem tabs, 58
dilt-xr, 58
dimethyl fumarate caps, 60
dimethyl fumarate starter pack, 60
diphenoxylate & atropine oral soln, 63
diphenoxylate & atropine tabs, 63
dipyridamole er & aspirin, 57
dipyridamole oral, 57
disopyramide phosphate, 57
disulfiram, 42
divalproex sodium dr, 45
divalproex sodium er, 45
dofetilide, 57
donepezil odt, 46
donepezil tabs 5mg & 10mg, 46
dorzolamide, 73
dorzolamide & timolol maleate, 72
dotti, 66
DOVATO, 53
doxazosin, 65
doxepin caps, 47
doxepin oral soln, 47
doxercalciferol oral, 71
doxy 100 inj, 44
doxycycline hyclate immediate-release caps 50mg & 100mg, 44
doxycycline hyclate immediate-release tabs 100mg, 44
doxycycline hyclate immediate-release tabs 20mg, 60
doxycycline monohydrate immediate-release tabs, caps & oral susp, 45
DRIZALMA SPRINKLE, 47
dronabinol, 47
drospirenone & ethinyl estradiol 3mg/0.02mg, 66
droxidopa, 57
DUAVEE, 68
DULERA, 75
duloxetine hcl, 60
DUPIXENT INJ, 69, 77
dutasteride, 65
dutasteride & tamsulosin, 65
ec-naproxen, 41
econazole nitrate, 48
EDURANT, 53
efavirenz & lamivudine & tenofovir disoproxil fumarate tabs, 53
efavirenz tabs, 53
efavirenz& emtricitabine&tenofovir disoproxil fumarate tabs, 53
ELIGARD INJ, 68
ELIQUIS STARTER PACK & TABS, 56, 77
ELMIRON, 65
eluryng, 66
EMGALITY INJ, 48
EMSAM, 46
emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg-150mg, 133mcg-200mg & 167mg-250mg, 54
emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg-300mg, 54
emtricitabine caps 200mg, 54
EMTRIVA SOLN, 54
enalapril & hydrochlorothiazide, 58
enalapril tabs, 57
ENBREL INJ, 69, 77
ENBREL MINI, 69, 77
ENBREL SURECLICK INJ, 69, 77
ENDARI, 64
endocet, 41

endocet tabs 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg, 77
ENGERIX-B INJ, 70
enilloring, 66
enoxaparin inj syringe, 56
enpresse-28, 66
enskyce, 66
entacapone, 51
entecavir tabs, 53
ENTRESTO TABS, 58, 77
enulose, 63
ENVARSUS XR, 69
EPCLUSA, 53
EPIDIOLEX, 45
EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR 0.15MG/0.3ML & 0.3MG/0.3ML, 74
epitol, 46
eplerenone, 59
EPRONTIA, 48
ERIVEDGE, 50
ERLEADA, 49
erlotinib, 50
ertapenem inj, 44
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INJ, 44
erythromycin caps & tabs, 44
erythromycin dr, 44
erythromycin ophthalmic oint, 72
erythromycin topical gel & soln, 62
escitalopram, 47
esomeprazole magnesium dr caps, 64
estarylla, 66
estradiol & norethindrone acetate 0.5mg/0.1mg & 1mg/0.5mg, 66
estradiol oral, 66
estradiol patches, 66
estradiol vaginal cream, 66
estradiol vaginal tabs, 66
ESTRING, 66
ethambutol, 49
ethinyl estradiol & ethynodiol, 66
ethinyl estradiol & norethindrone acetate 5mcg/1mg & 2.5mcg-0.5mg, 66
ethosuximide, 45
etodolac, 41
etodolac er, 41
etonogestrel & ethinyl estradiol ring, 66
etravirine tabs 100mg, 53
etravirine tabs 200mg, 53
everolimus 0.25mg, 69
everolimus 0.5mg, 0.75mg, 1mg, 69
everolimus tabs 2.5mg, 5mg, 7.5mg & 10mg, 50
everolimus tabs for suspension 2mg, 3mg & 5mg, 50
EVOTAZ, 54
exemestane, 49
ezetimibe, 59
ezetimibe & simvastatin, 59
falmina, 66
famciclovir, 53
famotidine tabs, 64
FANAPT, 52
FANAPT TITRATION PACK, 52
FARXIGA, 59, 77
FASENRA INJ, 75, 77
febuxostat, 48
felbamate oral susp 600mg/5ml, 45
felbamate tabs 400mg, 45
felbamate tabs 600mg, 45
felodipine er, 58
fenofibrate caps 43mg & 130mg, 59
fenofibrate micronized caps 67mg, 134mg & 200mg, 59
fenofibrate tabs 48mg, 54mg, 145mg & 160mg, 59
fenofibric acid dr caps, 59
fentanyl patches, 77
fentanyl patches 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr & 75mcg/hr, 100mcg/hr, 41
fesoterodine fumarate er, 64
FETZIMA, 47

