

2025 SCAN Health Plan Formulary

List of Covered Drugs or “Drug List”

SCAN Health Plan 처방집

보장 약 목록 또는 '의약품 목록'



This formulary was updated on 10/1/2024. For more recent information or other questions, please contact SCAN Health Plan Member Services at 1-800-559-3500 (TTY users should call 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day), or visit www.scanhealthplan.com.

이 처방집은 10/1/2024 에 업데이트되었습니다. 최신 정보나 기타 질문이 있으시면 SCAN Health Plan 가입자 서비스부에 1-800-559-3500(TTY 사용자는 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 주 7 일, 오전 8 시-오후 8 시 중에 연락해 주십시오. 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.

SCAN Health Plan

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

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

25409, 16

This formulary was updated on 10/1/2024. For more recent information or other questions, please contact SCAN Health Plan Member Services at 1-800-559-3500 (TTY users should call 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day), or visit www.scanhealthplan.com.

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

When this Drug List (Formulary) refers to “we,” “us,” or “our,” it means SCAN Health Plan. When it refers to “plan” or “our plan,” it means SCAN Affirm partnered with Included LGBTQ+ Health (HMO), SCAN Alta (HMO), SCAN Allied (HMO), SCAN Classic (HMO), SCAN Inspired by women for women (HMO), SCAN MyChoice (HMO), SCAN Prime (HMO), SCAN Venture (HMO), SCAN Balance (HMO C-SNP), SCAN Embrace (HMO I-SNP), SCAN Embrace (HMO POS I-SNP), and SCAN Strive (HMO C-SNP).

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

You must generally use network pharmacies to use your prescription drug benefit. Benefits, formulary, pharmacy network, and/or copayments/coinsurance may change on January 1, 2026, and from time to time during the year. You will receive notice when necessary.

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

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

Y0057_SCAN_21327_2025_C

Date of last formulary update 10/1/2024

Table of Contents

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

Can the formulary change?..... 3

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

What are generic drugs? 5

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

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

What if my drug is not on the Formulary? 5

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

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

For more information 7

SCAN Health Plan’s Formulary..... 20

Formulary Drugs Arranged by Therapeutic Class 41

Formulary Drugs with Quantity Limits 76

Index.....81

What is the SCAN Health Plan formulary?

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

Can the formulary change?

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

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

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

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

If you are currently taking the brand-name drug or original biological product, we may not tell you in advance before we make an immediate change, but we will later provide you with information about the specific change(s) we have made.

If we make such a change, you or your prescriber can ask us to make an exception and continue to cover for you the drug that is being changed. For more information, see the section below titled "How do I request an exception to the SCAN Health Plan's Formulary?"

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

- **Drugs removed from the market.** If a drug is withdrawn from sale by the manufacturer or the Food and Drug Administration (FDA) determines to be withdrawn for safety or effectiveness reasons, we may immediately remove the drug from our formulary and later provide notice to members who take the drug.

- **Other changes.** We may make other changes that affect members currently taking a drug. For instance, we may remove a brand-name drug from the formulary when adding a generic equivalent or remove an original biological product when adding a biosimilar. We may also apply new restrictions to the brand-name drug or original biological product, or move it to a different cost-sharing tier, or both. We may make changes based on new clinical guidelines. If we remove drugs from our formulary, add prior authorization, quantity limits and/or step therapy restrictions on a drug, or move a drug to a higher cost-sharing tier, we must notify affected members of the change at least 30 days before the change becomes effective. Alternatively, when a member requests a refill of the drug, they may receive a 30-day supply of the drug and notice of the change.

If we make these other changes, you or your prescriber can ask us to make an exception for you and continue to cover the drug you have been taking. The notice we provide you will also include information on how to request an exception, and you can also find information in the section below entitled “How do I request an exception to the SCAN Health Plan’s Formulary?”

Changes that will not affect you if you are currently taking the drug. Generally, if you are taking a drug on our 2025 formulary that was covered at the beginning of the year, we will not discontinue or reduce coverage of the drug during the 2025 coverage year except as described above. This means these drugs will remain available at the same cost-sharing and with no new restrictions for those members taking them for the remainder of the coverage year. You will not get direct notice this year about changes that do not affect you. However, on January 1 of the next year, such changes would affect you, and it is important to check the formulary for the new benefit year for any changes to drugs.

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

How do I use the Formulary?

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

Medical Condition

The formulary begins on page 41. The drugs in this formulary are grouped into categories depending on the type of medical conditions that they are used to treat. For example, drugs used to treat a heart condition are listed under the category, “Cardiovascular Agents”. If you know what your drug is used for, look for the category name in the list that begins on page number 41. Then look under the category name for your drug.

Alphabetical Listing

If you are not sure what category to look under, you should look for your drug in the Index that begins on page 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.

What are generic drugs?

SCAN Health Plan covers both brand-name drugs and generic drugs. A generic drug is approved by the FDA as having the same active ingredient as the brand-name drug. Generally, generic drugs work just as well as and usually cost less than brand-name drugs. There are generic drug substitutes available for many brand-name drugs. Generic drugs usually can be substituted for the brand-name drug at the pharmacy without needing a new prescription, depending on state laws.

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

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

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

Are there any restrictions on my coverage?

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

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

You can find out if your drug has any additional requirements or limits by looking in the formulary that begins on page 41. You can also get more information about the restrictions applied to specific covered drugs by visiting our website. We have posted online a document that explain our prior authorization restriction. You may also ask us to send you a copy. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

You can ask SCAN Health Plan to make an exception to these restrictions or limits or for a list of other, similar drugs that may treat your health condition. See the section, “How do I request an exception to the SCAN Health Plan’s formulary?” on page 6 for information about how to request an exception.

What if my drug is not on the Formulary?

If your drug is not included in this formulary (list of covered drugs), you should first contact Member Date of last formulary update 10/1/2024

Services and ask if your drug is covered.

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

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

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

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

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

Generally, SCAN Health Plan will only approve your request for an exception if the alternative drugs included on the plan's formulary, the lower cost-sharing drug or applying the restriction would not be as effective for you and/or would cause you to have adverse effects.

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

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

As a new or continuing member in our plan you may be taking drugs that are not on our formulary. Or, you may be taking a drug that is on our formulary but has a coverage restriction, such as prior authorization. You should talk to your prescriber about requesting a coverage decision to show that you meet the criteria for approval, switching to an alternative drug that we cover, or requesting a formulary exception so that we will cover the drug you take. While you and your doctor determine the right course of action for you, we may cover your drug in certain cases during the first 90 days you are a member of our plan.

Date of last formulary update 10/1/2024

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

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

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

For more information

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SCAN Classic (HMO): Los Angeles and Orange Counties

SCAN Alta (HMO): San Diego County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

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

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		25%	N/A	25%	N/A

SCAN Affirm (HMO): San Francisco County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
2	Generic		\$0	\$0	\$12	\$24
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		25%	N/A	25%	N/A

SCAN Allied (HMO): Los Angeles, San Francisco and San Mateo Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
2	Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$43	\$129
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Classic (HMO): Ventura County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Classic (HMO): San Diego County

Drug Tier	Tier Name		Retail				Mail Order	
			Preferred		Standard		Preferred	Standard
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply	100-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$9	\$18	\$0	\$18
2	Generic		\$5	\$10	\$15	\$30	\$0	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85	\$85	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A	N/A	N/A

SCAN Classic (HMO): Riverside and San Bernardino Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$9	\$18
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Classic (HMO): San Francisco County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
2	Generic		\$0	\$0	\$12	\$24
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Classic (HMO): Fresno, Madera, Santa Clara and Stanislaus Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Classic (HMO): Alameda and San Mateo Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Inspired by women for women (HMO): Los Angeles and Orange Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$12	\$24
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

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

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
2	Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$43	\$129
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN MyChoice (HMO): Alameda, San Mateo, Fresno, Madera, Santa Clara, Stanislaus and San Francisco Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
2	Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$43	\$129
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

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

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$12	\$24
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

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

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$85	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Balance (HMO C-SNP): Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino and San Diego Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$9	\$18
3	Preferred Brand	Insulin	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

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

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
3	Preferred Brand	Insulin	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Balance (HMO C-SNP): Fresno, Madera, Santa Clara, Stanislaus and San Francisco Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Insulin	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

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

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
2	Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
3	Preferred Brand	Insulin	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$42	\$126	\$43	\$129
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

SCAN Embrace (HMO POS I-SNP): San Bernardino County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
2	Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
3	Preferred Brand	Insulin	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$42	\$126	\$43	\$129
4	Non-Preferred Drug		50%	50%	50%	50%
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

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

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
2	Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$105	\$35	\$105
		Other Drugs	24%	24%	25%	25%
4	Non-Preferred Drug		45%	45%	45%	45%
5	Specialty Tier		25%	N/A	25%	N/A

SCAN Strive (HMO C-SNP): Santa Clara, Stanislaus Fresno, Madera, Alameda, San Francisco and San Mateo Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
2	Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
3	Preferred Brand	Insulin	\$35	\$105	\$35	\$105
		Other Drugs	24%	24%	25%	25%
4	Non-Preferred Drug		45%	45%	45%	45%
5	Specialty Tier		25%	N/A	25%	N/A

SCAN Health Plan's Formulary

The formulary that begins on page 41 provides coverage information about the drugs covered by SCAN Health Plan. If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Index that begins on page 81.

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

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

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

SCAN Health Plan

2025 처방집(보장 약 목록 또는 '의약품 목록')

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

25409, 16

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

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

이 의약품 목록(처방집)에서 '저희' 또는 '당사'라는 말은 SCAN Health Plan을 의미합니다. '플랜' 또는 '저희 플랜'은 SCAN Affirm partnered with Included LGBTQ+ Health(HMO), SCAN Alta(HMO), SCAN Allied(HMO), SCAN Classic(HMO), 여성이 만든, 여성을 위한 SCAN Inspired(HMO), SCAN MyChoice(HMO), SCAN Prime(HMO), SCAN Venture(HMO), SCAN Balance(HMO C-SNP), SCAN Embrace(HMO I-SNP), SCAN Embrace(HMO POS I-SNP) 및 SCAN Strive(HMO C-SNP)를 의미합니다.

이 문서에는 2024년 10월 현재 저희 플랜의 최신 의약품 목록(처방집)이 포함되어 있습니다. 업데이트된 의약품 목록(처방집)은 저희에게 문의해 주십시오. 의약품 목록(처방집)을 마지막으로 업데이트한 날짜와 함께 저희 연락처 정보가 앞표지와 뒷표지에 있습니다.

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

저희 네트워크 우편 주문 배달 프로그램을 통해 가정에서 처방약을 받으실 수 있습니다. Express Scripts PharmacySM는 저희 플랜의 선호 우편 주문 약국입니다. 처방약을 저희 네트워크 내 임의의 우편 주문 약국에서 조제하실 수 있으나 선호 우편 주문 약국을 이용하시면 비용이 적게 듭니다. Express Scripts 우편 주문 약국이 주문을 받으면 일반적으로 14일 이내에 처방약을 받으실 수 있습니다. 이 기간 내에 약을 받지 못한다면 SCAN Health Plan 가입자 서비스부에 연락해 주십시오. 우편 주문 처방약은 자동 리필 프로그램을 이용할 수 있습니다. Express Scripts Pharmacy에 1-866-553-4125번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하여 가입할 수 있습니다. TTY 사용자는 711번으로 전화해 주십시오. 자동 배달을 언제든지 취소하실 수 있습니다.

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

Y0057_SCAN_21327_2025_C

마지막 처방집 업데이트 날짜 10/1/2024

목차

SCAN Health Plan 처방집이란 무엇입니까?	23
처방집이 바뀔 수 있습니까?.....	23
처방집은 어떻게 사용합니까?.....	24
복제약이란 무엇입니까?.....	24
오리지널 생물학적 제제란 무엇이며 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까?.....	24
제 보장에 어떤 제약이 있습니까?	25
제 약이 처방집에 없으면 어떻게 해야 합니까?.....	25
SCAN Health Plan 처방집에 관해 예외 적용을 요청하려면 어떻게 해야 합니까?.....	26
제 약이 처방집에 없거나 제약이 있는 경우 어떻게 해야 합니까?.....	26
자세한 정보	27
SCAN Health Plan 처방집	40
치료 등급별로 배열된 처방집 의약품	41
분량 제한이 있는 처방집 의약품	76
색인.....	81

SCAN Health Plan 처방집이란 무엇입니까?

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

처방집이 바뀔 수 있습니까?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

마지막 처방집 업데이트 날짜 10/1/2024

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

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

현재 약을 투약 중인 경우, 가입자에게 영향을 주지 않는 변경 사항. 일반적으로 귀하께서 2025 처방집에 있으며 연 초에 보장되는 약을 복용할 경우, 저희는 아래에 명시된 경우를 제외하고 2025 보장연도에는 해당 약의 보장범위를 중단하거나 축소하지 않을 것입니다. 즉, 이러한 약을 복용하는 가입자는 남은 보장 연도 동안 동일한 비용 분담금으로 새로운 제한 사항 없이 계속 해당 약을 사용할 수 있습니다. 가입자에게 영향을 주지 않는 변경 사항에 관해서는 해당 연도에 직접 통지를 보내지 않습니다. 하지만 내년 1월 1일에 그러한 변경사항이 가입자에게 적용되므로 새로운 혜택 연도의 처방집에 변경이 있는지 확인하는 것이 중요합니다.

동봉된 처방집은 2024년 10월 기준으로 최신 버전입니다. SCAN Health Plan이 보장하는 약에 관한 최신 정보가 필요하면 당사에 문의해 주십시오. 당사 연락처 정보는 앞표지와 뒤표지에 있습니다.

처방집은 어떻게 사용합니까?

처방집 내에서 약을 찾는 방법에는 두 가지가 있습니다.

의학적 질환

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

알파벳 순서의 목록

찾아야 할 카테고리가 확실하지 않다면 81페이지에서 시작되는 색인에서 해당 의약품이 있는지 찾아야 합니다. 색인은 이 문서에 포함된 모든 약 목록을 알파벳순으로 제공합니다. 브랜드 약과 복제약 둘 다 색인에 적혀 있습니다. 색인을 보고 약을 찾으십시오. 약 이름 옆에 페이지 번호가 있으며 그 페이지에서 보장 정보를 찾을 수 있습니다. 색인에 적힌 페이지로 가서 목록 첫 번째 줄에서 약 이름을 찾으십시오.

복제약이란 무엇입니까?

SCAN Health Plan은 브랜드 약과 복제약 둘 다 보장합니다. 복제약은 FDA가 브랜드 약과 동일한 활성 성분을 가졌다고 승인한 것입니다. 일반적으로, 복제약은 브랜드 약과 마찬가지로 효과가 있으며 비용도 저렴합니다. 브랜드 약들 대부분에 대해 대체약인 복제약을 이용할 수 있습니다. 복제약은 일반적으로 주법에 따라 새로운 처방전 없이 약국에서 브랜드 약을 대체할 수 있습니다.

오리지널 생물학적 제제란 무엇이며 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까?

처방집에서 '약'은 약 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다. 생물학적 제제는 일반적인 약보다 더 복잡한 마지막 처방집 업데이트 날짜 10/1/2024

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

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

제 보장에 어떤 제약이 있습니까?

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

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

가입자의 의약품에 어떤 추가 요건이 있는지 또는 제약이 있는지에 대해서는 41페이지에서 시작되는 처방집을 찾아보시면 확인하실 수 있습니다. 또한 당사 웹사이트를 방문하여 특정 보장 약에 적용되는 제한 사항에 관한 자세한 정보를 확인할 수 있습니다. 당사는 사전 허가 제한 사항이 적힌 문서를 온라인에 게시했습니다. 귀하는 당사에 사본을 보내달라고 요청할 수도 있습니다. 처방집을 마지막으로 업데이트한 날짜와 당사 연락처 정보가 앞표지와 뒷표지에 적혀 있습니다.

SCAN Health Plan에 이러한 제한 사항을 예외로 적용해 달라고 요청하거나 질환을 치료할 수 있는 기타 유사한 약 목록을 요청할 수 있습니다. 예외 요청 방법에 대한 정보는 6페이지의 “SCAN Health Plan 처방집에 관해 예외 적용을 요청하려면 어떻게 해야 하나요?” 섹션을 참조하십시오.

제 약이 처방집에 없으면 어떻게 해야 하나요?

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

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

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

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

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

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

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

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

제 약이 처방집에 없거나 제약이 있는 경우 어떻게 해야 하나요?

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

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

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

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

자세한 정보

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

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

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

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

선호 비용 분담이란 특정 네트워크 약국에서 보장되는 특정 파트 D 약에 대해 이용할 수 있는 낮은 비용 분담을 말합니다. 자세한 정보는 www.scanhealthplan.com에서 온라인 검색이 가능한 약국 명부를 확인하시거나 가입자 서비스부로 문의해 주십시오. 당사 연락처 정보는 앞표지와 뒤표지에 있습니다.

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

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

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

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

SCAN Classic(HMO): 로스앤젤레스 및 오렌지 카운티

SCAN Alta(HMO): 샌디에고 카운티

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

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

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

SCAN Affirm(HMO): 샌프란시스코 카운티

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

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

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

SCAN Classic(HMO): 벤추라 카운티

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

SCAN Classic(HMO): 샌디에고 카운티

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

SCAN Classic(HMO): 리버사이드 및 샌버나디노 카운티

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

SCAN Classic(HMO): 샌프란시스코 카운티

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

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

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

SCAN Classic(HMO): 앨러미다 및 샌마테오 카운티

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SCAN Health Plan 처방집

41페이지에서 시작되는 처방집에는 SCAN Health Plan이 보장하는 의약품에 대한 보장 정보가 포함되어 있습니다. 이 목록에서 의약품을 찾는 데 어려움이 있는 경우, 81페이지부터 시작되는 색인을 참조하시기 바랍니다.

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

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

- [PA] 기호는 사전 허가가 적용됨을 나타냅니다.
- [B vs D] 기호는 상황에 따라 Medicare 파트 B 또는 파트 D에서 보장할 수 있는 약임을 나타냅니다. 결정을 내리기 위해 약의 용도와 배경 설명이 적힌 정보를 제출해야 할 수도 있습니다.
- [QL] 기호는 조제 분량에 제한이 있음을 나타냅니다. 처방집 의약품에 대한 분량 제한을 확인하려면 76페이지를 참조하십시오.
- [LD] 기호는 제한적 유통이 적용됨을 나타냅니다. 이 처방약은 특정 약국에서만 구할 수 있습니다. 자세한 정보는 약국 명부를 참조하시거나 가입자 서비스부에 1-800-559-3500(TTY 사용자는 711)번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 전화해 주십시오. 4월 1일부터 9월 30일까지 업무 시간은 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시입니다(휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일로 1일 이내에 답변을 드립니다). 또는 www.scanhealthplan.com을 방문해 주십시오.
- [EDS] 기호는 해당 약이 우편 주문 시 및 많은 소매 약국에서 기간 연장 분량(예: 30일분 이상)으로 제공됨을 나타냅니다.