FETZIMA TITRATION PACK, 47
finasteride tabs 5mg, 65
fingolimod hcl, 60
FINTEPLA, 45
flecainide acetate, 57
fluconazole in sodium chloride inj, 48
fluconazole oral, 48
flucytosine, 48
fludrocortisone acetate, 65
flunisolide nasal, 74, 77
fluocinolone acetonide cream, oint, soln, 61
fluocinolone acetonide otic soln, 73
fluocinolone acetonide scalp oil, 61
fluocinonide cream 0.05%, gel & oint, 61
fluocinonide cream, gel & ointment, 77
fluocinonide emulsified base cream, 61
fluocinonide soln, 61
fluorometholone, 73
fluorouracil topical 2% and 5%, 62
fluoxetine hcl caps 10mg, 20mg & 40mg, 47
fluoxetine hcl oral soln, 47
fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg, 47
fluphenazine decanoate inj, 52
fluphenazine inj, 52
fluphenazine oral, 52
fluticasone propionate cream & oint, 61
fluticasone propionate nasal, 74, 77
fluticasone propionate/salmeterol diskus 100mcg-50mcg, 250mcg-50mcg & 500mcg-50mcg, 75, 77
fluvoxamine, 47
fondaparinux inj 2.5mg/0.5ml & 5mg/0.4ml, 56
fondaparinux inj 7.5mg/0.6ml & 10mg/0.8ml, 56
formoterol fumarate nebulizer, 74
fosamprenavir tabs, 54
fosfomycin pack, 43
fosinopril, 57
fosinopril & hydrochlorothiazide, 58
FOTIVDA, 50
FRUZAQLA, 50
furosemide inj, 59
furosemide oral, 59
FUZEON INJ, 54
fyavolv, 66
FYCOMPA, 45
gabapentin caps, ir tabs & oral soln, 45
galantamine, 46, 77
galantamine er caps, 46, 77
galantamine soln, 46, 77
galantamine tabs, 46, 77
gallifrey, 68
GAMMAGARD INJ, 69
GAMUNEX-C INJ, 69
GARDASIL 9 INJ, 70
gauze pads 2, 71
gavilyte-c, 63
gavilyte-g, 63
gavilyte-n, 63
GAVRETO, 50
gefitinib, 50
gemfibrozil, 59
GEMTESA, 64
generlac, 63
gengraf, 69
GENOTROPIN INJ, 65
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG, 0.4MG, 0.6MG & 0.8MG, 65
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 1MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG & 2MG, 65
gentamicin cream 0.1% & oint 0.1%, 42
gentamicin inj 40mg/ml, 42
gentamicin ophthalmic soln 0.3%, 72
GENVOYA, 53
GILOTRIF, 50
glatiramer acetate inj, 60
glatopa inj, 60
GLEOSTINE CAPS, 49
glimepiride, 55
glimepiride & pioglitazone, 55, 77
glipizide & metformin tabs, 55
glipizide er, 55
glipizide tabs 5mg & 10mg, 55

GLUCAGON EMERGENCY KIT INJ, 55
glycopyrrolate tabs 1mg & 2mg, 63
GLYXAMBI, 55, 77
granisetron oral, 47
griseofulvin microsize, 48
guanfacine ir, 57
GVOKE INJ, 55
halobetasol propionate cream & ointment, 61
haloette, 66
haloperidol decanoate inj, 52
haloperidol lactate inj, 52
haloperidol oral, 52
HARVONI, 53
HAVRIX INJ, 70
heather tabs, 68
HEMADY, 65
heparin inj vials 1000u/ml, 5000u/ml, 10000u/ml & 20000u/ml, 56
HEPLISAV-B INJ, 70
HIBERIX INJ, 70
HUMALOG CARTRIDGE INJ, 55
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ, 55
HUMALOG KWIKPEN INJ, 55
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ, 56
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ, 56
HUMALOG MIX 75/25 VIAL INJ, 56
HUMALOG VIAL INJ, 56
HUMATROPE INJ CARTRIDGE 12MG & 24MG, 66
HUMATROPE INJ CARTRIDGE 6MG, 66
HUMIRA INJ, 69, 78
HUMIRA PEN INJ, 69, 78
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJ, 69, 78
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ, 69, 78
HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ, 56
HUMULIN 70/30 VIAL INJ, 56
HUMULIN N KWIKPEN INJ, 56
HUMULIN N VIAL INJ, 56
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) KWIKPEN INJ, 56
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) VIAL INJ, 56
HUMULIN R VIAL INJ, 56
hydralazine oral, 59
hydrochlorothiazide, 59
hydrocodone, 42
hydrocodone & acetaminophen soln, 78
hydrocodone & acetaminophen soln 10-325mg/15ml, 41
hydrocodone & acetaminophen soln 7.5-325mg/15ml, 41
hydrocodone & acetaminophen tabs, 78
hydrocodone & ibuprofen tabs 7.5-200mg, 78
hydrocodone & ibuprofen tabs 7.5-200mg, 42
hydrocodone &acetaminophen soln 10-325mg/15ml, 78
hydrocortisone butyrate cream & soln, 61
hydrocortisone cream 2.5%, 71
hydrocortisone enema, 71
hydrocortisone lotion & oint 2.5%, 61
hydrocortisone oral, 65
hydrocortisone valerate, 61
hydromorphone immediate-release oral soln & tabs, 42
hydroxychloroquine tab 200mg, 51
hydroxyurea, 49
hydroxyzine hcl tabs, 73
hydroxyzine pamoate caps, 74
ibandronate oral, 71
IBRANCE, 50
ibu, 41
ibuprofen, 41
icatibant inj, 68, 78
ICLUSIG, 50
icosapent ethyl, 59
IDHIFA, 50
imatinib, 50
IMBRUVICA, 50
imipramine hcl tabs, 47
imiquimod cream 5%, 62

IMKELDI, 50
IMOVAX RABIES INJ, 70
IMURAN TABS, 69
IMVEXXY PACK, 66
incassia, 68
INCRELEX INJ, 66
indapamide, 59
indomethacin er, 41
indomethacin ir caps, 41
INFANRIX INJ, 70
INLYTA, 50
INQOVI, 50
INREBIC, 49
INSULIN LISPRO VIAL INJ, 56
INTELENCE TAB 25MG, 53
INTRALIPID INJ, 71
introvale, 66
INVEGA HAFYERA INJ, 52
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG, 52
INVEGA SUSTENNA INJ 78MG, 117MG, 156MG & 234MG, 52
INVEGA TRINZA INJ, 52
IPOL INACTIVATED IPV INJ, 70
ipratropium bromide & albuterol sulfate nebulizer, 75
ipratropium bromide nasal, 74, 78
ipratropium bromide nebulizer, 74
irbesartan, 57
irbesartan hct, 58
ISENTRESS 100MG CHEW TABS, 53
ISENTRESS CHEW TABS 25MG, 53
ISENTRESS HD TABS, 53
ISENTRESS ORAL POWDER, 53
ISENTRESS TABS, 53
isibloom, 66
isoniazid, 49
isosorbide dinitrate tabs 5mg, 10mg, 20mg & 30mg, 59
isosorbide mononitrate er, 59
isotretinoin caps 10mg, 20mg, 30mg & 40mg, 61
isradipine, 58
ITOVEBI, 49
itraconazole, 48
ivabradine, 58
ivermectin tabs, 51
IWILFIN, 49
IXCHIQ INJ, 70
IXIARO INJ, 70
JAKAFI, 50
jantoven, 56
JANUMET, 55, 78
JANUMET XR, 55, 78
JANUVIA, 55, 78
JARDIANCE, 59, 78
jasmiel, 66
JAYPIRCA TABS, 50
JENTADUETO, 55, 78
JENTADUETO XR, 55, 78
jinteli, 67
juleber, 67
JULUCA, 53
junel 21 day, 67
junel fe 1/20, 67
JYLAMVO SOLN, 69
JYNNEOS INJ, 70
KALYDECO, 74
kariva, 67
kelnor 1/35, 1/50, 67
KERENDIA, 59
ketoconazole cream, shampoo & tabs, 48
ketorolac oral tabs, 41
ketorolac soln 0.4% & 0.5%, 73
KINRIX INJ, 70
kionex susp, 63
KISQALI, 50
KISQALI FEMARA CO-PACK, 50
KITABIS NEBULIZER, 74
klor-con pack, 62
klor-con tabs, 62
KLOXXADO, 42
KOSELUGO, 50
kourzeq, 60
KRAZATI, 50

kurvelo, 67
labetalol oral, 57
lacosamide oral, 46
lactulose soln 10g/15ml, 63
lamivudine & zidovudine, 54
lamivudine soln, 54
lamivudine tabs 100mg, 53
lamivudine tabs 150mg & 300mg, 54
lamotrigine chewable tabs, 55
lamotrigine immediate-release tabs, 55
lamotrigine odt, 55
LANOXIN ORAL, 57
lansoprazole dr caps, 64
LANTUS SOLOSTAR PEN INJ, 56
LANTUS VIAL INJ, 56
lapatinib, 50
larin, 67
larin fe, 67
latanoprost, 73
LAZCLUZE, 49
LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR, 53
leena, 67
leflunomide, 69, 78
lenalidomide, 49
LENVIMA, 50
letrozole, 49
leucovorin oral, 51
leuprolide acetate inj kit 1mg/0.2ml, 68
levalbuterol nebulizer, 74
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA, 74
levetiracetam er, 45
levetiracetam oral tabs & soln, 45
levetiracetam tabs for oral susp, 45
levobunolol, 73
levocarnitine oral, 71
levocetirizine, 74
levofloxacin in d5w inj, 44
levofloxacin oral soln, 44
levofloxacin tabs, 44
levonest, 67
levonorgestrel & ethinyl estradiol 0.1-0.02mg & 0.15-0.03mg & triphasic packs, 67
levonorgestrel & ethinyl estradiol and ethinyl estradiol 0.1/0.02mg-0.01mg packs, 67
levora, 67
levothyroxine tabs, 68
levoxyl, 68
l-glutamine, 64
LIBERVANT, 45
lidocaine & prilocaine, 78
lidocaine & prilocaine cream, 42
lidocaine ointment, 42, 78
lidocaine patch, 42
lidocaine topical soln, 42, 78
lidocaine viscous soln, 61
lidocan III, 42
LILETTA, 68
linezolid inj, 43
linezolid oral susp and tabs, 43
LINZESS, 63
liothyronine tabs, 68
lisinopril, 57
lisinopril & hydrochlorothiazide, 58
lithium carbonate, 55
lithium carbonate er, 55
lithium oral soln, 55
LIVTENCITY, 53, 78
LODINE TABS, 41
LOKELMA, 63
LONSURF, 49
loperamide caps 2mg, 63
lopinavir & ritonavir, 54
lorazepam soln & tabs, 55
LORBRENA, 50
loryna, 67
losartan, 57
losartan hct, 58
LOTEMAX OINT, 73
LOTEMAX SM GEL 0.38%, 73
lovastatin, 59
low-ogestrel, 67