FORMULARY DRUGS ARRANGED BY THERAPEUTIC CLASS

치료 등급별로 배열된 처방집 의약품

Formulary ID: 25409 (Version 16)

처방집: 25409 (버전 16)

Updated: 10/2024

업데이트: 10/2024

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
ANALGESICS			Opioid Analgesics, Long-acting		
<i>Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs</i>			<i>fentanyl patches</i> 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr & 100mcg/hr	3	[QL] [EDS]
<i>celecoxib</i>	2	[EDS]	<i>methadone oral</i>	2	[EDS]
<i>diclofenac potassium tab 50mg</i>	1	[EDS]	<i>morphine sulfate er tabs</i>	3	[QL] [EDS]
<i>diclofenac sodium dr</i>	1	[EDS]	OXYCODONE ER TABS	4	[QL] [EDS]
<i>diclofenac sodium er</i>	1	[EDS]	<i>tramadol er tabs</i>	3	[QL] [EDS]
<i>diclofenac sodium soln 1.5%</i>	4	[QL] [EDS]	Opioid Analgesics, Short-acting		
<i>diclofenac sodium soln 2%</i>	4	[QL] [EDS]	<i>acetaminophen & codeine</i>	2	[QL] [EDS]
<i>diflunisal</i>	2	[EDS]	<i>butorphanol tartrate nasal</i>	2	[QL] [EDS]
<i>ec-naproxen</i>	1	[EDS]	<i>codeine sulfate</i>	2	[EDS]
<i>etodolac</i>	2	[EDS]	<i>endocet</i>	3	[QL] [EDS]
<i>etodolac er</i>	2	[EDS]	<i>fentanyl citrate lozenges 200mcg</i>	4	[PA] [EDS]
<i>ibu</i>	1	[EDS]	<i>fentanyl citrate lozenges 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg & 1600mcg</i>	5	[PA]
<i>ibuprofen</i>	1	[EDS]	<i>hydrocodone & acetaminophen soln 7.5-325mg/15ml</i>	2	[QL] [EDS]
<i>indomethacin er</i>	2	[EDS]	<i>hydrocodone & acetaminophen tabs 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg</i>	2	[QL] [EDS]
<i>indomethacin ir caps</i>	2	[EDS]			
<i>ketorolac oral tabs</i>	2	[EDS]			
LODINE TABS	2	[EDS]			
<i>meloxicam tabs</i>	1	[EDS]			
<i>nabumetone</i>	2	[EDS]			
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg & 500mg</i>	1	[EDS]			
<i>naproxen sodium ir tabs</i>	1	[EDS]			
<i>piroxicam</i>	2	[EDS]			
<i>sulindac</i>	2	[EDS]			

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 20

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>hydrocodone & ibuprofen tabs 7.5-200mg</i>	2	[QL] [EDS]
<i>hydromorphone immediate-release oral soln & tabs</i>	2	[EDS]
<i>morphine sulfate oral</i>	2	[EDS]
<i>oxycodone immediate-release</i>	2	[EDS]
<i>oxycodone oral soln</i>	2	[EDS]
<i>oxycodone & acetaminophen 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg</i>	3	[QL] [EDS]
<i>tramadol tab 50mg</i>	2	[EDS]
<i>tramadol ir tab 100mg</i>	2	[QL] [EDS]
<i>tramadol & acetaminophen</i>	2	[QL] [EDS]
ANESTHETICS		
Local Anesthetics		
<i>lidocaine ointment</i>	4	[QL] [EDS]
<i>lidocaine patch</i>	3	[PA] [EDS]
<i>lidocaine topical soln</i>	2	[QL] [EDS]
<i>lidocaine & prilocaine cream</i>	3	[QL] [EDS]
<i>lidocan III</i>	3	[PA] [EDS]
<i>tridacaine ii patch</i>	3	[PA] [EDS]
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS		
Alcohol Deterrents/Anti-Craving		
<i>acamprosate calcium dr</i>	2	[EDS]
<i>disulfiram</i>	2	[EDS]
<i>naltrexone</i>	1	[EDS]
Opioid Dependence		
<i>buprenorphine sublingual tabs</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>buprenorphine & naloxone sublingual film</i>	2	[EDS]
<i>buprenorphine & naloxone sublingual tabs</i>	2	[EDS]
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO	3	[EDS]
<i>naloxone inj</i>	2	[EDS]
<i>naloxone nasal</i>	2	[EDS]
OPVEE	4	[EDS]
Smoking Cessation Agents		
<i>bupropion sr 150mg</i>	2	[EDS]
NICOTROL INHALER	4	[EDS]
NICOTROL NASAL	4	[EDS]
<i>varenicline starting month box</i>	4	[EDS]
<i>varenicline tartrate</i>	4	[EDS]
ANTIBACTERIALS		
Aminoglycosides		
<i>amikacin inj</i>	2	[EDS]
ARIKAYCE	5	[PA]
<i>gentamicin cream 0.1% & oint 0.1%</i>	2	[EDS]
<i>gentamicin inj 40mg/ml</i>	2	[EDS]
<i>neomycin sulfate oral</i>	2	[EDS]
<i>streptomycin inj</i>	4	[EDS]
<i>tobramycin sulfate inj</i>	2	[EDS]
Antibacterials, Other		
<i>aztreonam inj</i>	4	[EDS]
CLEOCIN VAGINAL SUPP	3	[EDS]
<i>clindamycin oral</i>	2	[EDS]
<i>clindamycin phosphate inj</i>	2	[EDS]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
<i>clindamycin phosphate/dextrose inj</i>	2	[EDS]	<i>cefixime susp</i>	4	[EDS]
<i>clindamycin swab</i>	2	[EDS]	<i>cefoxitin sodium</i>	2	[EDS]
<i>clindamycin vaginal cream</i>	2	[EDS]	<i>cefepodoxime tabs</i>	2	[EDS]
<i>colistimethate inj</i>	4	[EDS]	<i>cefprozil</i>	2	[EDS]
<i>daptomycin inj</i>	5		<i>ceftazidime inj</i>	2	[EDS]
<i>fosfomycin pack</i>	4	[EDS]	<i>ceftriaxone inj</i>	2	[EDS]
<i>linezolid inj</i>	4	[EDS]	<i>cefuroxime oral</i>	2	[EDS]
<i>linezolid oral susp and tabs</i>	4	[EDS]	<i>cefuroxime inj</i>	2	[EDS]
<i>methenamine hippurate</i>	2	[EDS]	<i>cephalexin caps 250mg & 500mg</i>	1	[EDS]
<i>metronidazole inj</i>	2	[EDS]	<i>cephalexin oral susp</i>	1	[EDS]
<i>metronidazole oral</i>	2	[EDS]	<i>tazicef inj</i>	2	[EDS]
<i>metronidazole vaginal gel</i>	2	[EDS]	TEFLARO INJ	5	
<i>nitrofurantoin caps</i>	2	[EDS]	Beta-lactam, Penicillins		
SIVEXTRO TABS & INJ	5		<i>amoxicillin</i>	1	[EDS]
<i>tigecycline inj</i>	5		<i>amoxicillin & clavulanate potassium chew tabs 400-57mg</i>	2	[EDS]
<i>tinidazole tabs</i>	3	[EDS]	<i>amoxicillin & clavulanate potassium er</i>	2	[EDS]
<i>trimethoprim</i>	2	[EDS]	<i>amoxicillin & clavulanate potassium oral susp & tabs</i>	2	[EDS]
<i>vancomycin caps</i>	4	[EDS]	<i>ampicillin inj</i>	2	[EDS]
<i>vancomycin inj 500mg, 750mg, 1gm & 10gm</i>	3	[EDS]	<i>ampicillin oral</i>	2	[EDS]
<i>vancomycin oral soln 250mg/5ml</i>	4	[EDS]	<i>ampicillin & sulbactam inj 10-5gm, 2-1gm & 1-0.5gm</i>	2	[EDS]
<i>vandazole</i>	2	[EDS]	BICILLIN L-A INJ	4	[EDS]
Beta-lactam, Cephalosporins			<i>dicloxacillin sodium</i>	2	[EDS]
<i>cefaclor</i>	2	[EDS]	<i>nafcillin sodium inj</i>	4	[EDS]
<i>cefaclor er</i>	2	[EDS]	<i>penicillin g inj 5 million units & 20 million units</i>	2	[EDS]
<i>cefadroxil caps & tabs</i>	2	[EDS]	<i>penicillin v potassium</i>	2	[EDS]
<i>cefazolin inj</i>	2	[EDS]			
<i>cefdinir</i>	2	[EDS]			
<i>cefepime inj</i>	2	[EDS]			
<i>cefixime caps</i>	3	[EDS]			

[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 20

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>piperacillin/tazobactam inj</i>	3	[EDS]
ZOSYN INJ	4	[EDS]
Carbapenems		
<i>cilastatin/meropenem inj</i>	2	[EDS]
<i>ertapenem inj</i>	4	[EDS]
<i>meropenem inj</i>	3	[EDS]
Macrolides		
<i>azithromycin tabs & oral susp bottle</i>	2	[EDS]
<i>azithromycin inj</i>	2	[EDS]
<i>clarithromycin</i>	2	[EDS]
<i>clarithromycin er</i>	2	[EDS]
DIFICID	5	
ERYTHROCIN	4	[EDS]
LACTOBIONATE INJ		
<i>erythromycin caps & tabs</i>	4	[EDS]
<i>erythromycin dr</i>	4	[EDS]
Quinolones		
<i>ciprofloxacin in d5w inj</i>	2	[EDS]
<i>ciprofloxacin tabs immediate-release 250mg, 500mg & 750mg</i>	1	[EDS]
<i>levofloxacin in d5w inj</i>	2	[EDS]
<i>levofloxacin oral soln</i>	2	[EDS]
<i>levofloxacin tabs</i>	1	[EDS]
<i>moxifloxacin inj</i>	4	[EDS]
<i>moxifloxacin oral</i>	2	[EDS]
<i>ofloxacin oral</i>	2	[EDS]
Sulfonamides		
<i>sulfacetamide sodium topical lotion 10%</i>	2	[EDS]
<i>sulfadiazine tabs</i>	4	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>sulfamethoxazole & trimethoprim tabs</i>	1	[EDS]
<i>sulfamethoxazole & trimethoprim ds tabs</i>	1	[EDS]
<i>sulfamethoxazole & trimethoprim oral susp</i>	2	[EDS]
Tetracyclines		
<i>demeclocycline</i>	4	[EDS]
<i>doxy 100 inj</i>	2	[EDS]
<i>doxycycline hyclate immediate-release caps 50mg & 100mg</i>	2	[EDS]
<i>doxycycline hyclate immediate-release tabs 100mg</i>	2	[EDS]
<i>doxycycline monohydrate immediate-release tabs, caps & oral susp</i>	2	[EDS]
<i>minocycline ir</i>	2	[EDS]
<i>tetracycline</i>	3	[EDS]
ANTICONVULSANTS		
Anticonvulsants, Other		
BRIVIACT ORAL SOLN	4	[PA] [EDS]
BRIVIACT TABS	5	[PA]
EPIDIOLEX	5	[PA] [LD]
<i>felbamate tabs 400mg</i>	2	[EDS]
<i>felbamate tabs 600mg</i>	4	[EDS]
<i>felbamate oral susp 600mg/5ml</i>	5	
FINTEPLA	5	[PA]
FYCOMPA	4	[PA] [EDS]
<i>levetiracetam er</i>	2	[EDS]
<i>levetiracetam oral</i>	2	[EDS]
NAYZILAM	4	[PA] [EDS]
<i>roweepra 500mg</i>	2	[EDS]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
SPRITAM	4	[EDS]	<i>carbamazepine tabs, chewable tabs & oral susp</i>	2	[EDS]
<i>valproic acid oral caps & soln</i>	2	[EDS]	<i>carbamazepine er tabs & caps</i>	3	[EDS]
Calcium Channel Modifying Agents			DILANTIN CAPS	3	[EDS]
<i>ethosuximide</i>	2	[EDS]	DILANTIN INFATABS	3	[EDS]
<i>methsuximide</i>	4	[EDS]	DILANTIN SUSP	3	[EDS]
Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Modulating Agents			<i>epitol</i>	2	[EDS]
<i>clobazam</i>	4	[PA] [EDS]	<i>lacosamide oral</i>	4	[EDS]
<i>clonazepam</i>	3	[EDS]	<i>oxcarbazepine tabs</i>	2	[EDS]
<i>clonazepam odt</i>	4	[EDS]	<i>oxcarbazepine susp</i>	4	[EDS]
DIACOMIT	5	[PA]	<i>phenytek</i>	2	[EDS]
DIAZEPAM RECTAL GEL	4	[EDS]	<i>phenytoin oral susp & chewable tabs</i>	2	[EDS]
<i>divalproex sodium dr</i>	2	[EDS]	<i>phenytoin er</i>	2	[EDS]
<i>divalproex sodium er</i>	2	[EDS]	<i>rufinamide</i>	4	[PA] [EDS]
<i>gabapentin caps, ir tabs & oral soln</i>	2	[EDS]	TEGRETOL	3	[EDS]
LIBERVANT	4	[PA] [EDS]	TEGRETOL XR	3	[EDS]
<i>phenobarbital elixir & tabs</i>	2	[EDS]	TRILEPTAL	4	[EDS]
<i>pregabalin</i>	2	[EDS]	XCOPRI TABS	5	[PA]
<i>primidone tabs 50mg & 250mg</i>	2	[EDS]	XCOPRI MAINTENANCE PACK	5	[PA]
PRIMIDONE TABS 125MG	3	[EDS]	XCOPRI TITRATION PACK 12.5-25MG	4	[PA] [EDS]
SYMPAZAN 5MG	4	[PA] [EDS]	XCOPRI TITRATION PACK 50-100MG, & 150-200MG	5	[PA]
SYMPAZAN 10MG & 20MG	5	[PA]	ZONISADE	4	[EDS]
<i>tiagabine</i>	4	[EDS]	<i>zonisamide</i>	2	[EDS]
VALTOCO	4	[PA] [EDS]	ANTIDEMENTIA AGENTS		
<i>vigabatrin</i>	5	[LD]	Antidementia Agents, Other		
<i>vigadrone</i>	5	[LD]	<i>ergoloid mesylates</i>	3	[PA] [EDS]
VIGAFYDE	5		Cholinesterase Inhibitors		
<i>vigpoder</i>	5	[LD]	<i>donepezil tabs 5mg & 10mg</i>	2	[EDS]
ZTALMY SUSP	5	[LD]	<i>donepezil odt</i>	2	[EDS]
Sodium Channel Agents			<i>galantamine tabs</i>	2	[QL] [EDS]
APTIOM	5	[PA]	<i>galantamine er caps</i>	2	[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 20

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
<i>galantamine soln</i>	4	[QL] [EDS]	FETZIMA	4	[EDS]
<i>rivastigmine caps</i>	3	[QL] [EDS]	FETZIMA TITRATION PACK	4	[EDS]
<i>rivastigmine patches</i>	4	[QL] [EDS]	<i>fluoxetine hcl caps 10mg, 20mg & 40mg</i>	2	[EDS]
<i>N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonists</i>			<i>fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg</i>	2	[EDS]
<i>memantine hcl immediate release</i>	2	[EDS]	<i>fluoxetine hcl oral soln</i>	2	[EDS]
<i>memantine hcl soln</i>	4	[EDS]	<i>fluvoxamine</i>	2	[EDS]
<i>memantine hcl titration pack</i>	4	[EDS]	<i>nefazodone</i>	2	[EDS]
ANTIDEPRESSANTS			<i>paroxetine hcl ir tabs</i>	1	[EDS]
<i>Antidepressants, Other</i>			<i>paroxetine hcl er</i>	4	[EDS]
AUVELITY	5		<i>paroxetine hcl susp</i>	4	[EDS]
<i>bupropion hcl tabs</i>	2	[EDS]	<i>pmdd fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg</i>	2	[EDS]
<i>bupropion sr</i>	2	[EDS]	<i>sertraline tabs</i>	1	[EDS]
<i>bupropion xl 150mg & 300mg</i>	2	[EDS]	<i>sertraline oral soln</i>	2	[EDS]
<i>bupropion xl 450mg</i>	3	[EDS]	<i>trazodone</i>	1	[EDS]
<i>mirtazapine</i>	1	[EDS]	TRINTELLIX	4	[EDS]
<i>mirtazapine odt</i>	1	[EDS]	<i>venlafaxine ir tabs</i>	2	[EDS]
<i>perphenazine & amitriptyline</i>	4	[PA] [EDS]	<i>venlafaxine hcl er caps</i>	2	[EDS]
ZURZUVAE	5	[PA]	<i>vilazodone</i>	3	[EDS]
<i>Monoamine Oxidase Inhibitors</i>			<i>Tricyclics</i>		
EMSAM	5		<i>amitriptyline</i>	4	[PA] [EDS]
MARPLAN	4	[EDS]	<i>amoxapine</i>	3	[EDS]
<i>phenelzine</i>	2	[EDS]	<i>clomipramine</i>	4	[PA] [EDS]
<i>tranylcypromine</i>	4	[EDS]	<i>desipramine</i>	4	[PA] [EDS]
<i>SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin & Norepinephrine Reuptake Inhibitors)</i>			<i>doxepin caps</i>	4	[PA] [EDS]
<i>citalopram tabs</i>	1	[EDS]	<i>doxepin oral soln</i>	4	[PA] [EDS]
<i>citalopram oral soln</i>	2	[EDS]	<i>imipramine hcl tabs</i>	4	[PA] [EDS]
DESVENLAFAXINE ER	4	[EDS]	<i>nortriptyline</i>	4	[EDS]
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	3	[EDS]	<i>protriptyline</i>	3	[EDS]
DRIZALMA SPRINKLE	4	[EDS]	<i>trimipramine maleate</i>	2	[EDS]
<i>escitalopram</i>	2	[EDS]	ANTIEMETICS		
			<i>Antiemetics, Other</i>		
			<i>compro</i>	4	[EDS]
			<i>meclizine</i>	2	[EDS]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
<i>prochlorperazine oral</i>	2	[EDS]	<i>fluconazole in sodium chloride inj</i>	2	[EDS]
<i>prochlorperazine supp</i>	4	[EDS]	<i>fluconazole oral</i>	2	[EDS]
<i>promethazine supp</i>	3	[EDS]	<i>flucytosine</i>	5	
<i>promethazine syrup</i>	2	[EDS]	<i>griseofulvin microsize</i>	4	[EDS]
<i>promethazine tabs</i>	2	[EDS]	<i>itraconazole</i>	4	[EDS]
<i>promethegan supp</i>	4	[EDS]	<i>ketoconazole cream, shampoo & tabs</i>	2	[EDS]
<i>scopolamine patch</i>	3	[EDS]	<i>nyamyc</i>	2	[EDS]
Emetogenic Therapy Adjuncts			<i>nystatin</i>	2	[EDS]
<i>aprepitant caps 80mg & 125mg</i>	4	[PA] [EDS]	<i>nystop</i>	2	[EDS]
<i>aprepitant pack</i>	4	[PA] [EDS]	<i>posaconazole dr tabs</i>	5	[PA]
<i>dronabinol</i>	4	[PA] [EDS]	<i>posaconazole suspension</i>	4	[PA] [EDS]
<i>granisetron oral</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]	<i>terbinafine</i>	2	[EDS]
<i>ondansetron odt</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]	<i>terconazole</i>	2	[EDS]
<i>ondansetron oral soln</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]	<i>voriconazole inj</i>	5	[PA]
<i>ondansetron tabs 4mg & 8mg</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]	<i>voriconazole oral suspension</i>	5	
ANTIFUNGALS			<i>voriconazole tabs</i>	4	[EDS]
Antifungals			ANTIGOUT AGENTS		
ABELCET INJ	4	[PA] [B vs D] [EDS]	Antigout Agents		
AMBISOME INJ	5	[PA] [B vs D]	<i>allopurinol tabs 100mg & 300mg</i>	1	[EDS]
<i>amphotericin b inj</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]	<i>colchicine tabs</i>	3	[QL] [EDS]
<i>amphotericin b liposome inj</i>	5	[PA] [B vs D]	<i>febuxostat</i>	3	[EDS]
<i>caspofungin inj</i>	4	[EDS]	<i>probenecid</i>	2	[EDS]
<i>clotrimazole cream 1%</i>	2	[EDS]	<i>probenecid & colchicine</i>	2	[EDS]
<i>clotrimazole topical soln 1%</i>	2	[EDS]	ANTIMIGRAINE AGENTS		
<i>clotrimazole troche</i>	2	[EDS]	Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists		
<i>econazole nitrate</i>	4	[EDS]	AIMOVI INJ	3	[PA] [EDS]
			EMGALITY INJ	3	[PA] [EDS]
			NURTEC ODT	3	[PA] [EDS]
			UBRELVY	3	[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 20