loxapine, 52
lubiprostone, 63
LUMAKRAS, 50
LUMIGAN, 73
LUPRON DEPOT INJ, 68
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH & 3-MONTH) INJ, 68
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INJ, 66
lurasidone hcl tabs, 52
lyleq, 68
lyllana, 67
LYNPARZA, 50
LYSODREN, 49
LYTGOBI TABS, 50
LYUMJEV KWIKPEN INJ, 56
LYUMJEV VIAL INJ, 56
lyza, 68
magnesium sulfate inj, 62
malathion, 62
maraviroc, 54
marlissa 28 day, 67
MARPLAN, 46
MATULANE, 49
meclizine, 47
MEDROL TABS, 65
medroxyprogesterone acetate inj, 68
medroxyprogesterone acetate tabs, 68
mefloquine, 51
megestrol acetate oral susp 40mg/ml, 68
megestrol tabs, 68
MEKINIST, 50
MEKTOVI, 50
meloxicam tabs, 41
memantine hcl immediate release, 46
memantine hcl soln, 46
memantine hcl titration pack, 46
MENACTRA INJ, 70
MENQUADFI INJ, 70
MENVEO-A/C/Y/W-135 INJ, 70
meprobamate, 55
mercaptopurine, 49
meropenem inj, 44
mesalamine dr, 71
mesalamine enema, 71
mesalamine er caps, 71, 78
mesalamine rectal suppository, 71
mesna, 51
MESNEX TABS, 51
metformin er uncoated tabs 500mg & 750mg, 55
metformin tabs, 55
methadone oral, 41
methazolamide, 73
methenamine hippurate, 43
methimazole, 68
methocarbamol tabs 500mg & 750mg, 75
methotrexate inj 50mg/2ml, 69
methotrexate oral, 69
methoxsalen, 62
methsuximide, 45
methylphenidate er tabs 10mg & 20mg, 60
methylphenidate ir tabs 5mg, 10mg & 20mg, 60
methylprednisolone dose pack, 65
methylprednisolone oral, 65
metoclopramide oral tablets & soln, 64
metolazone, 59
metoprolol & hydrochlorothiazide, 58
metoprolol succinate er, 57
metoprolol tartrate tabs 25mg,50mg & 100mg, 58
metronidazole inj, 43
metronidazole oral, 43
metronidazole topical, 61
metronidazole vagina gel, 43
metyrosine caps, 58
mexiletine, 57
microgestin 1/20 & 1.5/30, 67
microgestin fe 1/20 & 1.5/30, 67
midodrine tabs, 57
mifepristone tabs 300mg, 68
miglustat, 64
mili, 67
mimvey, 67

minocycline ir, 45
minoxidil, 59
mirtazapine, 46
mirtazapine odt, 46
misoprostol, 64
M-M-R II INJ, 70
modafinil, 75
moexipril, 57
molindone, 52
mometasone cream, oint & soln, 61
mometasone furoate nasal, 74
mometasone furoate nasal, 78
montelukast, 74
morphine sulfate er tabs, 41, 78
morphine sulfate oral, 42
MOUNJARO INJ, 55, 78
MOVANTIK, 63
moxifloxacin hcl ophthalmic, 72
moxifloxacin inj, 44
moxifloxacin oral, 44
MRESVIA INJ, 70
MULTAQ, 57
mupirocin cream, 62, 78
mupirocin ointment, 62
mycophenolate mofetil caps & tabs, 69
mycophenolate mofetil oral susp, 70
mycophenolic acid dr, 70
MYFORTIC, 70
MYHIBBIN, 70
MYRBETRIQ, 64
nabumetone, 41
nadolol, 58
nafcillin sodium inj, 44
naloxone inj, 42
naltrexone, 42
naproxen sodium ir tabs, 41
naproxen tabs 250mg, 375mg & 500mg, 41
naratriptan, 48, 78
nateglinide, 55
NAYZILAM, 45
nebivolol hcl, 58
NEBUPENT NEBULIZER, 51
necon, 67
nefazodone, 47
neomycin & polymyxin & bacitracin, 72
neomycin & polymyxin & bacitracin & hydrocortisone, 72
neomycin & polymyxin & dexamethasone, 72
neomycin & polymyxin & gramicidin ophthalmic, 72
neomycin & polymyxin & hydrocortisone, 72, 73
neomycin sulfate oral, 42
neo-polycin hc ophthalmic ointment, 72
neo-polycin ophthalmic ointment, 72
NEORAL, 70
NERLYNX, 50
NEUPRO PATCH, 51, 78
nevirapine er & susp, 53
nevirapine tabs, 54
NEXPLANON, 68
niacin er tabs, 59, 78
nicardipine caps, 58
NICOTROL NASAL, 42
nifedipine caps, 58
nifedipine er, 58
nikki, 67
nilutamide, 49
nimodipine, 58
NINLARO, 50
nitazoxanide, 51
nitisinone, 64
nitro-bid oint, 59
nitrofurantoin caps, 43
nitroglycerin lingual, 59
nitroglycerin patches, 59
nitroglycerin rectal oint, 64
nitroglycerin sublingual, 60
NIVESTYM INJ, 56
norelgestromin/ethinyl estradiol patch, 67
norethindrone, 68

norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 0.4mg/0.035mg, 67
norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 20mcg/75mg/1mg, 67
norgestimate-ethinyl estradiol, 67
nortriptyline, 47
NORVIR POWDER, 54
NUBEQA, 49
NUEDEXTA, 60
NUPLAZID, 52
NURTEC ODT, 48
nyamyc, 48
nylia 7/7/7 & 1/35, 67
nystatin, 48
nystatin & triamcinolone, 62
nystop, 48
octreotide inj 1000mcg/ml, 68
octreotide inj 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml & 500mcg/ml, 68
ODEFSEY, 54
ODOMZO, 50
OFEV, 75, 78
ofloxacin ophthalmic, 72
ofloxacin oral, 44
ofloxacin otic, 73
OGSIVEO, 49
OHTUVAYRE NEBULIZER, 75
OJEMDA, 50
OJJAARA, 50
olanzapine inj & tabs, 52
olanzapine odt, 52
olmesartan, 57
olmesartan & amlodipine, 58
olmesartan hct, 58
olmesartan medoxomil & amlodipine & hydrochlorothiazide tabs, 58
omega-3-acid ethyl esters, 59
omeprazole caps, 64
ondansetron odt, 47
ondansetron oral soln, 47
ondansetron tabs 4mg & 8mg, 47
ONUREG, 49
OPSUMIT, 75
OPVEE, 42
ORAPRED ODT, 65
ORENCIA INJ, 69, 78
ORGOVYX, 68
ORKAMBI, 74
ORSERDU TABS, 49
oseltamivir caps, 54
oseltamivir susp, 54
OTEZLA, 62, 78
OTEZLA STARTER, 69, 79
oxcarbazepine susp, 46
oxcarbazepine tabs, 46
oxybutynin er, 65
oxybutynin ir, 64
oxycodone & acetaminophen, 79
oxycodone & acetaminophen 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg, 42
oxycodone immediate-release, 42
oxycodone oral soln, 42
OZEMPIC INJ, 55, 79
pacerone tabs, 57
paliperidone er tabs, 52
PANRETIN, 51
pantoprazole tabs, 64
paricalcitol caps, 71
paroxetine hcl er, 47
paroxetine hcl ir tabs, 47
paroxetine hcl susp, 47
PAXLOVID, 55
pazopanib, 50
PEDIARIX INJ, 70
PEDVAX HIB INJ, 70
peg 3350 & electrolytes, 64
peg 3350 & sodium chloride & sodium bicarbonate & potassium chloride, 64
peg 3350 & sodium sulfate & sodium chloride & potassium chloride & sodium ascorbate & ascorbic, 64
PEGASYS SYRINGE INJ, 70
PEGASYS VIAL INJ, 69
PEMAZYRE, 50

PENBRAYA INJ, 70
penicillamine tabs, 62
penicillin g inj 5 million units & 20 million units, 44
penicillin v potassium, 44
pentamidine inhalation soln, 51
pentamidine inj, 51
pentoxifylline er, 58
PERFOROMIST NEBULIZER, 74
perindopril, 57
periogard, 61
permethrin cream, 62
perphenazine, 52
perphenazine & amitriptyline, 46
PETACEL INJ, 70
phenelzine, 46
phenobarbital elixir & tabs, 45
phenytek, 46
phenytoin er, 46
phenytoin oral susp & chewable tabs, 46
PIFELTRO, 54
pilocarpine soln, 73
pilocarpine tabs, 61
pimecrolimus, 62, 79
pimozide, 52
pimtrea, 67
pindolol, 58
pioglitazone, 55
pioglitazone & metformin, 55
piperacillin/tazobactam inj, 44
PIQRAY, 50
pirfenidone, 75, 79
piroxicam, 41
plenamine inj, 62
PLENVU, 64
pmdd fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg, 47
podofilox soln, 62
polycin ophthalmic ointment, 72
polymyxin b sulfate & trimethoprim sulfate ophthalmic soln, 72
POMALYST, 49
posaconazole dr tabs, 48
posaconazole suspension, 48
potassium chloride & dextrose & lactated ringers inj, 63
potassium chloride & dextrose & sodium chloride inj 10mEq/5%/0.45%, 20mEq/5%/0.2%, 20mEq/5%/0.45%, 20mEq/5%/0.9%, 30mEq/5%/0.45% 40mEq/5%/0.9% & 40mEq/5%/0.45%, 63
potassium chloride & dextrose 20mEq/5% inj, 63
potassium chloride er & cr, 63
potassium chloride inj, 63
potassium chloride oral soln, 63
potassium chloride pack 20meq, 63
potassium citrate er, 63
pramipexole ir, 51
prasugrel, 57
pravastatin, 59
praziquantel tabs, 51
prazosin, 65
PRED MILD, 73
prednisolone acetate, 73
prednisolone odt, 65
prednisolone oral soln, 65
prednisolone sodium phosphate, 73
prednisolone tablet 5mg, 65
PREDNISONE INTENSOL, 65
prednisone oral soln, 65
prednisone tab pack, 65
prednisone tabs, 65
pregabalin, 45
PREMARIN ORAL, 67
PREMARIN VAGINAL CREAM, 67
PREMPHASE, 67
PREMPRO, 67
prenatal multi-vitamin, 63
prevalite, 59
PREVYMIS, 53, 79
PREZCOBIX, 54
PREZISTA SUSP 100MG/ML, 54

PREZISTA TABS 75MG & 150MG, 54
PRIFTIN, 49
PRIMAQUINE, 51
PRIMIDONE TABS 125MG, 45
primidone tabs 50mg & 250mg, 45
PRIORIX INJ, 70
PROAIR RESPICLICK, 74
probenecid, 48
probenecid & colchicine, 48
prochlorperazine oral, 47
prochlorperazine supp, 47
PROCRIT INJ 20000UNIT/ML & 40000UNIT/ML, 56
PROCRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML & 10000UNIT/ML, 56
procto-med hc, 71
proctosol hc, 71
proctozone-hc, 71
progesterone caps, 68
PROGRAF CAPS, 70
PROGRAF PACK, 70
PROLASTIN C INJ, 64
PROLIA INJ, 71
PROMACTA, 56, 79
promethazine supp, 47
promethazine syrup, 47
promethazine tabs, 47
promethegan supp, 47
propafenone tabs, 57
propranolol er caps, 58
propranolol ir tabs, 58
propranolol oral soln, 58
propylthiouracil, 68
PROQUAD INJ, 70
PROSOL INJ, 63
protriptyline, 47
PULMICORT NEBULIZER, 74
PULMOZYME, 74
PURIXAN, 49
pyrazinamide, 49
pyridostigmine er tabs 180mg, 49
pyridostigmine soln, 49
pyridostigmine tabs 60mg, 49
pyrimethamine, 51
QINLOCK, 50
QUADRACEL INJ, 70
quetiapine er tabs, 52
quetiapine fumarate 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg & 400mg tabs, 52
quinapril, 57
quinapril & hydrochlorothiazide, 58
quinidine gluconate cr, 57
quinidine sulfate, 57
quinine sulfate caps, 51
QVAR REDIHALER, 74
RABAVERT INJ, 70
rabeprazole sodium, 64
raloxifene hcl, 68
ramelteon, 75, 79
ramipril, 57
ranolazine er, 58
RAPAMUNE TABS, 70
rasagiline, 51
RAYALDEE, 71
reclipsen, 67
RECOMBIVAX HB INJ, 70
REGRANEX, 62, 79
RELENZA DISKHALER, 54
RELEUKO INJ, 56
RELISTOR INJ, 63
RELISTOR TABS, 63
repaglinide, 55
REPATHA INJ, 59
RETACRIT INJ 20000UNIT/ML & 40000UNIT/ML, 57
RETACRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML,10000UNIT/ML & 20000UNIT/2ML, 57
RETEVMO, 50
REVLIMID, 49
REVUFORJ, 49
REXULTI, 52
REYATAZ ORAL POWDER, 54
REZLIDHIA CAPS, 50

RHOPRESSA, 73
ribavirin, 53
RIDAURA, 69
rifabutin, 49
rifampin oral and inj, 49
riluzole, 60
rimantadine, 54
RINVOQ, 69, 79
RINVOQ LQ, 79
RINVOQ LQ, 69
risedronate sodium, 71
risedronate sodium dr, 71
risperidone, 52
risperidone er inj 12.5mg & 25mg, 52
risperidone er inj 37.5mg & 50mg, 52
risperidone odt, 52
ritonavir tabs, 54
rivastigmine caps, 46, 79
rivastigmine patches, 46, 79
rizatriptan, 48
rizatriptan odt, 48
ROCKLATAN, 72
roflumilast tabs, 75
ropinirole ir, 51
rosuvastatin, 59
ROTARIX, 70
ROTATEQ, 70
roweepra 500mg, 45
ROZLYTREK, 50
RUBRACA, 50
rufinamide, 46
RUKOBIA, 54
RYBELSUS, 55, 79
RYDAPT, 50
sajazir inj, 68
SANDIMMUNE CAPS 25MG & 100MG, 70
SANTYL, 62, 79
sapropterin, 64
SAVELLA, 60
SAVELLA TITRATION PACK, 60
SCEMBLIX, 50
scopolamine patch, 47
SECUADO, 52
selegiline, 51
selenium sulfide lotion, 62
SELZENTRY SOLN, 54
SEREVENT DISKUS, 74
sertraline oral soln, 47
sertraline tabs, 47
setlakin, 67
sharobel, 68
SHINGRIX INJ, 70
SIGNIFOR INJ, 68
sildenafil tab 20mg, 75
silver sulfadiazine, 62
SIMBRINZA, 72
simvastatin, 59
sirolimus soln, 70
sirolimus tabs, 70
SIRTURO, 49
SIVEXTRO TABS & INJ, 43
SKYRIZI INJ, 69, 79
sodium chloride inj, 63
sodium chloride irrigation soln, 71
sodium phenylbutyrate powder & tabs, 64
sodium polystyrene sulfonate powder, 63
sodium sulfate, potassium sulfate and magnesium sulfate, 64
SOFOSBUVIR/VELPATASVIR, 53
solifenacin succinate, 65
SOLIQUA INJ, 55
SOLTAMOX, 49
SOMAVERT INJ, 68
sorafenib, 50
sotalol tabs, 57
SPIRIVA RESPIMAT, 74, 79
spironolactone & hydrochlorothiazide, 59
spironolactone tabs, 59
SPRITAM, 45
SPRYCEL, 50
sps suspension, 63
ssd, 62

STELARA INJ, 69, 79
STIOLTO RESPIMAT, 75
STIVARGA, 50
streptomycin inj, 43
STRIBILD, 53
STRIVERDI RESPIMAT, 74
subvenite tabs, 55
sucralfate tabs, 64
sulfacetamide sodium & prednisolone sodium phosphate ophthalmic, 72
sulfacetamide sodium ophthalmic oint & soln 10%, 72
sulfacetamide sodium topical lotion 10%, 44
sulfadiazine tabs, 44
sulfamethoxazole & trimethoprim ds tabs, 44
sulfamethoxazole & trimethoprim oral susp, 44
sulfamethoxazole & trimethoprim tabs, 44
sulfasalazine, 71
sulindac, 41
sumatriptan nasal, 48
sumatriptan succinate inj, 48
sumatriptan succinate tabs, 48
sunitinib malate, 50
SUNLENCA, 54
SYMLINPEN INJ, 55
SYMPAZAN 10MG & 20MG, 45
SYMPAZAN 5MG, 45
SYMTUZA, 54
SYNAREL, 68
SYNJARDY, 55, 79
SYNJARDY XR, 55, 79
SYNTHROID, 68
TABRECTA, 50
tacrolimus caps 0.5mg & 1mg, 70
tacrolimus caps 5mg, 70
tacrolimus oint, 62, 79
tadalafil 2.5mg & 5mg, 65, 79
tadalafil tab 20mg, 75
TAFINLAR, 50
TAGRISSO, 50
TALZENNA, 50
tamoxifen, 49
tamsulosin, 65
tarina fe 1/20 eq, 67
TASIGNA, 50
tasimelteon caps, 75
tazarotene cream, 61
tazarotene gel, 61, 79
tazicef inj, 43
TAZVERIK, 50
TEFLARO INJ, 43
TEGRETOL, 46
TEGRETOL XR, 46
telmisartan, 57
temazepam caps, 75
TENIVAC INJ, 70
tenofovir disoproxil fumarate, 54
TEPMETKO, 50
terazosin, 65
terbinafine, 48
terbutaline sulfate oral, 74
terconazole, 48
teriflunomide tabs, 60
TERIPARATIDE INJ, 71
testosterone cypionate inj, 66
testosterone enanthate inj, 66
testosterone gel 1% & 1.62%, 66
testosterone gel 25mg/2.5g, 20.25mg/1.25g, 40.5mg/2.5g & 50mg/5g, 66
tetrabenazine, 79
tetrabenazine, 60
tetracycline, 45
THALOMID, 49
theophylline er tabs, 75
thioridazine, 52
thiothixene, 52
tiadylt er, 58
tiagabine, 45
TIBSOVO, 50
TICOVAC INJ, 70
tigecycline inj, 43
timolol hemihydrate, 73