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Ergot Alkaloids		
<i>caffeine-ergotamine</i>	3	[EDS]
<i>dihydroergotamine mesylate nasal</i>	5	[PA] [QL]
Prophylactic		
EPRONTIA	4	[EDS]
<i>timolol oral</i>	1	[EDS]
<i>topiramate immediate-release</i>	2	[EDS]
Serotonin (5-HT) Receptor Agonist		
<i>naratriptan</i>	2	[QL] [EDS]
<i>rizatriptan</i>	2	[EDS]
<i>rizatriptan odt</i>	2	[EDS]
<i>sumatriptan nasal</i>	4	[EDS]
<i>sumatriptan succinate inj</i>	4	[EDS]
<i>sumatriptan succinate tabs</i>	2	[EDS]
<i>zolmitriptan tabs</i>	3	[QL] [EDS]
<i>zolmitriptan odt</i>	3	[QL] [EDS]
ANTIMYASTHENIC AGENTS		
Parasympathomimetics		
<i>pyridostigmine soln</i>	4	[EDS]
<i>pyridostigmine tabs 60mg</i>	3	[EDS]
<i>pyridostigmine er tabs 180mg</i>	4	[EDS]
ANTIMYCOBACTERIALS		
Antimycobacterials, Other		
<i>dapsone tabs</i>	3	[EDS]
<i>rifabutin</i>	4	[EDS]
Antituberculars		
<i>ethambutol</i>	2	[EDS]
<i>isoniazid</i>	2	[EDS]
PRIFTIN	4	[EDS]
<i>pyrazinamide</i>	4	[EDS]
<i>rifampin oral and inj</i>	2	[EDS]
SIRTURO	5	
TRECTOR	4	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
ANTINEOPLASTICS		
Alkylating Agents		
<i>cyclophosphamide</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]
GLEOSTINE	4	[EDS]
MATULANE	5	
VALCHLOR	5	[PA]
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate</i>	5	[PA]
<i>bicalutamide</i>	2	[EDS]
ERLEADA	5	[PA]
<i>nilutamide</i>	5	
NUBEQA	5	[PA] [LD]
XTANDI	5	[PA]
YONSA	5	[PA]
Antiangiogenic Agents		
<i>lenalidomide</i>	5	[PA] [LD]
POMALYST	5	[PA] [LD]
REVLIMID	5	[PA] [LD]
THALOMID	5	[PA]
Antiestrogens/Modifiers		
ORSERDU TABS	5	[PA]
SOLTAMOX	5	
<i>tamoxifen</i>	2	[EDS]
<i>toremifene citrate</i>	5	
Antimetabolites		
<i>hydroxyurea</i>	2	[EDS]
<i>mercaptopurine</i>	2	[EDS]
PURIXAN	5	
Antineoplastics, Other		
AKEEGA	5	[PA] [LD]
INREBIC	5	[PA] [LD]
IWILFIN	5	[PA] [LD]
LONSURF	5	[PA]
LYSODREN	5	
OGSIVEO	5	[PA]
ONUREG	5	[PA]
VONJO	5	[PA]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
<i>Aromatase Inhibitors, 3rd Generation</i>			INLYTA	5	[PA]
<i>anastrozole</i>	2	[EDS]	INQOVI	5	[PA]
<i>exemestane</i>	3	[EDS]	JAKAFI	5	[PA]
<i>letrozole</i>	2	[EDS]	JAYPIRCA TABS	5	[PA]
<i>Molecular Target Inhibitors</i>			KISQALI	5	[PA]
ALECENSA	5	[PA]	KISQALI FEMARA CO-PACK	5	[PA]
ALUNBRIG	5	[PA]	KOSELUGO	5	[PA]
ALUNBRIG INITIATION PACK	5	[PA]	KRAZATI	5	[PA]
AUGTYRO	5	[PA]	<i>lapatinib</i>	5	[PA]
AYVAKIT	5	[PA] [LD]	LENVIMA	5	[PA]
BALVERSA	5	[PA]	LORBRENA	5	[PA]
BOSULIF	5	[PA]	LUMAKRAS	5	[PA]
BRAFTOVI	5	[PA] [LD]	LYNPARZA	5	[PA]
BRUKINSA	5	[PA] [LD]	LYTGOBI TABS	5	[PA] [LD]
CABOMETYX	5	[PA]	MEKINIST	5	[PA]
CALQUENCE	5	[PA] [LD]	MEKTOVI	5	[PA] [LD]
CAPRELSA	5	[PA]	NERLYNX	5	[PA] [LD]
COMETRIQ	5	[PA]	NINLARO	5	[PA]
COPIKTRA	5	[PA] [LD]	ODOMZO	5	[PA]
COTELLIC	5	[PA]	OJEMDA	5	[PA]
DAURISMO	5	[PA]	OJJAARA	5	[PA]
ERIVEDGE	5	[PA]	<i>pazopanib</i>	5	[PA]
<i>erlotinib</i>	5	[PA]	PEMAZYRE	5	[PA] [LD]
<i>everolimus tabs 2.5mg, 5mg, 7.5mg & 10mg</i>	5	[PA]	PIQRAY	5	[PA]
<i>everolimus tabs for suspension 2mg, 3mg & 5mg</i>	5	[PA]	QINLOCK	5	[PA] [LD]
FOTIVDA	5	[PA] [LD]	RETEVMO	5	[PA] [LD]
FRUZAQLA	5	[PA]	REZLIDHIA CAPS	5	[PA]
GAVRETO	5	[PA] [LD]	ROZLYTREK	5	[PA]
<i>gefitinib</i>	5	[PA]	RUBRACA	5	[PA] [LD]
GILOTRIF	5	[PA]	RYDAPT	5	[PA]
IBRANCE	5	[PA]	SCEMBLIX	5	[PA]
ICLUSIG	5	[PA]	<i>sorafenib</i>	5	[PA]
IDHIFA	5	[PA] [LD]	SPRYCEL	5	[PA]
<i>imatinib</i>	5	[PA]	STIVARGA	5	[PA]
IMBRUVICA	5	[PA]	<i>sunitinib malate</i>	5	[PA]
			TABRECTA	5	[PA]
			TAFINLAR	5	[PA]
			TAGRISSO	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 20

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
TALZENNA	5	[PA]	Antiprotozoals		
TASIGNA	5	[PA]	<i>atovaquone susp</i>	4	[EDS]
TAZVERIK	5	[PA] [LD]	<i>atovaquone/proguanil</i>	2	[EDS]
TEPMETKO	5	[PA] [LD]	<i>chloroquine</i>	2	[EDS]
TIBSOVO	5	[PA]	COARTEM	3	[EDS]
<i>torpenz</i>	5	[PA]	<i>hydroxychloroquine tab 200mg</i>	2	[EDS]
TRUQAP	5	[PA]	<i>mefloquine</i>	2	[EDS]
TUKYSA	5	[PA] [LD]	NEBUPENT	4	[PA] [B vs D]
TURALIO	5	[PA] [LD]	NEBULIZER		[EDS]
VANFLYTA	5	[PA]	<i>nitazoxanide</i>	5	
VENCLEXTA TABS 10MG & 50MG	3	[PA] [EDS]	<i>pentamidine inhalation soln</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]
VENCLEXTA TABS 100MG	5	[PA]	<i>pentamidine inj</i>	4	[EDS]
VENCLEXTA STARTING PACK	5	[PA]	PRIMAQUINE	3	[EDS]
VERZENIO	5	[PA] [LD]	<i>pyrimethamine</i>	5	[PA]
VITRAKVI	5	[PA] [LD]	<i>quinine sulfate caps</i>	3	[PA] [EDS]
VIZIMPRO	5	[PA]	ANTIPARKINSON AGENTS		
XALKORI	5	[PA]	Anticholinergics		
XOSPATA	5	[PA] [LD]	<i>benztropine tabs</i>	4	[PA] [EDS]
XPOVIO	5	[PA] [LD]	<i>trihexyphenidyl elixir & tabs</i>	3	[EDS]
ZEJULA TABS	5	[PA] [LD]	Antiparkinson Agents, Other		
ZELBORAF	5	[PA]	<i>carbidopa & levodopa & entacapone</i>	4	[EDS]
ZOLINZA	5	[PA]	<i>entacapone</i>	4	[EDS]
ZYDELIG	5	[PA]	Dopamine Agonists		
ZYKADIA TABS	5	[PA]	<i>apomorphine hydrochloride inj</i>	5	[PA]
Retinoids			<i>bromocriptine</i>	2	[EDS]
<i>bexarotene</i>	5	[PA]	NEUPRO PATCH	4	[QL] [EDS]
PANRETIN	5		<i>pramipexole ir</i>	2	[EDS]
<i>tretinoin caps</i>	5		<i>ropinirole ir</i>	2	[EDS]
Treatment Adjuncts			Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
<i>leucovorin oral</i>	2	[EDS]	<i>carbidopa</i>	4	[EDS]
MESNEX TABS	4	[EDS]	<i>carbidopa & levodopa ir, er, odt</i>	2	[EDS]
ANTIPARASITICS					
Anthelmintics					
<i>albendazole</i>	4	[EDS]			
<i>ivermectin tabs</i>	2	[EDS]			
<i>praziquantel tabs</i>	4	[EDS]			

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors			FANAPT TITRATION PACK	4	[PA] [EDS]
<i>rasagiline</i>	4	[EDS]	INVEGA HAFYERA INJ	5	
<i>selegiline</i>	2	[EDS]	INVEGA SUSTENNA INJ 39MG	4	[EDS]
ANTIPSYCHOTICS			INVEGA SUSTENNA INJ 78MG, 117MG, 156MG & 234MG	5	
1st Generation/Typical			INVEGA TRINZA INJ	5	
<i>chlorpromazine oral</i>	4	[PA] [EDS]	<i>lurasidone hcl tabs</i>	4	[EDS]
<i>fluphenazine oral</i>	4	[EDS]	NUPLAZID	5	[PA]
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	4	[EDS]	<i>olanzapine inj & tabs</i>	2	[EDS]
<i>fluphenazine inj</i>	4	[EDS]	<i>olanzapine odt</i>	4	[EDS]
<i>haloperidol oral</i>	2	[EDS]	<i>paliperidone er tabs</i>	4	[EDS]
<i>haloperidol decanoate inj</i>	2	[EDS]	<i>quetiapine fumarate 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg & 400mg tabs</i>	2	[EDS]
<i>haloperidol lactate inj</i>	2	[EDS]	<i>quetiapine er tabs</i>	3	[EDS]
<i>loxapine</i>	2	[EDS]	REXULTI	5	
<i>molindone</i>	2	[EDS]	<i>risperidone</i>	2	[EDS]
<i>perphenazine</i>	4	[EDS]	<i>risperidone er inj 12.5mg & 25mg</i>	4	[EDS]
<i>pimozide</i>	2	[EDS]	<i>risperidone er inj 37.5mg & 50mg</i>	5	
<i>thioridazine</i>	2	[EDS]	<i>risperidone odt</i>	2	[EDS]
<i>thiothixene</i>	2	[EDS]	SECUADO	5	[PA]
<i>trifluoperazine</i>	2	[EDS]	UZEDY INJ	5	
2nd Generation/Atypical			VRAYLAR	4	[EDS]
ABILIFY ASIMTUFII INJ	5		<i>ziprasidone inj</i>	3	[EDS]
ABILIFY MAINTENA INJ	5		<i>ziprasidone oral</i>	2	[EDS]
<i>aripiprazole odt 10mg</i>	5	[EDS]	ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	4	[EDS]
<i>aripiprazole odt 15mg</i>	4	[EDS]	Treatment-Resistant		
<i>aripiprazole soln</i>	3	[EDS]	<i>clozapine</i>	3	[EDS]
<i>aripiprazole tabs</i>	3	[EDS]	<i>clozapine odt</i>	4	[EDS]
ARISTADA INJ	5		VERSACLOZ	5	
ARISTADA INITIO INJ	4	[EDS]			
<i>asenapine maleate sublingual</i>	4	[EDS]			
CAPLYTA	5	[PA]			
FANAPT	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 20

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
GENVOYA	5	
ISENTRESS CHEW TABS 25MG	3	[EDS]
ISENTRESS 100MG CHEW TABS	5	
ISENTRESS ORAL POWDER	5	
ISENTRESS TABS	5	
ISENTRESS HD TABS	5	
JULUCA	5	
STRIBILD	5	
TIVICAY TAB 10MG	4	[EDS]
TIVICAY TABS 25MG & 50MG	5	
TIVICAY PD	4	[EDS]
<i>Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)</i>		
COMPLERA	5	
DELSTRIGO	5	
EDURANT	5	
<i>efavirenz tabs</i>	4	[EDS]
<i>efavirenz & emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs</i>	5	
<i>efavirenz & lamivudine & tenofovir disoproxil fumarate tabs</i>	5	
<i>etravirine tabs 100mg</i>	4	[EDS]
<i>etravirine tabs 200mg</i>	5	
INTELENCE TAB 25MG	4	[EDS]
<i>nevirapine er & susp</i>	4	[EDS]
<i>nevirapine tabs</i>	2	[EDS]
PIFELTRO	5	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)			SELZENTRY 25MG & 75MG	3	[EDS]
<i>abacavir soln & tabs</i>	4	[EDS]	SUNLENCA	5	
<i>abacavir & lamivudine</i>	4	[EDS]	TYBOST	3	[EDS]
CIMDUO	5		Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)		
DESCOVY	5		APTIVUS CAPS	5	
<i>emtricitabine caps 200mg</i>	4	[EDS]	<i>atazanavir sulfate caps</i>	4	[EDS]
<i>emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg-300mg</i>	4	[EDS]	<i>darunavir tab 600mg</i>	4	[EDS]
<i>emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg-150mg, 133mcg-200mg & 167mg-250mg</i>	5		<i>darunavir tab 800mg</i>	5	
EMTRIVA SOLN	4	[EDS]	EVOTAZ	5	
<i>lamivudine tabs 150mg & 300mg</i>	3	[EDS]	<i>fosamprenavir tabs</i>	5	
<i>lamivudine soln</i>	2	[EDS]	<i>lopinavir & ritonavir</i>	4	[EDS]
<i>lamivudine & zidovudine</i>	3	[EDS]	NORVIR POWDER	3	[EDS]
ODEFSEY	5		PREZCOBIX	5	
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	[EDS]	PREZISTA SUSP 100MG/ML	4	[EDS]
TRIUMEQ	5		PREZISTA TABS 75MG & 150MG	4	[EDS]
TRIUMEQ PD	4	[EDS]	REYATAZ ORAL POWDER	5	
VIREAD TABS 150MG, 200MG & 250MG	5		<i>ritonavir tabs</i>	3	[EDS]
VIREAD POWDER	4	[EDS]	SYMTUZA	5	
<i>zidovudine</i>	2	[EDS]	VIRACEPT	5	
Anti-HIV Agents, Other			Anti-influenza Agents		
FUZEON INJ	4	[EDS]	<i>amantadine</i>	2	[EDS]
<i>maraviroc</i>	5		<i>oseltamivir caps</i>	2	[EDS]
RUKOBIA	5		<i>oseltamivir susp</i>	3	[EDS]
SELZENTRY SOLN	3	[EDS]	RELENZA DISKHALER	3	[EDS]
			<i>rimantadine</i>	2	[EDS]
			XOFLUZA	4	[EDS]
			Antiviral, Coronavirus Agents		
			PAXLOVID	3	[EDS]
			ANXIOLYTICS		
			Anxiolytics, Other		
			<i>bupirone</i>	2	[EDS]
			<i>meprobamate</i>	4	[EDS]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 20

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
Benzodiazepines			<i>metformin er uncoated tabs 500mg & 750mg</i>	1	[EDS]
<i>alprazolam ir tabs</i>	2	[QL] [EDS]	MOUNJARO INJ	3	[PA] [QL] [EDS]
<i>clorazepate</i>	4	[EDS]	<i>nateglinide</i>	2	[EDS]
<i>diazepam soln</i>	4	[PA] [EDS]	OZEMPIC INJ	3	[PA] [QL] [EDS]
<i>diazepam tabs</i>	3	[PA] [EDS]	<i>pioglitazone</i>	1	[EDS]
<i>lorazepam soln</i>	3	[EDS]	<i>pioglitazone & metformin</i>	2	[EDS]
<i>lorazepam tabs</i>	2	[EDS]	<i>repaglinide</i>	2	[EDS]
BIPOLAR AGENTS			RYBELSUS	3	[PA] [QL] [EDS]
Mood Stabilizers			SOLIQUA INJ	3	[EDS]
<i>lamotrigine odt</i>	4	[EDS]	SYMLINPEN INJ	5	
<i>lamotrigine chewable tabs</i>	2	[EDS]	SYNJARDY	3	[QL] [EDS]
<i>lamotrigine immediate-release tabs</i>	2	[EDS]	SYNJARDY XR	3	[QL] [EDS]
<i>lithium carbonate</i>	2	[EDS]	TRADJENTA	3	[QL] [EDS]
<i>lithium carbonate er</i>	2	[EDS]	TRIJARDY XR	3	[QL] [EDS]
<i>lithium oral soln</i>	2	[EDS]	TRULICITY INJ	3	[PA] [QL] [EDS]
<i>subvenite tabs</i>	2	[EDS]	XIGDUO XR	3	[QL] [EDS]
BLOOD GLUCOSE REGULATORS			Glycemic Agents		
Antidiabetic Agents			<i>diazoxide</i>	5	
<i>acarbose</i>	2	[EDS]	GLUCAGON EMERGENCY KIT INJ	3	[EDS]
BYDUREON BCISE INJ	3	[PA] [QL] [EDS]	GVOKE INJ	3	[EDS]
<i>glimepiride</i>	1	[EDS]	ZEGALOGUE INJ	3	[EDS]
<i>glimepiride & pioglitazone</i>	2	[QL] [EDS]	Insulins		
<i>glipizide er</i>	1	[EDS]	HUMALOG CARTRIDGE INJ	3	[EDS]
<i>glipizide tabs 5mg & 10mg</i>	1	[EDS]	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ	3	[EDS]
<i>glipizide & metformin tabs</i>	1	[EDS]	HUMALOG KWIKPEN INJ	3	[EDS]
GLYXAMBI	3	[QL] [EDS]	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ	3	[EDS]
JANUMET	3	[QL] [EDS]	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ	3	[EDS]
JANUMET XR	3	[QL] [EDS]	HUMALOG MIX 75/25 VIAL INJ	3	[EDS]
JANUVIA	3	[QL] [EDS]	HUMALOG VIAL INJ	3	[EDS]
JENTADUETO	3	[QL] [EDS]			
JENTADUETO XR	3	[QL] [EDS]			
<i>metformin tabs</i>	1	[EDS]			

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ	3	[EDS]	<i>fondaparinux inj 7.5mg/0.6ml & 10mg/0.8ml</i>	5	
HUMULIN 70/30 VIAL INJ	3	[EDS]	<i>heparin inj vials 1000u/ml, 5000u/ml, 10000u/ml & 20000u/ml</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
HUMULIN N KWIKPEN INJ	3	[EDS]	<i>jantoven</i>	1	[EDS]
HUMULIN N VIAL INJ	3	[EDS]	<i>warfarin</i>	1	[EDS]
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) KWIKPEN INJ	3	[EDS]	XARELTO ORAL SUSP & TABS	3	[QL] [EDS]
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) VIAL INJ	3	[EDS]	XARELTO STARTER PACK	3	[QL] [EDS]
HUMULIN R VIAL INJ	3	[EDS]	<i>Blood Products and Modifiers, Other</i>		
INSULIN LISPRO VIAL INJ	3	[EDS]	<i>anagrelide</i>	2	[EDS]
LANTUS SOLOSTAR PEN INJ	3	[EDS]	NIVESTYM INJ	5	[PA]
LANTUS VIAL INJ	3	[EDS]	PROCRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML & 10000UNIT/ML	3	[PA] [EDS]
LYUMJEV VIAL INJ	3	[EDS]	PROCRIT INJ 20000UNIT/ML & 40000UNIT/ML	5	[PA]
LYUMJEV KWIKPEN INJ	3	[EDS]	PROMACTA	5	[PA] [QL] [LD]
TOUJEO SOLOSTAR INJ	3	[EDS]	RELEUKO INJ	4	[PA]
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJ	3	[EDS]	RETACRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000UNIT/2ML & 20000UNIT/ML	3	[PA] [EDS]
TRESIBA VIAL INJ	3	[EDS]	RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	5	[PA]
TRESIBA FLEXTOUCH INJ	3	[EDS]	UDENYCA INJ	5	[PA]
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS					
<i>Anticoagulants</i>					
<i>dabigatran etexilate</i>	4	[QL] [EDS]			
ELIQUIS STARTER PACK & TABS	3	[QL] [EDS]			
<i>enoxaparin inj syringe</i>	4	[EDS]			
<i>fondaparinux inj 2.5mg/0.5ml & 5mg/0.4ml</i>	4	[EDS]			

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 20

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Hemostasis Agents		
<i>tranexamic acid tabs</i>	3	[EDS]
Platelet Modifying Agents		
BRILINTA	3	[EDS]
<i>cilostazol</i>	2	[EDS]
<i>clopidogrel tabs 75mg</i>	1	[EDS]
<i>dipyridamole er & aspirin</i>	4	[EDS]
<i>dipyridamole oral</i>	2	[EDS]
<i>prasugrel</i>	2	[EDS]
CARDIOVASCULAR AGENTS		
Alpha-adrenergic Agonists		
<i>clonidine patches</i>	4	[EDS]
<i>clonidine tabs immediate-release</i>	1	[EDS]
<i>droxidopa</i>	5	[PA]
<i>guanfacine ir</i>	2	[EDS]
<i>midodrine tabs</i>	3	[EDS]
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
<i>benazepril</i>	1	[EDS]
<i>captopril</i>	1	[EDS]
<i>enalapril tabs</i>	1	[EDS]
<i>fosinopril</i>	1	[EDS]
<i>lisinopril</i>	1	[EDS]
<i>moexipril</i>	1	[EDS]
<i>perindopril</i>	1	[EDS]
<i>quinapril</i>	1	[EDS]
<i>ramipril</i>	1	[EDS]
<i>trandolapril</i>	1	[EDS]
Angiotensin II Receptor Antagonists		
<i>candesartan</i>	2	[EDS]
<i>irbesartan</i>	1	[EDS]
<i>losartan</i>	1	[EDS]
<i>olmesartan</i>	2	[EDS]
<i>telmisartan</i>	2	[EDS]
<i>valsartan tabs</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Antiarrhythmics		
<i>amiodarone tabs</i>	2	[EDS]
<i>digoxin oral soln</i>	2	[EDS]
<i>digoxin tabs 125mcg & 250mcg</i>	2	[EDS]
<i>disopyramide phosphate</i>	4	[EDS]
<i>dofetilide</i>	4	[EDS]
<i>flecainide acetate</i>	2	[EDS]
LANOXIN ORAL	3	[EDS]
<i>mexiletine</i>	2	[EDS]
MULTAQ	3	[EDS]
<i>pacerone tabs</i>	2	[EDS]
<i>propafenone tabs</i>	2	[EDS]
<i>quinidine gluconate cr</i>	4	[EDS]
<i>quinidine sulfate</i>	2	[EDS]
<i>sorine</i>	2	[EDS]
<i>sotalol tabs</i>	2	[EDS]
Beta-adrenergic Blocking Agents		
<i>acebutolol</i>	2	[EDS]
<i>atenolol</i>	1	[EDS]
<i>bisoprolol</i>	2	[EDS]
<i>carvedilol</i>	1	[EDS]
<i>labetalol oral</i>	2	[EDS]
<i>metoprolol succinate er</i>	2	[EDS]
<i>metoprolol tartrate tabs 25mg, 50mg & 100mg</i>	1	[EDS]
<i>nadolol</i>	2	[EDS]
<i>nebivolol hcl</i>	2	[EDS]
<i>pindolol</i>	2	[EDS]
<i>propranolol ir tabs</i>	1	[EDS]
<i>propranolol er caps</i>	2	[EDS]
<i>propranolol oral soln</i>	2	[EDS]
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
<i>amlodipine</i>	1	[EDS]
<i>felodipine er</i>	2	[EDS]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
<i>isradipine</i>	2	[EDS]	<i>ivabradine</i>	4	[PA] [EDS]
<i>nicardipine caps</i>	2	[EDS]	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>nifedipine caps</i>	2	[EDS]	<i>losartan hct</i>	1	[EDS]
<i>nifedipine er</i>	2	[EDS]	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide</i>	2	[EDS]
<i>nimodipine</i>	4	[EDS]	<i>metyrosine caps</i>	5	[PA]
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines			<i>olmesartan & amlodipine</i>	2	[EDS]
<i>cartia xt</i>	2	[EDS]	<i>olmesartan hct</i>	2	[EDS]
<i>diltiazem tabs</i>	2	[EDS]	<i>olmesartan medoxomil & amlodipine & hydrochlorothiazide tabs</i>	2	[EDS]
<i>diltiazem er caps</i>	2	[EDS]	<i>pentoxifylline er</i>	2	[EDS]
<i>dilt-xr</i>	2	[EDS]	<i>ranolazine er</i>	3	[EDS]
<i>tiadylt er</i>	2	[EDS]	<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>verapamil ir</i>	1	[EDS]	<i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>verapamil er</i>	2	[EDS]	<i>valsartan & amlodipine</i>	1	[EDS]
<i>verapamil sr</i>	2	[EDS]	<i>valsartan hct</i>	1	[EDS]
Cardiovascular Agents, Other			Diuretics, Loop		
<i>aliskiren</i>	3	[EDS]	<i>bumetanide inj</i>	2	[EDS]
<i>amiloride & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]	<i>bumetanide tabs</i>	2	[EDS]
<i>amlodipine & atorvastatin</i>	2	[EDS]	<i>furosemide oral</i>	1	[EDS]
<i>amlodipine & benazepril</i>	1	[EDS]	<i>furosemide inj</i>	2	[EDS]
<i>amlodipine & valsartan & hydrochlorothiazide tabs</i>	2	[EDS]	<i>toremide</i>	2	[EDS]
<i>atenolol & chlorthalidone</i>	1	[EDS]	Diuretics, Potassium-sparing		
<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]	<i>amiloride</i>	2	[EDS]
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide</i>	2	[EDS]	Diuretics, Thiazide		
CORLANOR TABS	4	[PA] [EDS]	<i>chlorthalidone</i>	1	[EDS]
<i>enalapril & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]	<i>hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
ENTRESTO TABS	3	[QL] [EDS]	<i>indapamide</i>	1	[EDS]
<i>fosinopril & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]	<i>metolazone</i>	2	[EDS]
<i>irbesartan hct</i>	1	[EDS]	Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
			<i>fenofibrate caps 43mg & 130mg</i>	2	[EDS]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 20

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>fenofibrate micronized caps 67mg, 134mg & 200mg</i>	2	[EDS]
<i>fenofibrate tabs 48mg, 54mg, 145mg & 160mg</i>	2	[EDS]
<i>fenofibric acid dr caps</i>	3	[EDS]
<i>gemfibrozil</i>	2	[EDS]
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors		
<i>atorvastatin</i>	1	[EDS]
<i>lovastatin</i>	1	[EDS]
<i>pravastatin</i>	1	[EDS]
<i>rosuvastatin</i>	1	[EDS]
<i>simvastatin</i>	1	[EDS]
Dyslipidemics, Other		
<i>cholestyramine</i>	2	[EDS]
<i>cholestyramine light</i>	2	[EDS]
<i>colesevelam</i>	4	[EDS]
<i>colestipol pack</i>	2	[EDS]
<i>colestipol tabs</i>	2	[EDS]
<i>ezetimibe</i>	2	[EDS]
<i>ezetimibe & simvastatin</i>	3	[EDS]
<i>icosapent ethyl</i>	4	[EDS]
<i>niacin er tabs</i>	3	[QL] [EDS]
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	2	[EDS]
<i>prevalite</i>	2	[EDS]
REPATHA INJ	3	[PA] [EDS]
VASCEPA CAPS	4	[EDS]
Mineralocorticoid Receptor Antagonists		
<i>epplerenone</i>	3	[EDS]
KERENDIA	3	[PA] [EDS]
<i>spironolactone tabs</i>	1	[EDS]
Sodium-Glucose Co-Transporter 2 Inhibitors (SGLT2i)		
FARXIGA	3	[QL] [EDS]
JARDIANCE	3	[QL] [EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
<i>hydralazine oral</i>	2	[EDS]
<i>minoxidil</i>	2	[EDS]
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
<i>isosorbide dinitrate tabs 5mg, 10mg, 20mg & 30mg</i>	2	[EDS]
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	[EDS]
<i>isosorbide mononitrate er</i>	2	[EDS]
<i>nitro-bid oint</i>	2	[EDS]
<i>nitroglycerin lingual</i>	2	[EDS]
<i>nitroglycerin patches</i>	2	[EDS]
<i>nitroglycerin sublingual</i>	2	[EDS]
VERQUVO	4	[PA] [EDS]
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines		
<i>amphetamine & dextroamphetamine tabs</i>	2	[QL] [EDS]
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 5mg & 10mg</i>	3	[QL] [EDS]
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	4	[QL] [EDS]
<i>zenzedi tabs 5mg & 10mg</i>	3	[QL] [EDS]
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>atomoxetine</i>	3	[EDS]
<i>clonidine er 0.1mg</i>	2	[EDS]
<i>dexmethylphenidate ir tabs</i>	2	[EDS]
<i>methylphenidate er tabs 10mg & 20mg</i>	3	[EDS]
<i>methylphenidate ir tabs 5mg, 10mg & 20mg</i>	2	[EDS]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
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]
NUDEXTA	5	[PA]
<i>riluzole</i>	3	[EDS]
<i>tetrabenazine</i>	5	[PA] [QL]
Fibromyalgia Agents		
<i>duloxetine hcl</i>	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]
<i>dalfampridine er</i>	3	[PA] [EDS]
<i>dimethyl fumarate caps</i>	5	[PA]
<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	5	[PA]
<i>fingolimod hcl</i>	5	[PA]
<i>glatiramer acetate inj</i>	5	[PA]
<i>glatopa inj</i>	5	[PA]
<i>teriflunomide tabs</i>	5	[PA]
VUMERITY	5	[PA]
DENTAL AND ORAL AGENTS		
Dental and Oral Agents		
<i>cevimeline</i>	3	[EDS]
<i>chlorhexidine gluconate</i>	2	[EDS]

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

[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 20

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

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
Topical Anti-infectives			<i>potassium chloride pack 20meq</i>	4	[EDS]
<i>acyclovir cream & oint 5%</i>	4	[QL] [EDS]	<i>potassium chloride er & cr</i>	2	[EDS]
<i>ciclopirox cream, gel, nail soln, shampoo & susp</i>	2	[EDS]	<i>potassium chloride & dextrose 20mEq/5% inj</i>	2	[EDS]
<i>clindamycin gel 1%</i>	3	[EDS]	<i>potassium chloride & dextrose & lactated ringers inj</i>	2	[EDS]
<i>clindamycin lotion & soln</i>	2	[EDS]	<i>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%</i>	2	[EDS]
<i>erythromycin topical gel & soln</i>	2	[EDS]	<i>potassium citrate er</i>	2	[EDS]
<i>mupirocin ointment</i>	2	[EDS]	PROSOL INJ	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>mupirocin cream</i>	4	[QL] [EDS]	<i>sodium chloride inj</i>	2	[EDS]
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS			TPN ELECTROLYTES INJ	3	[EDS]
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers			TRAVASOL INJ	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>deferasirox granule pack, tabs & tabs for soln</i>	3	[PA] [EDS]	Potassium Binders		
<i>deferiprone</i>	5	[PA]	<i>kionex susp</i>	2	[EDS]
<i>penicillamine tabs</i>	5		LOKELMA	3	[EDS]
<i>trientine cap 250mg</i>	5		<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	2	[EDS]
Electrolyte/Mineral Replacement			<i>sps suspension</i>	2	[EDS]
<i>carglumic acid</i>	5	[PA]	VELTASSA	3	[EDS]
CLINISOL SF INJ	4	[PA] [B vs D] [EDS]	Vitamins		
<i>dextrose inj</i>	2	[EDS]	<i>prenatal multi-vitamin</i>	2	[EDS]
<i>dextrose (10%, 5% or 2.5%) & sodium chloride inj</i>	2	[EDS]			
<i>klor-con pack</i>	4	[EDS]			
<i>klor-con tabs</i>	2	[EDS]			
<i>magnesium sulfate inj</i>	2	[EDS]			
<i>plenamine inj</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]			
<i>potassium chloride oral soln</i>	4	[EDS]			
<i>potassium chloride inj</i>	2	[EDS]			

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 20

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
GASTROINTESTINAL AGENTS		
Anti-Constipation Agents		
<i>constulose soln</i>	2	[EDS]
<i>enulose</i>	2	[EDS]
<i>generlac</i>	2	[EDS]
<i>lactulose soln 10g/15ml</i>	2	[EDS]
LINZESS	3	[EDS]
<i>lubiprostone</i>	3	[EDS]
MOVANTIK	3	[EDS]
RELISTOR INJ	5	[PA]
RELISTOR TABS	5	[PA]
Anti-Diarrheal Agents		
<i>alosetron hcl tab 0.5mg</i>	4	[PA] [EDS]
<i>alosetron hcl tab 1mg</i>	5	[PA]
<i>diphenoxylate & atropine oral soln</i>	4	[EDS]
<i>diphenoxylate & atropine tabs</i>	4	[EDS]
<i>loperamide caps 2mg</i>	2	[EDS]
XERMELO	5	[PA]
Antispasmodics, Gastrointestinal		
<i>dicyclomine</i>	4	[PA] [EDS]
<i>glycopyrrolate tabs 1mg & 2mg</i>	2	[EDS]
Gastrointestinal Agents, Other		
<i>gavilyte-c</i>	2	[EDS]
<i>gavilyte-g</i>	2	[EDS]
<i>gavilyte-n</i>	2	[EDS]
<i>metoclopramide oral tablets & soln</i>	2	[EDS]
<i>nitroglycerin rectal oint</i>	4	[EDS]
<i>peg 3350 & electrolytes</i>	2	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>peg 3350 & sodium chloride & sodium bicarbonate & potassium chloride</i>	2	[EDS]
<i>peg 3350 & sodium sulfate & sodium chloride & potassium chloride & sodium ascorbate & ascorbic</i>	3	[EDS]
PLENVU	3	[EDS]
<i>sodium sulfate, potassium sulfate and magnesium sulfate</i>	3	[EDS]
<i>ursodiol cap 300mg & tabs 250mg & 500mg</i>	3	[EDS]
VOWST	5	[PA] [LD]
XIFAXAN TABS 200MG	3	[PA] [EDS]
XIFAXAN TABS 550MG	5	[PA]
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists		
<i>cimetidine tabs</i>	2	[EDS]
<i>famotidine tabs</i>	1	[EDS]
Protectants		
<i>misoprostol</i>	2	[EDS]
<i>sucralfate tabs</i>	2	[EDS]
Proton Pump Inhibitors		
<i>esomeprazole magnesium dr caps</i>	3	[EDS]
<i>lansoprazole dr caps</i>	2	[EDS]
<i>omeprazole caps</i>	1	[EDS]
<i>pantoprazole tabs</i>	1	[EDS]
<i>rabeprazole sodium</i>	3	[EDS]
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
<i>betaine anhydrous</i>	5	
CERDELGA	5	[PA]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
CREON DR	3	[EDS]	Genitourinary Agents, Other		
<i>cromolyn sodium oral</i>	4	[EDS]	<i>bethanechol</i>	2	[EDS]
CYSTAGON	3	[EDS]	ELMIRON	4	[EDS]
ENDARI	5	[PA]	<i>tiopronin</i>	5	
<i>l-glutamine</i>	5	[PA]	HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (ADRENAL)		
<i>miglustat</i>	5	[PA] [LD]	Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
<i>nitisinone</i>	5	[PA]	<i>dexamethasone dose pack</i>	2	[EDS]
PROLASTIN C INJ	5	[PA] [LD]	<i>dexamethasone elixir</i>	2	[EDS]
<i>sapropterin</i>	5		<i>dexamethasone tabs</i>	2	[EDS]
<i>sodium phenylbutyrate powder & tabs</i>	5		<i>fludrocortisone acetate</i>	2	[EDS]
WELIREG	5	[PA] [LD]	HEMADY	4	[EDS]
GENITOURINARY AGENTS			<i>hydrocortisone oral</i>	2	[EDS]
Antispasmodics, Urinary			MEDROL TABS	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>fesoterodine fumarate er</i>	3	[EDS]	<i>methylprednisolone dose pack</i>	2	[EDS]
GEMTESA	4	[EDS]	<i>methylprednisolone oral</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
MYRBETRIQ	3	[EDS]	ORAPRED ODT	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>oxybutynin ir</i>	2	[EDS]	<i>prednisolone oral soln</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>oxybutynin er</i>	2	[EDS]	<i>prednisolone odt</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>solifenacin succinate</i>	3	[EDS]	<i>prednisolone tablet 5mg</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>tolterodine tartrate er</i>	4	[QL] [EDS]	PREDNISONE INTENSOL	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>trospium ir</i>	2	[EDS]	<i>prednisone oral soln</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
Benign Prostatic Hypertrophy Agents			<i>prednisone tabs</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	[EDS]	<i>prednisone tab pack</i>	1	[EDS]
<i>doxazosin</i>	2	[EDS]			
<i>dutasteride</i>	3	[EDS]			
<i>dutasteride & tamsulosin</i>	3	[EDS]			
<i>finasteride tabs 5mg</i>	1	[EDS]			
<i>prazosin</i>	2	[EDS]			
<i>tadalafil 2.5mg & 5mg</i>	4	[PA] [QL] [EDS]			
<i>tamsulosin</i>	1	[EDS]			
<i>terazosin</i>	1	[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 20

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (PITUITARY)		
<i>Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Pituitary)</i>		
<i>desmopressin acetate nasal</i>	4	[EDS]
<i>desmopressin acetate oral</i>	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]
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		
<i>danazol</i>	4	[EDS]
<i>testosterone cypionate inj</i>	2	[EDS]
<i>testosterone enanthate inj</i>	2	[EDS]
<i>testosterone gel 1% & 1.62%</i>	3	[EDS]
<i>testosterone gel 25mg/2.5g, 20.25mg/1.25g, 40.5mg/2.5g & 50mg/5g</i>	3	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Estrogens		
<i>altavera</i>	2	[EDS]
<i>alyacen 1/35</i>	2	[EDS]
<i>apri</i>	2	[EDS]
<i>aranelle</i>	2	[EDS]
<i>aubra eq</i>	2	[EDS]
<i>aviane</i>	2	[EDS]
<i>azurette</i>	2	[EDS]
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2	[EDS]
<i>briellyn</i>	2	[EDS]
<i>cyred eq</i>	2	[EDS]
<i>desogestrel & ethinyl estradiol</i>	2	[EDS]
<i>dotti</i>	2	[EDS]
<i>drospirenone & ethinyl estradiol 3mg/0.02mg</i>	2	[EDS]
<i>eluryng</i>	3	[EDS]
<i>enilloring</i>	3	[EDS]
<i>enpresse-28</i>	2	[EDS]
<i>enskyce</i>	2	[EDS]
<i>estarylla</i>	2	[EDS]
<i>estradiol oral</i>	2	[EDS]
<i>estradiol patches</i>	2	[EDS]
<i>estradiol vaginal cream</i>	2	[EDS]
<i>estradiol vaginal tabs</i>	2	[EDS]
<i>estradiol & norethindrone acetate 0.5mg/0.1mg & 1mg/0.5mg</i>	2	[EDS]
ESTRING	3	[EDS]
<i>ethinyl estradiol & ethynodiol</i>	2	[EDS]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
<i>ethinyl estradiol & norethindrone acetate 5mcg/1mg & 2.5mcg-0.5mg</i>	2	[EDS]	<i>microgestin 1/20 & 1.5/30</i>	2	[EDS]
<i>etonogestrel & ethinyl estradiol ring</i>	3	[EDS]	<i>microgestin 24 fe</i>	2	[EDS]
<i>falmina</i>	2	[EDS]	<i>microgestin fe 1/20 & 1.5/30</i>	2	[EDS]
<i>fyavolv</i>	2	[EDS]	<i>mili</i>	2	[EDS]
<i>haloette</i>	3	[EDS]	<i>mimvey</i>	2	[EDS]
IMVEXXY PACK	3	[EDS]	<i>necon</i>	2	[EDS]
<i>introvale</i>	2	[EDS]	<i>nikki</i>	2	[EDS]
<i>isibloom</i>	2	[EDS]	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol patch</i>	3	[EDS]
<i>jasmiel</i>	2	[EDS]	<i>norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 0.4mg/0.035mg</i>	2	[EDS]
<i>jinteli</i>	2	[EDS]	<i>norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 20mcg/75mg/1mg</i>	2	[EDS]
<i>juleber</i>	2	[EDS]	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	2	[EDS]
<i>junel 21 day</i>	2	[EDS]	<i>nylia 7/7/7 & 1/35</i>	2	[EDS]
<i>junel fe 1/20</i>	2	[EDS]	<i>nymyo</i>	2	[EDS]
<i>kariva</i>	2	[EDS]	<i>pimtrea</i>	2	[EDS]
<i>kelnor 1/35 & 1/50</i>	2	[EDS]	PREMARIN ORAL	3	[EDS]
<i>kurvelo</i>	2	[EDS]	PREMARIN VAGINAL CREAM	3	[EDS]
<i>larin</i>	2	[EDS]	PREMPHASE	3	[EDS]
<i>larin fe</i>	2	[EDS]	PREMPRO	3	[EDS]
<i>leena</i>	2	[EDS]	<i>reclipsen</i>	2	[EDS]
<i>levonest</i>	2	[EDS]	<i>setlakin</i>	2	[EDS]
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol 0.1-0.02mg & 0.15-0.03mg & triphasic packs</i>	2	[EDS]	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	2	[EDS]
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol and ethinyl estradiol 0.1/0.02mg-0.01mg packs</i>	2	[EDS]	<i>tri-estarylla</i>	2	[EDS]
<i>levora</i>	2	[EDS]	<i>tri-lo-estarylla</i>	2	[EDS]
<i>loryna</i>	2	[EDS]	<i>tri-lo-sprintec</i>	2	[EDS]
<i>low-ogestrel</i>	2	[EDS]	<i>tri-mili</i>	2	[EDS]
<i>lyllana</i>	2	[EDS]	<i>tri-nymyo</i>	2	[EDS]
<i>marlissa 28 day</i>	2	[EDS]	<i>tri-sprintec</i>	2	[EDS]
MENEST	3	[EDS]	<i>tri-vylibra</i>	2	[EDS]
			<i>tri-vylibra lo</i>	2	[EDS]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 20