timolol ophth soln 12 hours 0.25% & 0.5% multi-use bottles, 73
timolol ophthalmic gel forming, 73
timolol oral, 48
tinidazole tabs, 43
tiopronin, 65
TIVICAY PD, 53
TIVICAY TABS 50MG, 53
tizanidine caps, 53
tizanidine tabs, 53
TOBI PODHALER, 74
TOBI SOLN, 74
TOBRADEX OINT, 72
tobramycin & dexamethasone ophthalmic suspension, 72
tobramycin nebulizer, 74
tobramycin ophthalmic solution, 72
tobramycin sulfate inj, 43
tolterodine tartrate er, 65, 79
topiramate immediate-release caps 15mg & 25mg, 48
topiramate immediate-release caps 50mg, 48
topiramate immediate-release tabs, 48
toremifene citrate, 49
torpenz, 50
torsemide, 59
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJ, 56
TOUJEO SOLOSTAR INJ, 56
TPN ELECTROLYTES INJ, 63
TRACLEER 32MG, 75
TRADJENTA, 55, 79
tramadol & acetaminophen, 42, 80
tramadol er tabs, 41, 80
tramadol ir tab 100mg, 42, 80
tramadol tab 50mg, 42
trandolapril, 57
tranexamic acid tabs, 57
tranylcypromine, 46
TRAVASOL INJ, 63
travoprost, 73
trazodone, 47
TRECATOR, 49
TRELEGY ELLIPTA, 75, 80
TRELSTAR MIXJECT INJ, 68
TREMFYA INJ, 69, 80
TRESIBA FLEXTOUCH INJ, 56
TRESIBA VIAL INJ, 56
tretinoin caps, 51
tretinoin cream, 61
tretinoin gel 0.01%, 0.025% & 0.05%, 61
triamcinolone acetonide topical cream & lotion, 62
triamcinolone acetonide topical oint 0.025%, 0.1% & 0.5%, 62
triamcinolone dental paste, 61
triamterene & hydrochlorothiazide, 59
tridacaine ii patch, 42
trientine cap 250mg, 62
tri-estarylla, 67
trifluoperazine, 52
trifluridine, 72
trihexyphenidyl elixir & tabs, 51
TRIJARDY XR, 55, 80
TRILEPTAL, 46
tri-lo-estarylla, 67
tri-lo-sprintec, 67
trimethoprim, 43
tri-mili, 67
trimipramine maleate, 47
TRINTELLIX, 47
tri-sprintec, 67
TRIUMEQ, 54
TRIUMEQ PD, 54
trivora-28, 67
tri-vylibra, 67
tri-vylibra lo, 67
trospium ir, 65
TRULICITY INJ, 55, 80
TRUMENBA INJ, 71
TRUQAP, 51
TUKYSA, 51

TURALIO, 51
turqoz, 67
TWINRIX INJ, 71
TYBOST, 54
TYMLOS INJ, 71
TYPHIM VI INJ, 71
UBRELVY, 48
UDENYCA INJ, 57
unithroid, 68
UPTRAVI, 75
ursodiol cap 300mg & tabs 250mg & 500mg, 64
UZEDY INJ, 52
valacyclovir, 53
VALCHLOR, 49
valganciclovir oral soln, 53
valganciclovir tabs, 53
valproic acid oral caps & soln, 45
valsartan & amlodipine, 59
valsartan hct, 59
valsartan tabs, 57
VALTOCO, 45
vancomycin caps, 43
vancomycin inj 500mg, 750mg, 1gm & 10gm, 43
vancomycin oral soln 250mg/5ml, 43
vandazole, 43
VANFLYTA, 51
VAQTA INJ, 71
varenicline starting month box, 42
varenicline tartrate, 42
VARIVAX INJ, 71
VASCEPA CAPS, 59
VAXCHORA INJ, 71
velivet, 67
VELTASSA, 63
VEMLIDY, 53
VENCLEXTA STARTING PACK, 51
VENCLEXTA TABS 100MG, 51
VENCLEXTA TABS 10MG & 50MG, 51
venlafaxine hcl er caps, 47
venlafaxine ir tabs, 47
verapamil er, 58
verapamil ir, 58
verapamil sr, 58
VERQUVO, 60
VERSACLOZ, 52
VERZENIO, 51
vestura, 67
vienva, 67
vigabatrin, 45
vigadrone, 45
VIGAFYDE, 45
vigpoder, 45
vilazodone, 47
VIRACEPT, 54
VIREAD POWDER, 54
VIREAD TABS 150MG, 200MG & 250MG, 54
VITRAKVI, 51
VIZIMPRO, 51
VONJO, 49
VORANIGO, 51
voriconazole inj, 48
voriconazole oral suspension, 48
voriconazole tabs, 48
VOSEVI, 53
VOWST, 64
VRAYLAR, 52
VUMERITY, 60
vyfemla, 67
vylibra, 67
VYZULTA, 73
warfarin, 56
WELIREG, 64
wixela inhub, 75, 80
wymzya fe, 67
XALKORI, 51
XARELTO ORAL SUSP & TABS, 56, 80
XARELTO STARTER PACK, 56, 80
XCOPRI MAINTENANCE PACK, 46
XCOPRI TABS, 46
XCOPRI TITRATION PACK 50-100MG, & 150-200MG, 46
XCOPRI TITRATION PACK 12.5MG/25MG, 46