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
<i>trivora-28</i>	2	[EDS]	<i>levothyroxine tabs</i>	1	[EDS]
<i>turqoz</i>	2	[EDS]	<i>levoxyl</i>	1	[EDS]
<i>velivet</i>	2	[EDS]	<i>liothyronine tabs</i>	2	[EDS]
<i>vestura</i>	2	[EDS]	SYNTHROID	3	[EDS]
<i>vienva</i>	2	[EDS]	<i>unithroid</i>	1	[EDS]
<i>vyfemla</i>	2	[EDS]	HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
<i>vylibra</i>	2	[EDS]	<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i>		
<i>wymzya fe</i>	2	[EDS]	<i>cabergoline</i>	2	[EDS]
<i>xulane</i>	3	[EDS]	ELIGARD INJ	4	[PA] [EDS]
<i>yuvaferm</i>	2	[EDS]	<i>leuprolide acetate inj kit 1mg/0.2ml</i>	4	[PA] [EDS]
<i>zafemy</i>	3	[EDS]	LUPRON DEPOT INJ	5	[PA]
<i>zovia</i>	2	[EDS]	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH & 3-MONTH) INJ	5	[PA]
Progestins			<i>mifepristone tabs 300mg</i>	5	[PA]
<i>deblitane</i>	2	[EDS]	<i>octreotide inj 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml & 500mcg/ml</i>	4	[PA] [EDS]
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJ	3	[EDS]	<i>octreotide inj 1000mcg/ml</i>	5	[PA]
<i>heather tabs</i>	2	[EDS]	ORGOVYX	5	[PA] [LD]
<i>incassia</i>	2	[EDS]	SIGNIFOR INJ	5	[PA]
LILETTA	3	[EDS]	SOMAVERT INJ	5	[PA]
<i>lyleq</i>	2	[EDS]	SYNAREL	4	[EDS]
<i>lyza</i>	2	[EDS]	TRELSTAR MIXJECT INJ	4	[PA] [EDS]
<i>medroxyprogesterone acetate inj</i>	2	[EDS]	HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)		
<i>medroxyprogesterone acetate tabs</i>	2	[EDS]	<i>Antithyroid Agents</i>		
<i>megestrol acetate oral susp 40mg/ml</i>	2	[EDS]	<i>methimazole</i>	2	[EDS]
<i>megestrol tabs</i>	2	[EDS]	<i>propylthiouracil</i>	2	[EDS]
NEXPLANON	3	[EDS]	IMMUNOLOGICAL AGENTS		
<i>norethindrone</i>	2	[EDS]	<i>Angioedema Agents</i>		
<i>progesterone caps</i>	2	[EDS]	CINRYZE INJ	5	[PA]
<i>sharobel</i>	2	[EDS]			
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents					
DUAVEE	3	[EDS]			
<i>raloxifene hcl</i>	3	[EDS]			
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (THYROID)					
<i>Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Thyroid)</i>					
CYTOMEL	3	[EDS]			

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
<i>icatibant inj</i>	5	[PA] [QL]	CELLCEPT ORAL SUSPENSION & TABS	5	[PA] [B vs D]
<i>sajazir inj</i>	5	[PA]	<i>cyclosporine caps</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]
Immunoglobulins			<i>cyclosporine modified</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
GAMMAGARD INJ	5	[PA] [B vs D]	ENBREL INJ	5	[PA] [QL]
GAMUNEX-C INJ	5	[PA] [B vs D]	ENBREL MINI INJ	5	[PA] [QL]
Immunological Agents, Other			ENBREL SURECLICK INJ	5	[PA] [QL]
ARCALYST INJ	5	[PA]	ENVARUSUS XR	4	[PA] [B vs D] [EDS]
BENLYSTA INJ	5	[PA]	<i>everolimus 0.25mg</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
COSENTYX INJ	5	[PA] [QL]	<i>everolimus 0.5mg, 0.75mg & 1mg</i>	5	[PA] [B vs D]
COSENTYX SENSOREADY PEN INJ	5	[PA] [QL]	<i>gengraf</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
COSENTYX UNOREADY PEN INJ	5	[PA] [QL]	HUMIRA INJ	5	[PA] [QL]
DUPIXENT INJ	5	[PA] [QL]	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJ	5	[PA] [QL]
ORENCIA INJ	5	[PA] [QL]	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK INJ	5	[PA] [QL]
OTEZLA STARTER	5	[PA] [QL]	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ	5	[PA] [QL]
RIDAURA	5		HUMIRA PEN INJ	5	[PA] [QL]
RINVOQ	5	[PA] [QL]	IMURAN TABS	4	[PA] [B vs D] [EDS]
SKYRIZI INJ	5	[PA] [QL]	JYLAMVO SOLN	4	[EDS]
STELARA INJ	5	[PA] [QL]	<i>leflunomide</i>	2	[QL] [EDS]
TREMFYA INJ	5	[PA] [QL]	<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	2	[EDS]
XELJANZ	5	[PA] [QL]	<i>methotrexate oral</i>	2	[EDS]
XELJANZ XR	5	[PA] [QL]	<i>mycophenolate mofetil caps & tabs</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
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]			
<i>azathioprine tabs 50mg</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]			
<i>azathioprine tabs 75mg & 100mg</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]			
CELLCEPT CAPS	4	[PA] [B vs D] [EDS]			

[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 20

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
<i>mycophenolate mofetil oral susp</i>	5	[PA] [B vs D]	ENGERIX-B INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]	GARDASIL 9 INJ	4	[EDS]
MYFORTIC	4	[PA] [B vs D] [EDS]	HAVRIX INJ	3	[EDS]
MYHIBBIN	4	[PA] [B vs D] [EDS]	HEPLISAV-B INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]
NEORAL	4	[PA] [B vs D] [EDS]	HIBERIX INJ	3	[EDS]
PEGASYS SYRINGE INJ	5	[PA]	IMOVAX RABIES INJ	3	[EDS]
PROGRAF CAPS	4	[PA] [B vs D] [EDS]	INFANRIX INJ	3	[EDS]
PROGRAF PACK	4	[PA] [B vs D] [EDS]	IPOL INACTIVATED IPV INJ	3	[EDS]
RAPAMUNE SOLN	5	[PA] [B vs D]	IXCHIQ INJ	3	[EDS]
RAPAMUNE TABS	4	[PA] [B vs D] [EDS]	IXIARO INJ	4	[EDS]
SANDIMMUNE CAPS 25MG & 100MG	4	[PA] [B vs D] [EDS]	JYNNEOS INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>sirolimus soln</i>	5	[PA] [B vs D]	KINRIX INJ	3	[EDS]
<i>sirolimus tabs</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]	MENACTRA INJ	3	[EDS]
<i>tacrolimus caps 0.5mg & 1mg</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]	MENQUADFI INJ	3	[EDS]
<i>tacrolimus caps 5mg</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]	MENVEO-A/C/Y/W-135 INJ	3	[EDS]
Vaccines			MRESVIA INJ	3	[EDS]
ABRYSVO INJ	3	[EDS]	M-M-R II INJ	3	[EDS]
ACTHIB INJ	3	[EDS]	PEDIARIX INJ	3	[EDS]
ADACEL INJ	3	[EDS]	PEDVAX HIB INJ	3	[EDS]
AREXVY INJ	3	[EDS]	PENBRAYA INJ	3	[EDS]
BCG INJ	3	[EDS]	PENTACEL INJ	3	[EDS]
BEXSERO INJ	3	[EDS]	PREHEVBRIO INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]
BOOSTRIX INJ	3	[EDS]	PRIORIX INJ	3	[EDS]
DAPTACEL INJ	3	[EDS]	PROQUAD INJ	3	[EDS]
DIPHtheria & TETANUS TOXOIDS PEDIATRIC INJ	3	[EDS]	QUADRACEL INJ	3	[EDS]
			RABAVERT INJ	3	[EDS]
			RECOMBIVAX HB INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]
			ROTARIX	3	[EDS]
			ROTATEQ	3	[EDS]
			SHINGRIX INJ	3	[EDS]
			TDVAX INJ	3	[EDS]
			TENIVAC INJ	3	[EDS]
			TICOVAC INJ	4	[EDS]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
TRUMENBA INJ	3	[EDS]	<i>paricalcitol caps</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]
TWINRIX INJ	3	[EDS]	PROLIA INJ	4	[PA] [EDS]
TYPHIM VI INJ	3	[EDS]	RAYALDEE	5	
VAQTA INJ	3	[EDS]	<i>risedronate sodium</i>	3	[EDS]
VARIVAX INJ	3	[EDS]	<i>risedronate sodium dr</i>	3	[EDS]
VAXCHORA INJ	3	[EDS]	TERIPARATIDE INJ	5	[PA]
YF-VAX INJ	3	[EDS]	TYMLOS INJ	5	[PA]
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS			XGEVA INJ	5	[PA]
<i>Aminosalicylates</i>			MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
<i>balsalazide</i>	3	[EDS]	<i>Miscellaneous Therapeutic Agents</i>		
<i>mesalamine dr</i>	4	[EDS]	<i>alcohol pads</i>	2	[PA] [EDS]
<i>mesalamine enema</i>	4	[EDS]	<i>bd insulin syringe ultrafine</i>	2	[PA] [EDS]
<i>mesalamine er caps</i>	4	[QL] [EDS]	<i>bd insulin syringe safetyglide</i>	2	[PA] [EDS]
<i>mesalamine rectal suppository</i>	4	[EDS]	<i>bd pen needle ultrafine</i>	2	[PA] [EDS]
<i>sulfasalazine</i>	2	[EDS]	<i>gauze pads 2"x2"</i>	2	[PA] [EDS]
<i>Glucocorticoids</i>			INTRALIPID INJ	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>budesonide ec caps</i>	4	[PA] [EDS]	<i>levocarnitine oral</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>budesonide er tabs 9mg</i>	5	[PA]	<i>sodium chloride irrigation soln</i>	2	[EDS]
<i>hydrocortisone cream 2.5%</i>	2	[EDS]	OPHTHALMIC AGENTS		
<i>hydrocortisone enema</i>	2	[EDS]	<i>Ophthalmic Agents, Other</i>		
<i>procto-med hc</i>	2	[EDS]	<i>atropine sulfate soln</i>	2	[EDS]
<i>proctosol hc</i>	2	[EDS]	<i>bacitracin & polymyxin b ointment</i>	2	[EDS]
<i>proctozone-hc</i>	2	[EDS]	<i>brimonidine & timolol maleate</i>	4	[EDS]
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS			<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	3	[EDS]
<i>Metabolic Bone Disease Agents</i>			CYSTARAN	5	
<i>alendronate tabs</i>	1	[EDS]	<i>dorzolamide & timolol maleate</i>	2	[EDS]
<i>calcitonin-salmon nasal</i>	2	[EDS]			
<i>calcitriol caps</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]			
<i>cinacalcet tab 30mg & 60mg</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]			
<i>cinacalcet tab 90mg</i>	5	[PA] [B vs D]			
<i>doxercalciferol oral</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]			
<i>ibandronate oral</i>	2	[EDS]			

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 20

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
<i>neomycin & polymyxin & bacitracin</i>	2	[EDS]	Ophthalmic Anti-allergy Agents		
<i>neomycin & polymyxin & bacitracin & hydrocortisone</i>	2	[EDS]	<i>azelastine 0.05%</i>	2	[EDS]
<i>neomycin & polymyxin & dexamethasone</i>	2	[EDS]	<i>cromolyn sodium ophthalmic soln</i>	2	[EDS]
<i>neomycin & polymyxin & gramicidin ophthalmic</i>	2	[EDS]	Ophthalmic Anti-infectives		
<i>neomycin & polymyxin & hydrocortisone</i>	2	[EDS]	AZASITE	3	[EDS]
<i>neo-polycin ophthalmic ointment</i>	2	[EDS]	<i>bacitracin ophthalmic ointment</i>	2	[EDS]
<i>neo-polycin hc ophthalmic ointment</i>	2	[EDS]	<i>ciprofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	[EDS]
<i>polycin ophthalmic ointment</i>	2	[EDS]	<i>erythromycin ophthalmic oint</i>	2	[EDS]
<i>polymyxin b sulfate & trimethoprim sulfate ophthalmic soln</i>	2	[EDS]	<i>gentamicin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	[EDS]
ROCKLATAN	3	[EDS]	<i>moxifloxacin hcl ophthalmic</i>	2	[EDS]
SIMBRINZA	4	[EDS]	<i>ofloxacin ophthalmic</i>	2	[EDS]
<i>sulfacetamide sodium & prednisolone sodium phosphate ophthalmic</i>	2	[EDS]	<i>sulfacetamide sodium ophthalmic oint & soln 10%</i>	2	[EDS]
TOBRADEX OINT	3	[EDS]	<i>tobramycin ophthalmic solution</i>	2	[EDS]
<i>tobramycin & dexamethasone ophthalmic suspension</i>	2	[EDS]	<i>trifluridine</i>	2	[EDS]
XIIDRA	3	[EDS]	XDEMVY	5	[PA] [QL]
			ZIRGAN	4	[EDS]
			Ophthalmic Anti-inflammatories		
			<i>bromfenac ophthalmic soln 0.07% & 0.075%</i>	4	[EDS]
			<i>bromfenac ophthalmic soln 0.09%</i>	3	[EDS]
			<i>dexamethasone ophthalmic soln</i>	2	[EDS]
			<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	2	[EDS]
			<i>difluprednate</i>	3	[EDS]
			<i>fluorometholone</i>	2	[EDS]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한	약 이름	약 단계	요건/제한
<i>ketorolac soln</i>	2	[EDS]	CIPRO HC	4	[EDS]
LOTEMAX OINT	4	[EDS]	<i>ciprofloxacin & dexamethasone otic susp</i>	4	[EDS]
LOTEMAX SM GEL 0.38%	4	[EDS]	<i>fluocinolone acetonide otic soln</i>	3	[EDS]
PRED MILD	3	[EDS]	<i>neomycin & polymyxin & hydrocortisone</i>	2	[EDS]
<i>prednisolone acetate</i>	2	[EDS]	<i>ofloxacin otic</i>	2	[EDS]
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	2	[EDS]	RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents			Antihistamines		
<i>betaxolol soln</i>	2	[EDS]	<i>azelastine nasal 0.1%</i>	2	[EDS]
<i>carteolol</i>	1	[EDS]	<i>cyproheptadine</i>	4	[EDS]
<i>levobunolol</i>	2	[EDS]	<i>desloratadine tabs</i>	2	[EDS]
<i>timolol ophthalmic gel forming</i>	2	[EDS]	<i>hydroxyzine hcl tabs</i>	4	[PA] [EDS]
<i>timolol ophth soln 12 hours 0.25% & 0.5% multi-use bottles</i>	1	[EDS]	<i>hydroxyzine pamoate caps</i>	4	[PA] [EDS]
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other			<i>levocetirizine</i>	2	[EDS]
<i>acetazolamide tabs</i>	2	[EDS]	Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids		
<i>acetazolamide er caps</i>	2	[EDS]	ARNUITY ELLIPTA	3	[EDS]
<i>brimonidine tartrate soln 0.15% & 0.1%</i>	4	[EDS]	ASMANEX HFA	3	[EDS]
<i>brimonidine tartrate soln 0.2%</i>	2	[EDS]	ASMANEX TWISTHALER	3	[EDS]
<i>dorzolamide</i>	2	[EDS]	<i>budesonide nebulizer</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>methazolamide</i>	4	[EDS]	<i>flunisolide nasal</i>	2	[QL] [EDS]
<i>pilocarpine soln</i>	2	[EDS]	<i>fluticasone propionate nasal</i>	2	[QL] [EDS]
RHOPRESSA	3	[EDS]	<i>mometasone furoate nasal</i>	3	[QL] [EDS]
Ophthalmic Prostaglandin and Prostanamide Analogs			PULMICORT NEBULIZER	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>latanoprost</i>	1	[EDS]	QVAR REDHALER	3	[EDS]
LUMIGAN	3	[EDS]	Antileukotrienes		
<i>travoprost</i>	3	[EDS]	<i>montelukast</i>	2	[EDS]
VYZULTA	4	[EDS]	<i>zafirlukast</i>	2	[QL] [EDS]
OTIC AGENTS					
Otic Agents					
<i>acetic acid & hydrocortisone</i>	2	[EDS]			

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 20

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT HFA	3	[QL] [EDS]
<i>ipratropium bromide nasal</i>	2	[QL] [EDS]
<i>ipratropium bromide nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
SPIRIVA RESPIMAT	3	[QL] [EDS]
YUPELRI	5	[PA] [B vs D]
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol sulfate hfa 6.7gm inhaler</i>	2	[QL] [EDS]
<i>albuterol sulfate hfa 8.5gm inhaler</i>	2	[QL] [EDS]
<i>albuterol sulfate nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>albuterol sulfate syrup</i>	2	[EDS]
<i>albuterol sulfate tabs</i>	4	[EDS]
<i>arformoterol tartrate nebulizer</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
BROVANA NEBULIZER	4	[PA] [B vs D] [EDS]
EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR 0.15MG/0.3ML & 0.3MG/0.3ML	3	[EDS]
<i>formoterol fumarate nebulizer</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>levalbuterol nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA	4	[EDS]
PERFORMIST NEBULIZER	5	[PA] [B vs D]
PROAIR RESPICLICK	3	[EDS]
SEREVENT DISKUS	3	[EDS]
STRIVERDI RESPIMAT	3	[EDS]
<i>terbutaline sulfate oral</i>	4	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Cystic Fibrosis Agents		
BETHKIS	5	[PA] [B vs D]
CAYSTON	5	[PA] [LD]
KALYDECO	5	[PA]
KITABIS NEBULIZER	5	[PA] [B vs D]
ORKAMBI	5	[PA]
PULMOZYME	5	[PA] [B vs D]
TOBI SOLN	5	[PA] [B vs D]
TOBI PODHALER	5	
<i>tobramycin nebulizer</i>	5	[PA] [B vs D]
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn sodium nebulizer soln</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
OHTUVAYRE NEBULIZER	5	[PA] [B vs D]
<i>roflumilast tabs</i>	3	[EDS]
<i>theophylline er tabs</i>	4	[EDS]
Pulmonary Antihypertensives		
ADEMPAS	5	[PA] [LD]
<i>alyq</i>	5	[PA]
<i>ambrisentan</i>	5	[PA] [LD]
<i>bosentan tabs 62.5mg & 125mg</i>	5	[PA] [LD]
OPSUMIT	5	[PA] [LD]
<i>sildenafil tab 20mg</i>	3	[PA] [EDS]
<i>tadalafil tab 20mg</i>	5	[PA]
TRACLEER 32MG	5	[PA] [LD]
UPTRAVI	5	[PA]
Pulmonary Fibrosis Agents		
OFEV	5	[PA] [QL]
<i>pirfenidone</i>	5	[PA] [QL]
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine nebulizer soln</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
ADVAIR HFA	3	[EDS]
ANORO ELLIPTA	3	[EDS]
BEVESPI AEROSPHERE	3	[EDS]
BREO ELLIPTA	3	[EDS]

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil</i>	3	[PA] [EDS]
<i>modafinil</i>	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 20

Additional Covered Drugs

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

- **SCAN Classic (HMO):** Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, Ventura, Alameda, San Mateo, Fresno Madera Counties
- **SCAN Alta (HMO):** San Diego County
- **SCAN Allied (HMO):** Los Angeles, San Mateo, San Francisco Counties
- **SCAN Venture (HMO):** Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino Counties
- **SCAN Prime (HMO):** Los Angeles, Orange, San Bernardino Counties
- **SCAN Affirm partnered with Included LGBTQ+ Health (HMO):** Los Angeles, Orange Riverside, San Diego, San Francisco Counties
- **SCAN Inspired by women for women (HMO):** Los Angeles, Orange Counties
- **SCAN MyChoice (HMO):** Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, Alameda, San Mateo, Fresno, Madera, Santa Clara, Stanislaus, San Francisco Counties

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

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

추가 보장 약

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

- **SCAN Classic(HMO):** 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노, 샌디에고, 벤추라, 앨러미다, 샌마테오, 프레즈노, 마데라 카운티
- **SCAN Alta(HMO):** 샌디에고 카운티
- **SCAN Allied(HMO):** 로스앤젤레스, 샌마테오, 샌프란시스코 카운티
- **SCAN Venture(HMO):** 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노 카운티
- **SCAN Prime(HMO):** 로스앤젤레스, 오렌지, 샌버나디노 카운티
- **SCAN Affirm partnered with Included LGBTQ+ Health(HMO):** 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌디에고, 샌프란시스코 카운티
- **SCAN Inspired by women for women (HMO):** 로스앤젤레스, 오렌지 카운티
- **SCAN MyChoice(HMO):** 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노, 샌디에고, 앨러미다, 샌마테오, 프레즈노, 마데라, 산타클라라, 스타니슬라오, 샌프란시스코 카운티

이러한 처방약은 일반적으로 Medicare 처방약 플랜에서 보장하지 않습니다. 이러한 약의 처방약을 조제할 때 지불하는 금액은 본인 부담 약 비용에 포함되지 않습니다(즉, 지불하는 금액은 재해성 보장 자격을 얻는 데 도움이 되지 않습니다). 또한 처방약 비용 지불에 대해 추가 지원을 받고 있는 경우 이러한 약의 지불에 대한 추가 지원을 받지 못합니다.

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

FORMULARY DRUGS WITH QUANTITY LIMITS

수량 제한이 있는 처방집 의약

Drugs with Quantity Limits 수량 제한이 있는 처방집 의약품	
Drug Name 약 이름	Quantity Limits 수량 제한
<i>acetaminophen & codeine #2 & #3 tabs</i>	360 tabs per 30 days
<i>acetaminophen & codeine #4 tabs</i>	180 tabs per 30 days
<i>acetaminophen & codeine elixir</i>	5000ml per 30 days
<i>acyclovir cream</i>	5gm per 30 days
<i>acyclovir ointment</i>	30gm per 30 days
<i>albuterol sulfate hfa 6.7gm inhaler</i>	13.4gm per 30 days
<i>albuterol sulfate hfa 8.5gm inhaler</i>	17gm per 30 days
<i>alprazolam ir tabs</i>	0.25mg, 0.5mg & 1mg: 120 tabs per 30 days; 2mg: 150 tabs per 30 days
<i>amphetamine & dextroamphetamine</i>	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
<i>breyna</i>	10.3gm per 30 days
BREZTRI AEROSPHERE	10.7gm per 30 days
<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i>	10.20gm per 30 days
<i>butorphanol tartrate nasal</i>	4 bottles per 30 days
BYDUREON BCISE INJ	4mL per 30 days
<i>calcipotriene cream</i>	60gm: 2 tubes per 30 days; 120gm: 1 tube per 30 days
<i>calcipotriene oint</i>	60gm: 2 tubes per 30 days
<i>colchicine tabs</i>	120 tabs per 30 days
COMBIVENT RESPIMAT	8gm per 30 days
COSENTYX INJ	150mg/mL: 10mL per 30 days; 75mg/0.5mL: 2.5mL per 30 days
COSENTYX SENSOREADY PEN INJ	10mL per 30 days
COSENTYX UNOREADY PEN INJ	10mL per 30 days
<i>dabigatran etexilate</i>	60 caps per 30 days
<i>desonide lotion, oint & cream</i>	cream & oint: 120gm per 30 days lotion: 118ml per 30 days

Drugs with Quantity Limits
수량 제한이 있는 처방집 의약품

Drug Name 약 이름	Quantity Limits 수량 제한
<i>desoximetasone topical cream & oint 0.25%</i>	120gm per 30 days
<i>desoximetasone topical cream, gel & oint 0.05%</i>	120gm per 30 days
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	5mg: 120 tabs per 30 days; 10mg: 180 tabs per 30 days
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	5mg: 30 caps per 30 days; 10mg & 15mg: 120 caps per 30 days
<i>diclofenac sodium soln 1.5%</i>	450mL per 28 days
<i>diclofenac sodium soln 2%</i>	224gm per 28 days
<i>dihydroergotamine mesylate nasal</i>	8mL per 30 days
DUPIXENT INJ	100mg/0.67mL: 1.34mL per 30 days; 200mg/1.14mL: 3.42mL per 28 days; 300mg/2mL pen: 8mL per 28 days; 300mg/2mL syringe: 8mL per 30 days
ELIQUIS STARTER PACK & TABS	Starter pack: 74 tabs per 180 days; tabs: 60 tabs per 30 days
ENBREL INJ	8 mL per 30 days
ENBREL MINI INJ	8 mL per 30 days
ENBREL SURECLICK INJ	8 mL per 30 days
<i>endocet tabs 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg</i>	2.5-325mg & 5-325mg: 360 tabs per 30 days; 7.5-325mg: 240 tabs per 30 days; 10-325mg: 180 tabs per 30 days
ENTRESTO TABS	60 tabs per 30 days
FARXIGA	30 tabs per 30 days
FASENRA INJ	30mg/mL: 1mL per 30 days; 10mg/0.5mL: 1.50mL per 28 days
<i>fentanyl patches</i>	15 patches per 30 days
<i>flunisolide nasal</i>	2 bottles per 30 days
<i>fluocinonide cream, gel & ointment</i>	15gm: 4 tubes per 30 days; 30gm: 2 tubes per 30 days; 60g: 1 tube per 30 days
<i>fluticasone propionate nasal</i>	2 bottles per 30 days
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus 100mcg-50mcg, 250mcg-50mcg & 500mcg-50mcg</i>	60 blisters per 30 days
<i>galantamine er caps</i>	30 caps per 30 days
<i>galantamine soln</i>	200mL per 30 days
<i>galantamine tabs</i>	60 tabs per 30 days
<i>glimepiride & pioglitazone</i>	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-PEDIATRIC UC STARTER PACK INJ	4 pens per 180 days
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ	3 pens per 180 days
<i>hydrocodone & acetaminophen soln 7.5- 325mg/15ml</i>	2700ml per 30 days
<i>hydrocodone & acetaminophen tabs 5- 325mg, 7.5-325mg & 10-325mg</i>	5-325mg: 360 tabs per 30 days; 7.5-325mg & 10-325mg: 180 tabs per 30 days
<i>hydrocodone & ibuprofen tabs 7.5-200mg</i>	150 tabs per 30 days
<i>icatibant inj</i>	18mL per 30 days
<i>ipratropium bromide nasal</i>	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
<i>leflunomide</i>	30 tabs per 30 days
<i>lidocaine & prilocaine</i>	30gm: 1 tube per 30 days
<i>lidocaine ointment</i>	1 tube per 30 days
<i>lidocaine topical soln</i>	1 bottle per 30 days
LIVTENCITY	120 tabs per 30 days
<i>mesalamine er caps</i>	375mg: 120 caps per 30 days; 500mg: 240 caps per 30 days
<i>mometasone furoate nasal</i>	3 bottles per 30 days
<i>morphine sulfate er tabs</i>	120 tabs per 30 days
MOUNJARO INJ	2mL per 30 days
<i>mupirocin cream</i>	30gm per 30 days
<i>naratriptan</i>	8 tabs per 30 days
NEUPRO PATCH	30 patches per 30 days
<i>niacin er tabs</i>	60 caps per 30 days
OFEV	60 caps per 30 days
ORENCIA INJ	125mg/mL: 4.00mL per 30 days; 50mg/0.4mL: 1.60mL per 30 days; 87.5mg/0.7mL: 2.80mL per 30 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
<i>oxycodone & acetaminophen tabs 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg</i>	2.5-325mg & 5-325mg: 360 tabs per 30 days; 7.5-325mg: 240 tabs per 30 days; 10-325mg: 180 tabs per 30 days
OXYCODONE ER TABS 10MG & 20MG	60 tabs per 30 days
OZEMPIC INJ	3mL per 30 days
<i>pimecrolimus</i>	30gm: 3 tubes per 30 days
<i>pirfenidone</i>	267mg: 270 tabs/caps per 30 days; 534mg & 801mg: 90 tabs per 30 days
PREVYMIS	30 tabs 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
<i>ramelteon</i>	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
<i>rivastigmine caps</i>	60 caps per 30 days
<i>rivastigmine patches</i>	30 patches per 30 days
RYBELSUS	30 tabs per 30 days
SANTYL	90gm per 30 days
SKYRIZI INJ	150mg/mL: 2mL per 30 days; 360mg/2.4ml: 2.4mL per 60 days; 180mg/1.2ml: 1.20mL per 60 days
SPIRIVA RESPIMAT	4gm per 30 days
STELARA INJ	45mg/0.5mL: 0.50mL per 30 days; 90mg/mL: 1mL per 30 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
<i>tacrolimus oint</i>	100g per 30days
<i>tadalafil 2.5mg & 5mg</i>	2.5mg: 60 tabs per 30 days; 5mg: 30 tabs per 30 days
<i>tazarotene gel</i>	30gm: 3 tubes per 30 days; 100gm: 1 tube per 30 days
<i>tetrabenazine</i>	12.5mg: 240 tabs per 30 days; 25mg: 120 tabs per 30 days
<i>tolterodine tartrate er</i>	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
<i>tramadol & acetaminophen tabs 37.5-325mg</i>	240 tabs per 30 days
<i>tramadol er tabs</i>	30 tabs per 30 days
<i>tramadol ir tab 100mg</i>	120 tabs per 30 days
TRELEGY ELLIPTA	60 blisters per 30 days
TREMFYA INJ	2mL per 30 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
<i>wixela inhub</i>	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
XDEMZY	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
<i>zafirlukast</i>	60 tabs per 30 days
<i>zenzedi</i>	5mg: 120 tabs per 30 days 10mg: 180 tabs per 30 days
<i>zolmitriptan</i>	2.5mg: 12 tabs per 30 days 5mg: 6 tabs per 30 days

INDEX

색인

- abacavir & lamivudine*, 53
abacavir soln & tabs, 53
ABELCET INJ, 47
ABILIFY ASIMTUFII INJ, 51
ABILIFY MAINTENA INJ, 51
abiraterone acetate, 48
ABRYSVO INJ, 68
acamprosate calcium dr, 42
acarbose, 54
accutane, 59
acebutolol, 56
acetaminophen & codeine, 41, 76
acetazolamide er caps, 71
acetazolamide tabs, 71
acetic acid & hydrocortisone, 71
acetylcysteine nebulizer soln, 72
acitretin, 59
ACTHIB INJ, 68
ACTIMMUNE INJ, 67
acyclovir caps & tabs, 52
acyclovir cream, 76
acyclovir cream & oint 5%, 61
acyclovir inj, 52
acyclovir ointment, 76
acyclovir oral susp, 52
ADACEL INJ, 68
adapalene cream 0.1%, 59
adapalene gel 0.3%, 59
adefovir dipivoxil, 52
ADEMPAS, 72
ADVAIR HFA, 72
AIMOVIG INJ, 47
AKEEGA, 48
albendazole, 50
albuterol sulfate hfa 6.7gm inhaler, 72, 76
albuterol sulfate hfa 8.5gm inhaler, 72, 76
albuterol sulfate nebulizer, 72
albuterol sulfate syrup, 72
albuterol sulfate tabs, 72
alclometasone dipropionate, 59
alcohol pads, 69
ALECENSA, 49
alendronate tabs, 69
alfuzosin hcl er, 63
aliskiren, 57
allopurinol tabs 100mg & 300mg, 47
alose tron hcl tab 0.5mg, 62
alose tron hcl tab 1mg, 62
alprazolam ir tabs, 54, 76
altavera, 64
ALTRENO, 59
ALUNBRIG, 49
ALUNBRIG INITIATION PACK, 49
alyacen 1/35, 64
alyq, 72
amantadine, 53
AMBISOME INJ, 47
ambrisentan, 72
amikacin inj, 42
amiloride, 57
amiloride & hydrochlorothiazide, 57
amiodarone tabs, 56
amitriptyline, 46
amlodipine, 56
amlodipine & valsartan & hydrochlorothiazide tabs, 57
amlodipine & atorvastatin, 57
amlodipine & benazepril, 57
ammonium lactate, 59
amnesteem caps, 59
amoxapine, 46
amoxicillin, 43

amoxicillin & clavulanate potassium chew tabs 400-57mg, 43
amoxicillin & clavulanate potassium er, 43
amoxicillin & clavulanate potassium oral susp & tabs, 43
amphetamine & dextroamphetamine, 76
amphetamine & dextroamphetamine tabs, 58
amphotericin b inj, 47
amphotericin b liposome inj, 47
ampicillin & sulbactam inj 10-5gm, 2-1gm & 1-0.5gm, 43
ampicillin inj, 43
ampicillin oral, 43
anagrelide, 55
anastrozole, 49
 ANORO ELLIPTA, 72
apomorphine hydrochloride inj, 50
aprepitant caps 80mg & 125mg, 47
aprepitant pack, 47
apri, 64
 APTIOM, 45
 APTIVUS CAPS, 53
aranelle, 64
 ARCALYST INJ, 67
 AREXVY INJ, 68
arformoterol tartrate nebulizer, 72
 ARIKAYCE, 42
aripiprazole odt 10mg, 51
aripiprazole odt 15mg, 51
aripiprazole soln, 51
aripiprazole tabs, 51
 ARISTADA INITIO INJ, 51
 ARISTADA INJ, 51
armodafinil, 73
 ARNUITY ELLIPTA, 71
asenapine maleate sublingual, 51
 ASMANEX HFA, 71
 ASMANEX TWISTHALER, 71
 ASTAGRAF XL, 67
atazanavir sulfate caps, 53
atenolol, 56
atenolol & chlorthalidone, 57
atomoxetine, 58
atorvastatin, 58
atovaquone susp, 50
atovaquone/proguanil, 50
atropine sulfate soln, 69
 ATROVENT HFA, 72, 76
aubra eq, 64
 AUGTYRO, 49
 AUSTEDO, 59, 76
 AUSTEDO XR 18MG, 30MG, 36MG, 42MG & 48MG, 59, 76
 AUSTEDO XR 6MG, 12MG & 24MG, 59, 76
 AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT, 59, 76
 AUVELITY, 46
aviane, 64
 AVONEX INJ, 59
 AVONEX PEN INJ, 59
 AYVAKIT, 49
 AZASAN, 67
 AZASITE, 70
azathioprine tabs 50mg, 67
azathioprine tabs 75mg & 100mg, 67
azelastine 0.05%, 70
azelastine nasal 0.1%, 71
azithromycin inj, 44
azithromycin tabs & oral susp bottle, 44
aztreonam inj, 42
azurette, 64
bacitracin & polymyxin b ointment, 69
bacitracin ophthalmic ointment, 70
baclofen tabs, 52
balsalazide, 69
 BALVERSA, 49
 BARACLUDGE ORAL SOLN 0.05MG/ML, 52
 BCG INJ, 68
bd insulin syringe safetyglide, 69
bd insulin syringe ultrafine, 69
bd pen needle ultrafine, 69
benazepril, 56
benazepril & hydrochlorothiazide, 57

BENLYSTA INJ, 67
benztropine tabs, 50
 BESREMI INJ, 67
betaine anhydrous, 62
betamethasone dipropionate, 59
betamethasone dipropionate augmented, 59
betamethasone valerate cream, oint & lotion,
 60
 BETASERON INJ, 59
betaxolol soln, 71
bethanechol, 63
 BETHKIS, 72
 BEVESPI AEROSPHERE, 72
bexarotene, 50
 BEXSERO INJ, 68
bicalutamide, 48
 BICILLIN L-A INJ, 43
 BIKTARVY, 52
bisoprolol, 56
bisoprolol & hydrochlorothiazide, 57
blisovi fe 1.5/30, 64
 BOOSTRIX INJ, 68
bosentan tabs 62.5mg & 125mg, 72
 BOSULIF, 49
 BRAFTOVI, 49
 BREO ELLIPTA, 72
breyana, 73, 76
 BREZTRI AEROSPHERE, 73, 76
briellyn, 64
 BRILINTA, 56
brimonidine & timolol maleate, 69
brimonidine tartrate soln 0.15% & 0.1%, 71
brimonidine tartrate soln 0.2%, 71
 BRIVIACT ORAL SOLN, 44
 BRIVIACT TABS, 44
bromfenac ophthalmic soln 0.07% & 0.075%,
 70
bromfenac ophthalmic soln 0.09%, 70
bromocriptine, 50
 BROVANA NEBULIZER, 72
 BRUKINSA, 49
budesonide ec caps, 69
budesonide er tabs 9mg, 69
budesonide nebulizer, 71
budesonide-formoterol fumarate dihydrate,
 73, 76
bumetanide inj, 57
bumetanide tabs, 57
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
bupirone, 53
butorphanol tartrate nasal, 41, 76
 BYDUREON BCISE INJ, 54, 76
cabergoline, 66
 CABOMETYX, 49
caffeine-ergotamine, 48
calcipotriene cream, 76
calcipotriene cream & oint, 60
calcipotriene oint, 76
calcipotriene soln, 60
calcitonin-salmon nasal, 69
calcitriol caps, 69
 CALQUENCE, 49
candesartan, 56
 CAPLYTA, 51
 CAPRELSA, 49
captopril, 56
carbamazepine er tabs & caps, 45
*carbamazepine tabs, chewable tabs & oral
 susp*, 45
carbidopa, 50
carbidopa & levodopa, 50
carbidopa & levodopa & entacapone, 50
carglumic acid, 61

carisoprodol tabs 350mg, 73
carteolol, 71
cartia xt, 57
carvedilol, 56
caspofungin inj, 47
 CAYSTON, 72
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, 67
 CELLCEPT ORAL SUSPENSION & TABS, 67
cephalexin caps 250mg & 500mg, 43
cephalexin oral susp, 43
 CERDELGA, 62
cevimeline, 59
chlorhexidine gluconate, 59
chloroquine, 50
chlorpromazine oral, 51
chlorthalidone, 57
chlorzoxazone tabs 500mg, 73
cholestyramine, 58
cholestyramine light, 58
ciclopirox cream, gel, nail soln, shampoo & susp, 61
cilastatin/imipenem inj, 44
cilostazol, 56
 CIMDUO, 53
cimetidine tabs, 62
cinacalcet tab 30mg & 60mg, 69
cinacalcet tab 90mg, 69
 CINRYZE INJ, 66
 CIPRO HC, 71
ciprofloxacin & dexamethasone otic susp, 71
ciprofloxacin in d5w inj, 44
ciprofloxacin ophthalmic soln 0.3%, 70
ciprofloxacin tabs immediate-release 250mg, 500mg & 750mg, 44
citalopram oral soln, 46
citalopram tabs, 46
claravis, 59
clarithromycin, 44
clarithromycin er, 44
 CLEOCIN VAGINAL SUPP, 42
clindamycin gel 1%, 61
clindamycin lotion & soln, 61
clindamycin oral, 42
clindamycin phosphate inj, 42
clindamycin phosphate/dextrose inj, 43
clindamycin swab, 43
clindamycin vaginal cream, 43
 CLINISOL SF INJ, 61
clobazam, 45
clobetasol propionate cream, foam, gel, oint & soln, 60
clobetasol propionate emollient, 60
clomipramine, 46
clonazepam, 45
clonazepam odt, 45
clonidine er 0.1mg, 58
clonidine patches, 56
clonidine tabs immediate-release, 56
clopidogrel tabs 75mg, 56
clorazepate, 54
clotrimazole & betamethasone, 60
clotrimazole cream 1%, 47
clotrimazole topical soln 1%, 47
clotrimazole troche, 47
clozapine, 51
clozapine odt, 51