XDEMVY, 73, 80
XELJANZ, 69, 80
XELJANZ XR, 69, 80
XERMELO, 63
XGEVA INJ, 71
XIFAXAN TABS 200MG, 64
XIFAXAN TABS 550MG, 64
XIGDUO XR, 55, 80
XIIDRA, 72
XOFLUZA, 55
XOLAIR INJ, 69, 80
XOSPATA, 51
XPOVIO, 51
XTANDI, 49
xulane, 67
XYWAV, 75
YARGESA, 64
YF-VAX INJ, 71
YONSA, 49
YUPELRI, 74
yuvafem, 67
zafemy, 67
zafirlukast, 80
zafirlukast, 74
ZEGALOGUE INJ, 55
ZEJULA TABS, 51
ZELBORAF, 51
zenatane, 61
zenzedi, 80
zenzedi tabs 5mg & 10mg, 60
zidovudine, 54
ziprasidone inj, 52
ziprasidone oral, 52
ZIRGAN, 73
ZOLINZA, 51
zolmitriptan, 80
zolmitriptan odt, 48
zolmitriptan tabs, 48
zolpidem ir tabs 5mg & 10mg, 75
ZONISADE, 46
zonisamide, 46
ZOSYN INJ, 44
zovia, 68
ZTALMY SUSP, 45
ZURZUVAE, 46
ZYDELIG, 51
ZYKADIA TABS, 51

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

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

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

SCAN Member Services
PHONE: 1-866-722-6725
FAX: 1-562-989-0958
TTY: 711

Or by filling out the "File a Grievance" form on our website at:
https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SCAN Member Services
PHONE: 1-866-722-6725
팩스: 1-562-989-0958
TTY: 711

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

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

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

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

불만 제기 양식은 https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html에 있습니다.

또한 다음과 같이 전화, 서면 또는 온라인으로 캘리포니아주 보건서비스부, 민권 사무국에 민권 관련 불만을 제기할 수 있습니다.

- 전화: 1-916-440-7370번으로 연락해 주십시오. 언어 또는 청력에 문제가 있는 경우, 711(통신 중계 서비스)번으로 연락해 주십시오.
- 서신: 불만 제기 양식을 작성하거나 편지를 작성하여 다음으로 보내 주십시오.
  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413
  불만 제기 양식 입수처: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- 온라인: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내 주십시오.

- **Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخطتنا الصحية أو جدول الدواء. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-866-722-6725 . سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك.هذه الخدمة المجانية.

- **Armenian:** Առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք 1-866-722-6725 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

- **Chinese Cantonese (Traditional):** 我們提供免費的口譯服務，以解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何問題。如需獲得口譯服務，請致電 1-866-722-6725 聯絡我們。我們有會說中文的工作人員可以為您提供幫助。這是一項免費服務。

- **Chinese Mandarin (Simplified):** 我们提供免费的口译服务，以解答您对我们的健康或药物计划可能有的任何问题。如需获得口译服务，请致电 1-866-722-6725 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

- **English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-722-6725. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

- **French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou yo. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-722-6725. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

- **French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-722-6725. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

- **German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-722-6725. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

- **Hindi**: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-722-6725 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

- **Hmong:** Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-866-722-6725. Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

- **Hmong-Mien:** Peb muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-866-722-6725. Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

- **Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per usufruire di un interprete, contattare il numero 1-866-722-6725. Un nostro incaricato che parla Italiano Le fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.
- **Japanese:** 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご利用になるには 1-866-722-6725 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサー ビスです。
- **Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-722-6725번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.
- **Lao:** ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-722-6725. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.
- **Mon-Khmer, Cambodian:**
  យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ
  គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-866-722-6725។
  មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។
- **Persian:**
  ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. توجه: شخصی که به زبان فارسی صحبت می کند، تماس بگیرید.1-866-722-6725برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیست با شماره می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.
- **Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-722-6725. Ta usługa jest bezpłatna.
- **Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-722-6725. Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.
- **Punjabi:** ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ 1-866-722-6725 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।
- **Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру 1-866-722-6725. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит на русском языке. Данная услуга бесплатная.
- **Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llame al 1-866-722-6725. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

- **Tagalog:** Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa 1-866-722-6725. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.
- **Thai:** เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข 1-866-722-6725 เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ
- **Ukrainian:** Ми надаємо безкоштовні послуги усного перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану медичного обслуговування або лікарського забезпечення. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-866-722-6725. Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.
- **Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch, chỉ cần gọi theo số 1-866-722-6725. Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.