COARTEM, 50
codeine sulfate, 41
colchicine tabs, 47, 76
colesevelam, 58
colestipol pack, 58
colestipol tabs, 58
colistimethate inj, 43
 COMBIVENT RESPIMAT, 73, 76
 COMETRIQ, 49
 COMPLERA, 52
compro, 46
constulose soln, 62
 COPAXONE INJ 40MG/ML, 59
 COPIKTRA, 49
 CORLANOR TABS, 57
 COSENTYX INJ, 67, 76
 COSENTYX SENSOREADY PEN INJ, 67, 76
 COSENTYX UNOREADY PEN INJ, 67, 76
 COTELLIC, 49
 CREON DR, 63
cromolyn sodium nebulizer soln, 72
cromolyn sodium ophthalmic soln, 70
cromolyn sodium oral, 63
cyclobenzaprine hcl ir, 73
cyclophosphamide caps & tabs, 48
cyclosporine caps, 67
cyclosporine emulsion 0.05%, 69
cyclosporine modified, 67
cyproheptadine, 71
cyred eq, 64
 CYSTAGON, 63
 CYSTARAN, 69
 CYTOMEL, 66
dabigatran etexilate, 55, 76
dalfampridine er, 59
danazol, 64
dapsone tabs, 48
 DAPTACEL INJ, 68
daptomycin inj, 43
darunavir tab 600mg, 53
darunavir tab 800mg, 53
 DAURISMO, 49
deblitane, 66
deferasirox granule pack, tabs & tabs for soln, 61
deferiprone, 61
 DELSTRIGO, 52
demeclocycline, 44
 DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJ, 66
 DESCOVY, 53
desipramine, 46
desloratadine tabs, 71
desmopressin acetate nasal, 64
desmopressin acetate oral, 64
desogestrel & ethinyl estradiol, 64
desonide lotion, oint & cream, 60, 76
desoximetasone topical cream & oint 0.25%, 60, 77
desoximetasone topical cream, gel & oint 0.05%, 60, 77
 DESVENLAFAXINE ER, 46
desvenlafaxine succinate er, 46
dexamethasone dose pack, 63
dexamethasone elixir, 63
dexamethasone ophthalmic soln, 70
dexamethasone tabs, 63
dexmethylphenidate ir tabs, 58
dextroamphetamine sulfate, 77
dextroamphetamine sulfate er, 58, 77
dextroamphetamine sulfate tabs 5mg & 10mg, 58
dextrose (10%, 5% or 2.5%) & sodium chloride inj, 61
dextrose inj, 61
 DIACOMIT, 45
 DIAZEPAM RECTAL GEL, 45
diazepam soln, 54
diazepam tabs, 54
diazoxide, 54
diclofenac potassium tab 50mg, 41

diclofenac sodium dr, 41
diclofenac sodium er, 41
diclofenac sodium gel 3%, 60
diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%, 70
diclofenac sodium soln 1.5%, 41, 77
diclofenac sodium soln 2%, 41, 77
dicloxacillin sodium, 43
dicyclomine, 62
DIFICID, 44
diflunisal, 41
difluprednate, 70
digoxin oral soln, 56
digoxin tabs 125mcg & 250mcg, 56
dihydroergotamine mesylate nasal, 48, 77
DILANTIN CAPS, 45
DILANTIN INFATABS, 45
DILANTIN SUSP, 45
diltiazem er caps, 57
diltiazem tabs, 57
dilt-xr, 57
dimethyl fumarate caps, 59
dimethyl fumarate starter pack, 59
diphenoxylate & atropine oral soln, 62
diphenoxylate & atropine tabs, 62
DIPHThERIA & TETANUS TOXOIDS
 PEDIATRIC INJ, 68
dipyridamole er & aspirin, 56
dipyridamole oral, 56
disopyramide phosphate, 56
disulfiram, 42
divalproex sodium dr, 45
divalproex sodium er, 45
dofetilide, 56
donepezil odt, 45
donepezil tabs 5mg & 10mg, 45
dorzolamide, 71
dorzolamide & timolol maleate, 69
dotti, 64
DOVATO, 52
doxazosin, 63
doxepin caps, 46
doxepin oral soln, 46
doxercalciferol oral, 69
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, 59
doxycycline monohydrate immediate-release tabs, caps & oral susp, 44
DRIZALMA SPRINKLE, 46
dronabinol, 47
drospirenone & ethinyl estradiol 3mg/0.02mg, 64
droxidopa, 56
DUAVEE, 66
DULERA, 73
duloxetine hcl, 59
DUPIXENT INJ, 67, 77
dutasteride, 63
dutasteride & tamsulosin, 63
ec-naproxen, 41
econazole nitrate, 47
EDURANT, 52
efavirenz & lamivudine & tenofovir disoproxil fumarate tabs, 52
efavirenz tabs, 52
efavirenz & emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs, 52
ELIGARD INJ, 66
ELIQUIS STARTER PACK & TABS, 55, 77
ELMIRON, 63
eluryng, 64
EMGALITY INJ, 47
EMSAM, 46
emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg-150mg, 133mcg-200mg & 167mg-250mg, 53
emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg-300mg, 53

emtricitabine caps 200mg, 53
 EMTRIVA SOLN, 53
enalapril & hydrochlorothiazide, 57
enalapril tabs, 56
 ENBREL INJ, 67, 77
 ENBREL MINI, 67, 77
 ENBREL SURECLICK INJ, 67, 77
 ENDARI, 63
endocet, 41
endocet tabs 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg, 77
 ENGERIX-B INJ, 68
enilloring, 64
enoxaparin inj syringe, 55
enpresse-28, 64
enskyce, 64
entacapone, 50
entecavir tabs, 52
 ENTRESTO TABS, 57, 77
enulose, 62
 ENVARSUS XR, 67
 EPCLUSA, 52
 EPIDIOLEX, 44
 EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR
 0.15MG/0.3ML & 0.3MG/0.3ML, 72
epitol, 45
eplerenone, 58
 EPRONTIA, 48
ergoloid mesylates, 45
 ERIVEDGE, 49
 ERLEADA, 48
erlotinib, 49
ertapenem inj, 44
 ERYTHROCIN LACTOBIONATE INJ, 44
erythromycin caps & tabs, 44
erythromycin dr, 44
erythromycin ophthalmic oint, 70
erythromycin topical gel & soln, 61
escitalopram, 46
esomeprazole magnesium dr caps, 62
estarylla, 64
estradiol & norethindrone acetate 0.5mg/0.1mg & 1mg/0.5mg, 64
estradiol oral, 64
estradiol patches, 64
estradiol vaginal cream, 64
estradiol vaginal tabs, 64
 ESTRING, 64
ethambutol, 48
ethinyl estradiol & ethynodiol, 64
ethinyl estradiol & norethindrone acetate 5mcg/1mg & 2.5mcg-0.5mg, 65
ethosuximide, 45
etodolac, 41
etodolac er, 41
etonogestrel & ethinyl estradiol ring, 65
etravirine tabs 100mg, 52
etravirine tabs 200mg, 52
everolimus 0.25mg, 67
everolimus 0.5mg, 0.75mg, 1mg, 67
everolimus tabs 2.5mg, 5mg, 7.5mg & 10mg, 49
everolimus tabs for suspension 2mg, 3mg & 5mg, 49
 EVOTAZ, 53
exemestane, 49
ezetimibe, 58
ezetimibe & simvastatin, 58
falmina, 65
famciclovir, 52
famotidine tabs, 62
 FANAPT, 51
 FANAPT TITRATION PACK, 51
 FARXIGA, 58, 77
 FASENRA INJ, 73, 77
febuxostat, 47
felbamate oral susp 600mg/5ml, 44
felbamate tabs 400mg, 44
felbamate tabs 600mg, 44
felodipine er, 56

fenofibrate caps 43mg & 130mg, 57
fenofibrate micronized caps 67mg, 134mg & 200mg, 58
fenofibrate tabs 48mg, 54mg, 145mg & 160mg, 58
fenofibric acid dr caps, 58
fentanyl citrate lozenges 200mcg, 41
fentanyl citrate lozenges 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg & 1600mcg, 41
fentanyl patches, 77
fentanyl patches 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr & 75mcg/hr, 100mcg/hr, 41
fesoterodine fumarate er, 63
 FETZIMA, 46
 FETZIMA TITRATION PACK, 46
finasteride tabs 5mg, 63
fingolimod hcl, 59
 FINTEPLA, 44
flecainide acetate, 56
fluconazole in sodium chloride inj, 47
fluconazole oral, 47
flucytosine, 47
fludrocortisone acetate, 63
flunisolide nasal, 71, 77
fluocinolone acetonide cream, oint, soln, 60
fluocinolone acetonide otic soln, 71
fluocinolone acetonide scalp oil, 60
fluocinonide cream 0.05%, gel & oint, 60
fluocinonide cream, gel & ointment, 77
fluocinonide emulsified base cream, 60
fluocinonide soln, 60
fluorometholone, 70
fluorouracil topical 2% and 5%, 60
fluoxetine hcl caps 10mg, 20mg & 40mg, 46
fluoxetine hcl oral soln, 46
fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg, 46
fluphenazine decanoate inj, 51
fluphenazine inj, 51
fluphenazine oral, 51
fluticasone propionate cream & oint, 60
fluticasone propionate nasal, 71, 77
fluticasone propionate/salmeterol diskus 100mcg-50mcg, 250mcg-50mcg & 500mcg-50mcg, 73, 77
fluvoxamine, 46
fondaparinux inj 2.5mg/0.5ml & 5mg/0.4ml, 55
fondaparinux inj 7.5mg/0.6ml & 10mg/0.8ml, 55
formoterol fumarate nebulizer, 72
fosamprenavir tabs, 53
fosfomycin pack, 43
fosinopril, 56
fosinopril & hydrochlorothiazide, 57
 FOTIVDA, 49
 FRUZAQLA, 49
furosemide inj, 57
furosemide oral, 57
 FUZEON INJ, 53
fyavolv, 65
 FYCOMPA, 44
gabapentin caps, ir tabs & oral soln, 45
galantamine, 45, 77
galantamine er caps, 45, 77
galantamine soln, 46, 77
galantamine tabs, 45, 77
 GAMMAGARD INJ, 67
 GAMUNEX-C INJ, 67
 GARDASIL 9 INJ, 68
gauze pads 2, 69
gavilyte-c, 62
gavilyte-g, 62
gavilyte-n, 62
 GAVRETO, 49
gefitinib, 49
gemfibrozil, 58
 GEMTESA, 63
generlac, 62
gengraf, 67
 GENOTROPIN INJ, 64
 GENOTROPIN MINISQUICK INJ 0.2MG, 0.4MG, 0.6MG & 0.8MG, 64

GENOTROPIN MINIQUICK INJ 1MG, 1.2MG,
 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG & 2MG, 64
gentamicin cream 0.1% & oint 0.1%, 42
gentamicin inj 40mg/ml, 42
gentamicin ophthalmic soln 0.3%, 70
 GENVOYA, 52
 GILOTRIF, 49
glatiramer acetate inj, 59
glatopa inj, 59
 GLEOSTINE CAPS, 48
glimepiride, 54
glimepiride & pioglitazone, 54, 77
glipizide & metformin tabs, 54
glipizide er, 54
glipizide tabs 5mg & 10mg, 54
 GLUCAGON EMERGENCY KIT INJ, 54
glycopyrrolate tabs 1mg & 2mg, 62
 GLYXAMBI, 54, 77
granisetron oral, 47
griseofulvin microsize, 47
guanfacine ir, 56
 GVOKE INJ, 54
halobetasol propionate cream & ointment, 60
haloette, 65
haloperidol decanoate inj, 51
haloperidol lactate inj, 51
haloperidol oral, 51
 HARVONI, 52
 HAVRIX INJ, 68
heather tabs, 66
 HEMADY, 63
*heparin inj vials 1000u/ml, 5000u/ml,
 10000u/ml & 20000u/ml*, 55
 HEPLISAV-B INJ, 68
 HIBERIX INJ, 68
 HUMALOG CARTRIDGE INJ, 54
 HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ, 54
 HUMALOG KWIKPEN INJ, 54
 HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ, 54
 HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ, 54
 HUMALOG MIX 75/25 VIAL INJ, 54
 HUMALOG VIAL INJ, 54
 HUMATROPE INJ CARTRIDGE 12MG & 24MG,
 64
 HUMATROPE INJ CARTRIDGE 6MG, 64
 HUMIRA INJ, 67, 78
 HUMIRA PEN INJ, 67, 78
 HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJ, 67,
 78
 HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK
 INJ, 67, 78
 HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ, 67, 78
 HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ, 55
 HUMULIN 70/30 VIAL INJ, 55
 HUMULIN N KWIKPEN INJ, 55
 HUMULIN N VIAL INJ, 55
 HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)
 KWIKPEN INJ, 55
 HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) VIAL
 INJ, 55
 HUMULIN R VIAL INJ, 55
hydralazine oral, 58
hydrochlorothiazide, 57
hydrocodone & acetaminophen soln, 78
*hydrocodone & acetaminophen soln 7.5-
 325mg/15ml*, 41
hydrocodone & acetaminophen tabs, 78
*hydrocodone & acetaminophen tabs 5-
 325mg, 7.5-325mg & 10-325mg*, 41
hydrocodone & ibuprofen tabs 7.5-200mg, 78
hydrocodone & ibuprofen tabs 7.5-200mg, 42
hydrocortisone butyrate cream & soln, 60
hydrocortisone cream 2.5%, 69
hydrocortisone enema, 69
hydrocortisone lotion & oint 2.5%, 60
hydrocortisone oral, 63
hydrocortisone valerate, 60
*hydromorphone immediate-release oral soln
 & tabs*, 42
hydroxychloroquine tab 200mg, 50

hydroxyurea, 48
hydroxyzine hcl tabs, 71
hydroxyzine pamoate caps, 71
ibandronate oral, 69
 IBRANCE, 49
ibu, 41
ibuprofen, 41
icatibant inj, 67, 78
 ICLUSIG, 49
icosapent ethyl, 58
 IDHIFA, 49
imatinib, 49
 IMBRUVICA, 49
imipramine hcl tabs, 46
imiquimod cream 5%, 60
 IMOVAX RABIES INJ, 68
 IMURAN TABS, 67
 IMVEXXY PACK, 65
incassia, 66
 INCRELEX INJ, 64
indapamide, 57
indomethacin er, 41
indomethacin ir caps, 41
 INFANRIX INJ, 68
 INLYTA, 49
 INQOVI, 49
 INREBIC, 48
 INSULIN LISPRO VIAL INJ, 55
 INTELENCE TAB 25MG, 52
 INTRALIPID INJ, 69
introvale, 65
 INVEGA HAFYERA INJ, 51
 INVEGA SUSTENNA INJ 39MG, 51
 INVEGA SUSTENNA INJ 78MG, 117MG,
 156MG & 234MG, 51
 INVEGA TRINZA INJ, 51
 IPOL INACTIVATED IPV INJ, 68
*ipratropium bromide & albuterol sulfate
 nebulizer*, 73
ipratropium bromide nasal, 72, 78
ipratropium bromide nebulizer, 72
irbesartan, 56
irbesartan hct, 57
 ISENTRESS 100MG CHEW TABS, 52
 ISENTRESS CHEW TABS 25MG, 52
 ISENTRESS HD TABS, 52
 ISENTRESS ORAL POWDER, 52
 ISENTRESS TABS, 52
isibloom, 65
isoniazid, 48
*isosorbide dinitrate tabs 5mg, 10mg, 20mg &
 30mg*, 58
isosorbide mononitrate, 58
isosorbide mononitrate er, 58
isotretinoin caps 10mg, 20mg, 30mg & 40mg,
 59
isradipine, 57
itraconazole, 47
ivabradine, 57
ivermectin tabs, 50
 IWILFIN, 48
 IXCHIQ INJ, 68
 IXIARO INJ, 68
 JAKAFI, 49
jantoven, 55
 JANUMET, 54, 78
 JANUMET XR, 54, 78
 JANUVIA, 54, 78
 JARDIANCE, 58, 78
jasmiel, 65
 JAYPIRCA TABS, 49
 JENTADUETO, 54, 78
 JENTADUETO XR, 54, 78
jinteli, 65
juleber, 65
 JULUCA, 52
junel 21 day, 65
junel fe 1/20, 65
 JYLAMVO SOLN, 67
 JYNNEOS INJ, 68
 KALYDECO, 72
kariva, 65
kelnor 1/35, 1/50, 65

KERENDIA, 58
ketoconazole cream, shampoo & tabs, 47
ketorolac oral tabs, 41
ketorolac soln 0.4% & 0.5%, 71
 KINRIX INJ, 68
kionex susp, 61
 KISQALI, 49
 KISQALI FEMARA CO-PACK, 49
 KITABIS NEBULIZER, 72
klor-con pack, 61
klor-con tabs, 61
 KLOXXADO, 42
 KOSELUGO, 49
kourzeq, 59
 KRAZATI, 49
kurvelo, 65
labetalol oral, 56
lacosamide oral, 45
lactulose soln 10g/15ml, 62
lamivudine & zidovudine, 53
lamivudine soln, 53
lamivudine tabs 100mg, 52
lamivudine tabs 150mg & 300mg, 53
lamotrigine chewable tabs, 54
lamotrigine immediate-release tabs, 54
lamotrigine odt, 54
 LANOXIN ORAL, 56
lansoprazole dr caps, 62
 LANTUS SOLOSTAR PEN INJ, 55
 LANTUS VIAL INJ, 55
lapatinib, 49
larin, 65
larin fe, 65
latanoprost, 71
 LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR, 52
leena, 65
leflunomide, 67, 78
lenalidomide, 48
 LENVIMA, 49
letrozole, 49
leucovorin oral, 50
leuprolide acetate inj kit 1mg/0.2ml, 66
levalbuterol nebulizer, 72
 LEVALBUTEROL TARTRATE HFA, 72
levetiracetam er, 44
levetiracetam oral, 44
levobunolol, 71
levocarnitine oral, 69
levocetirizine, 71
levofloxacin in d5w inj, 44
levofloxacin oral soln, 44
levofloxacin tabs, 44
levonest, 65
levonorgestrel & ethinyl estradiol 0.1-0.02mg & 0.15-0.03mg & triphasic packs, 65
levonorgestrel & ethinyl estradiol and ethinyl estradiol 0.1/0.02mg-0.01mg packs, 65
levora, 65
levothyroxine tabs, 66
levoxyl, 66
l-glutamine, 63
 LIBERVANT, 45
lidocaine & prilocaine, 78
lidocaine & prilocaine cream, 42
lidocaine ointment, 42, 78
lidocaine patch, 42
lidocaine topical soln, 42, 78
lidocaine viscous soln, 59
lidocan III, 42
 LILETTA, 66
linezolid inj, 43
linezolid oral susp and tabs, 43
 LINZESS, 62
liothyronine tabs, 66
lisinopril, 56
lisinopril & hydrochlorothiazide, 57
lithium carbonate, 54
lithium carbonate er, 54
lithium oral soln, 54
 LIVTENCITY, 52, 78

LODINE TABS, 41
 LOKELMA, 61
 LONSURF, 48
loperamide caps 2mg, 62
lopinavir & ritonavir, 53
lorazepam soln & tabs, 54
 LORBRENA, 49
loryna, 65
losartan, 56
losartan hct, 57
 LOTEMAX OINT, 71
 LOTEMAX SM GEL 0.38%, 71
lovastatin, 58
low-ogestrel, 65
loxapine, 51
lubiprostone, 62
 LUMAKRAS, 49
 LUMIGAN, 71
 LUPRON DEPOT INJ, 66
 LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH & 3-MONTH) INJ, 66
 LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INJ, 64
lurasidone hcl tabs, 51
lyleq, 66
lyllana, 65
 LYNPARZA, 49
 LYSODREN, 48
 LYTGOBI TABS, 49
 LYUMJEV KWIKPEN INJ, 55
 LYUMJEV VIAL INJ, 55
lyza, 66
magnesium sulfate inj, 61
malathion, 60
maraviroc, 53
marlissa 28 day, 65
 MARPLAN, 46
 MATULANE, 48
meclizine, 46
 MEDROL TABS, 63
medroxyprogesterone acetate inj, 66
medroxyprogesterone acetate tabs, 66
mefloquine, 50
megestrol acetate oral susp 40mg/ml, 66
megestrol tabs, 66
 MEKINIST, 49
 MEKTOVI, 49
meloxicam tabs, 41
memantine hcl immediate release, 46
memantine hcl soln, 46
memantine hcl titration pack, 46
 MENACTRA INJ, 68
 MENEST, 65
 MENQUADFI INJ, 68
 MENVEO-A/C/Y/W-135 INJ, 68
meprobamate, 53
mercaptapurine, 48
meropenem inj, 44
mesalamine dr, 69
mesalamine enema, 69
mesalamine er caps, 69, 78
mesalamine rectal suppository, 69
 MESNEX TABS, 50
metformin er uncoated tabs 500mg & 750mg, 54
metformin tabs, 54
methadone oral, 41
methazolamide, 71
methenamine hippurate, 43
methimazole, 66
methocarbamol tabs, 73
methotrexate inj 50mg/2ml, 67
methotrexate oral, 67
methoxsalen, 60
methsuximide, 45
methylphenidate er tabs 10mg & 20mg, 58
methylphenidate ir tabs 5mg, 10mg & 20mg, 58
methylprednisolone dose pack, 63
methylprednisolone oral, 63
metoclopramide oral tablets & soln, 62
metolazone, 57
metoprolol & hydrochlorothiazide, 57
metoprolol succinate er, 56

metoprolol tartrate tabs 25mg,50mg & 100mg, 56
metronidazole inj, 43
metronidazole oral, 43
metronidazole topical, 59
metronidazole vagina gel, 43
metyrosine caps, 57
mexiletine, 56
microgestin 1/20 & 1.5/30, 65
microgestin 24 fe, 65
microgestin fe 1/20 & 1.5/30, 65
midodrine tabs, 56
mifepristone tabs 300mg, 66
miglustat, 63
mili, 65
mimvey, 65
minocycline ir, 44
minoxidil, 58
mirtazapine, 46
mirtazapine odt, 46
misoprostol, 62
M-M-R II INJ, 68
modafinil, 73
moexipril, 56
molindone, 51
mometasone cream, oint & soln, 60
mometasone furoate nasal, 71
mometasone furoate nasal, 78
montelukast, 71
morphine sulfate er tabs, 41, 78
morphine sulfate oral, 42
MOUNJARO INJ, 54, 78
MOVANTIK, 62
moxifloxacin hcl ophthalmic, 70
moxifloxacin inj, 44
moxifloxacin oral, 44
MRESVIA INJ, 68
MULTAQ, 56
mupirocin cream, 61, 78
mupirocin ointment, 61

mycophenolate mofetil caps & tabs, 67
mycophenolate mofetil oral susp, 68
mycophenolic acid dr, 68
MYFORTIC, 68
MYHIBBIN, 68
MYRBETRIQ, 63
nabumetone, 41
nadolol, 56
nafcillin sodium inj, 43
naloxone inj, 42
naloxone nasal, 42
naltrexone, 42
naproxen sodium ir tabs, 41
naproxen tabs 250mg, 375mg & 500mg, 41
naratriptan, 48, 78
nateglinide, 54
NAYZILAM, 44
nebivolol hcl, 56
NEBUPENT NEBULIZER, 50
necon, 65
nefazodone, 46
neomycin & polymyxin & bacitracin, 70
neomycin & polymyxin & bacitracin & hydrocortisone, 70
neomycin & polymyxin & dexamethasone, 70
neomycin & polymyxin & gramicidin ophthalmic, 70
neomycin & polymyxin & hydrocortisone, 70, 71
neomycin sulfate oral, 42
neo-polycin hc ophthalmic ointment, 70
neo-polycin ophthalmic ointment, 70
NEORAL, 68
NERLYNX, 49
NEUPRO PATCH, 50, 78
nevirapine er & susp, 52
nevirapine tabs, 52
NEXPLANON, 66
niacin er tabs, 58, 78
nicardipine caps, 57

NICOTROL INHALER, 42
 NICOTROL NASAL, 42
nifedipine caps, 57
nifedipine er, 57
nikki, 65
nilutamide, 48
nimodipine, 57
 NINLARO, 49
nitazoxanide, 50
nitisinone, 63
nitro-bid oint, 58
nitrofurantoin caps, 43
nitroglycerin lingual, 58
nitroglycerin patches, 58
nitroglycerin rectal oint, 62
nitroglycerin sublingual, 58
 NIVESTYM INJ, 55
norelgestromin/ethinyl estradiol patch, 65
norethindrone, 66
norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 0.4mg/0.035mg, 65
norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 20mcg/75mg/1mg, 65
norgestimate-ethinyl estradiol, 65
nortriptyline, 46
 NORVIR POWDER, 53
 NUBEQA, 48
 NUEDEXTA, 59
 NUPLAZID, 51
 NURTEC ODT, 47
nyamyc, 47
nylia 7/7/7 & 1/35, 65
nymyo, 65
nystatin, 47
nystatin & triamcinolone, 60
nystop, 47
octreotide inj 1000mcg/ml, 66
octreotide inj 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml & 500mcg/ml, 66
 ODEFSEY, 53
 ODOMZO, 49
 OFEV, 72, 78
ofloxacin ophthalmic, 70
ofloxacin oral, 44
ofloxacin otic, 71
 OGSIVEO, 48
 OHTUVAYRE NEBULIZER, 72
 OJEMDA, 49
 OJJAARA, 49
olanzapine inj & tabs, 51
olanzapine odt, 51
olmesartan, 56
olmesartan & amlodipine, 57
olmesartan hct, 57
olmesartan medoxomil & amlodipine & hydrochlorothiazide tabs, 57
omega-3-acid ethyl esters, 58
omeprazole caps, 62
ondansetron odt, 47
ondansetron oral soln, 47
ondansetron tabs 4mg & 8mg, 47
 ONUREG, 48
 OPSUMIT, 72
 OPVEE, 42
 ORAPRED ODT, 63
 ORENCIA INJ, 67, 78
 ORGOVYX, 66
 ORKAMBI, 72
 ORSERDU TABS, 48
oseltamivir caps, 53
oseltamivir susp, 53
 OTEZLA, 60, 78
 OTEZLA STARTER, 67, 79
oxcarbazepine susp, 45
oxcarbazepine tabs, 45
oxybutynin er, 63
oxybutynin ir, 63
oxycodone & acetaminophen, 79
oxycodone & acetaminophen 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg, 42
 OXYCODONE ER TABS, 41
 OXYCODONE ER TABS 10MG & 20MG, 79

oxycodone immediate-release, 42
oxycodone oral soln, 42
 OZEMPIC INJ, 54, 79
pacerone tabs, 56
paliperidone er tabs, 51
 PANRETIN, 50
pantoprazole tabs, 62
paricalcitol caps, 69
paroxetine hcl er, 46
paroxetine hcl ir tabs, 46
paroxetine hcl susp, 46
 PAXLOVID, 53
pazopanib, 49
 PEDIARIX INJ, 68
 PEDVAX HIB INJ, 68
peg 3350 & electrolytes, 62
peg 3350 & sodium chloride & sodium bicarbonate & potassium chloride, 62
peg 3350 & sodium sulfate & sodium chloride & potassium chloride & sodium ascorbate & ascorbic, 62
 PEGASYS SYRINGE INJ, 68
 PEGASYS VIAL INJ, 67
 PEMAZYRE, 49
 PENBRAYA INJ, 68
penicillamine tabs, 61
penicillin g inj 5 million units & 20 million units, 43
penicillin v potassium, 43
pentamidine inhalation soln, 50
pentamidine inj, 50
pentoxifylline er, 57
 PERFOROMIST NEBULIZER, 72
perindopril, 56
periogard, 59
permethrin cream, 60
perphenazine, 51
perphenazine & amitriptyline, 46
 PETACEL INJ, 68
phenelzine, 46
phenobarbital elixir & tabs, 45
phenytek, 45
phenytoin er, 45
phenytoin oral susp & chewable tabs, 45
 PIFELTRO, 52
pilocarpine soln, 71
pilocarpine tabs, 59
pimecrolimus, 60, 79
pimozide, 51
pimtree, 65
pindolol, 56
pioglitazone, 54
pioglitazone & metformin, 54
piperacillin/tazobactam inj, 44
 PIQRAY, 49
pirfenidone, 72, 79
piroxicam, 41
plenamine inj, 61
 PLENVU, 62
pmdd fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg, 46
podofilox soln, 60
polycin ophthalmic ointment, 70
polymyxin b sulfate & trimethoprim sulfate ophthalmic soln, 70
 POMALYST, 48
posaconazole dr tabs, 47
posaconazole suspension, 47
potassium chloride & dextrose & lactated ringers inj, 61
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%, 61
potassium chloride & dextrose 20mEq/5% inj, 61
potassium chloride er & cr, 61
potassium chloride inj, 61
potassium chloride oral soln, 61
potassium chloride pack 20meq, 61

potassium citrate er, 61
pramipexole ir, 50
prasugrel, 56
pravastatin, 58
praziquantel tabs, 50
prazosin, 63
 PRED MILD, 71
prednisolone acetate, 71
prednisolone odt, 63
prednisolone oral soln, 63
prednisolone sodium phosphate, 71
prednisolone tablet 5mg, 63
 PREDNISON INTENSOL, 63
prednisone oral soln, 63
prednisone tab pack, 63
prednisone tabs, 63
pregabalin, 45
 PREHEVBRIO INJ, 68
 PREMARIN ORAL, 65
 PREMARIN VAGINAL CREAM, 65
 PREMPHASE, 65
 PREMPRO, 65
prenatal multi-vitamin, 61
prevalite, 58
 PREVYMIS, 52, 79
 PREZCOBIX, 53
 PREZISTA SUSP 100MG/ML, 53
 PREZISTA TABS 75MG & 150MG, 53
 PRIFTIN, 48
 PRIMAQUINE, 50
 PRIMIDONE TABS 125MG, 45
primidone tabs 50mg & 250mg, 45
 PRIORIX INJ, 68
 PROAIR RESPICLICK, 72
probenecid, 47
probenecid & colchicine, 47
prochlorperazine oral, 47
prochlorperazine supp, 47
 PROCRT INJ 20000UNIT/ML &
 40000UNIT/ML, 55
 PROCRT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML,
 4000UNIT/ML & 10000UNIT/ML, 55
procto-med hc, 69
proctosol hc, 69
proctozone-hc, 69
progesterone caps, 66
 PROGRAF CAPS, 68
 PROGRAF PACK, 68
 PROLASTIN C INJ, 63
 PROLIA INJ, 69
 PROMACTA, 55, 79
promethazine supp, 47
promethazine syrup, 47
promethazine tabs, 47
promethegan supp, 47
propafenone tabs, 56
propranolol er caps, 56
propranolol ir tabs, 56
propranolol oral soln, 56
propylthiouracil, 66
 PROQUAD INJ, 68
 PROSOL INJ, 61
protriptyline, 46
 PULMICORT NEBULIZER, 71
 PULMOZYME, 72
 PURIXAN, 48
pyrazinamide, 48
pyridostigmine er tabs 180mg, 48
pyridostigmine soln, 48
pyridostigmine tabs 60mg, 48
pyrimethamine, 50
 QINLOCK, 49
 QUADRACEL INJ, 68
quetiapine er tabs, 51
*quetiapine fumarate 25mg, 50mg, 100mg,
 200mg, 300mg & 400mg tabs*, 51
quinapril, 56
quinidine gluconate cr, 56
*quinidine sulfat*e, 56
*quinine sulfat*e caps, 50
 QVAR REDIHALER, 71

RABAVERT INJ, 68
rabeprazole sodium, 62
raloxifene hcl, 66
ramelteon, 73, 79
ramipril, 56
ranolazine er, 57
 RAPAMUNE SOLN, 68
 RAPAMUNE TABS, 68
rasagiline, 51
 RAYALDEE, 69
reclipsen, 65
 RECOMBIVAX HB INJ, 68
 REGRANEX, 60, 79
 RELENZA DISKHALER, 53
 RELEUKO INJ, 55
 RELISTOR INJ, 62
 RELISTOR TABS, 62
repaglinide, 54
 REPATHA INJ, 58
 RETACRIT INJ 20000UNIT/ML &
 40000UNIT/ML, 55
 RETACRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML,
 4000UNIT/ML,10000UNIT/ML &
 20000UNIT/2ML, 55
 RETEVMO, 49
 REVLIMID, 48
 REXULTI, 51
 REYATAZ ORAL POWDER, 53
 REZLIDHIA CAPS, 49
 RHOPRESSA, 71
ribavirin, 52
 RIDAURA, 67
rifabutin, 48
rifampin oral and inj, 48
riluzole, 59
rimantadine, 53
 RINVOQ, 67, 79
risedronate sodium, 69
risedronate sodium dr, 69
risperidone, 51
risperidone er inj 12.5mg & 25mg, 51
risperidone er inj 37.5mg & 50mg, 51
risperidone odt, 51
ritonavir tabs, 53
rivastigmine caps, 46, 79
rivastigmine patches, 46, 79
rizatriptan, 48
rizatriptan odt, 48
 ROCKLATAN, 70
roflumilast tabs, 72
ropinirole ir, 50
rosuvastatin, 58
 ROTARIX, 68
 ROTATEQ, 68
roweepra 500mg, 44
 ROZLYTREK, 49
 RUBRACA, 49
rufinamide, 45
 RUKOBIA, 53
 RYBELSUS, 54, 79
 RYDAPT, 49
sajazir inj, 67
 SANDIMMUNE CAPS 25MG & 100MG, 68
 SANTYL, 60, 79
sapropterin, 63
 SAVELLA, 59
 SAVELLA TITRATION PACK, 59
 SCEMBLIX, 49
scopolamine patch, 47
 SECUADO, 51
selegiline, 51
selenium sulfide lotion, 60
 SELZENTRY 25MG & 75MG, 53
 SELZENTRY SOLN, 53
 SEREVENT DISKUS, 72
sertraline oral soln, 46
sertraline tabs, 46
setlakin, 65
sharobel, 66
 SHINGRIX INJ, 68

SIGNIFOR INJ, 66
sildenafil tab 20mg, 72
sildenafil tab 25mg, 50mg, 100mg, 74, 75
silver sulfadiazine, 60
 SIMBRINZA, 70
simvastatin, 58
sirolimus soln, 68
sirolimus tabs, 68
 SIRTURO, 48
 SIVEXTRO TABS & INJ, 43
 SKYRIZI INJ, 67, 79
sodium chloride inj, 61
sodium chloride irrigation soln, 69
sodium phenylbutyrate powder & tabs, 63
sodium polystyrene sulfonate powder, 61
sodium sulfate, potassium sulfate and magnesium sulfate, 62
 SOFOSBUVIR/VELPATASVIR, 52
solifenacin succinate, 63
 SOLIQUA INJ, 54
 SOLTAMOX, 48
 SOMAVERT INJ, 66
sorafenib, 49
sorine, 56
sotalol tabs, 56
 SPIRIVA RESPIMAT, 72, 79
spironolactone & hydrochlorothiazide, 57
spironolactone tabs, 58
 SPRITAM, 45
 SPRYCEL, 49
sps suspension, 61
ssd, 60
 STELARA INJ, 67, 79
 STIOLTO RESPIMAT, 73
 STIVARGA, 49
streptomycin inj, 42
 STRIBILD, 52
 STRIVERDI RESPIMAT, 72
subvenite tabs, 54
sucrafate tabs, 62
sulfacetamide sodium & prednisolone sodium phosphate ophthalmic, 70
sulfacetamide sodium ophthalmic oint & soln 10%, 70
sulfacetamide sodium topical lotion 10%, 44
sulfadiazine tabs, 44
sulfamethoxazole & trimethoprim ds tabs, 44
sulfamethoxazole & trimethoprim oral susp, 44
sulfamethoxazole & trimethoprim tabs, 44
sulfasalazine, 69
sulindac, 41
sumatriptan nasal, 48
sumatriptan succinate inj, 48
sumatriptan succinate tabs, 48
sunitinib malate, 49
 SUNLENCA, 53
 SYMLINPEN INJ, 54
 SYMPAZAN 10MG & 20MG, 45
 SYMPAZAN 5MG, 45
 SYMTUZA, 53
 SYNAREL, 66
 SYNJARDY, 54, 79
 SYNJARDY XR, 54, 79
 SYNTHROID, 66
 TABRECTA, 49
tacrolimus caps 0.5mg & 1mg, 68
tacrolimus caps 5mg, 68
tacrolimus oint, 60, 79
tadalafil 2.5mg & 5mg, 63, 79
tadalafil tab 20mg, 72
 TAFINLAR, 49
 TAGRISSO, 49
 TALZENNA, 50
tamoxifen, 48
tamsulosin, 63
tarina fe 1/20 eq, 65
 TASIGNA, 50
tasimelteon caps, 73
tazarotene cream, 59
tazarotene gel, 59, 79
tazicef inj, 43

TAZVERIK, 50
 TDVAX INJ, 68
 TEFLARO INJ, 43
 TEGRETOL, 45
 TEGRETOL XR, 45
telmisartan, 56
temazepam caps, 73
 TENIVAC INJ, 68
tenofovir disoproxil fumarate, 53
 TEPMETKO, 50
terazosin, 63
terbinafine, 47
terbutaline sulfate oral, 72
terconazole, 47
teriflunomide tabs, 59
 TERIPARATIDE INJ, 69
testosterone cypionate inj, 64
testosterone enanthate inj, 64
testosterone gel 1% & 1.62%, 64
testosterone gel 25mg/2.5g, 20.25mg/1.25g, 40.5mg/2.5g & 50mg/5g, 64
tetrabenazine, 79
tetrabenazine, 59
tetracycline, 44
 THALOMID, 48
theophylline er tabs, 72
thioridazine, 51
thiothixene, 51
tiadylt er, 57
tiagabine, 45
 TIBSOVO, 50
 TICOVAC INJ, 68
tigecycline inj, 43
timolol ophth soln 12 hours 0.25% & 0.5% multi-use bottles, 71
timolol ophthalmic gel forming, 71
timolol oral, 48
tinidazole tabs, 43
tiopronin, 63
 TIVICAY PD, 52
 TIVICAY TAB 10MG, 52
 TIVICAY TABS 25MG & 50MG, 52
tizanidine caps, 52
tizanidine tabs, 52
 TOBI PODHALER, 72
 TOBI SOLN, 72
 TOBRADEX OINT, 70
tobramycin & dexamethasone ophthalmic suspension, 70
tobramycin nebulizer, 72
tobramycin ophthalmic solution, 70
tobramycin sulfate inj, 42
tolterodine tartrate er, 63, 79
topiramate immediate-release, 48
toremifene citrate, 48
torpenz, 50
torseamide, 57
 TOUJEO MAX SOLOSTAR INJ, 55
 TOUJEO SOLOSTAR INJ, 55
 TPN ELECTROLYTES INJ, 61
 TRACLEER 32MG, 72
 TRADJENTA, 54, 79
tramadol & acetaminophen, 42, 80
tramadol er tabs, 41, 80
tramadol ir tab 100mg, 42, 80
tramadol tab 50mg, 42
trandolapril, 56
tranexamic acid tabs, 56
tranylcypramine, 46
 TRAVASOL INJ, 61
travoprost, 71
trazodone, 46
 TRECATOR, 48
 TRELEGY ELLIPTA, 73, 80
 TRELSTAR MIXJECT INJ, 66
 TREMFYA INJ, 67, 80
 TRESIBA FLEXTOUCH INJ, 55
 TRESIBA VIAL INJ, 55
tretinoin caps, 50
tretinoin cream, 59

tretinoin gel 0.01%, 0.025% & 0.05%, 59
triamcinolone acetonide topical cream & lotion, 60
triamcinolone acetonide topical oint 0.025%, 0.1% & 0.5%, 60
triamcinolone dental paste, 59
triamterene & hydrochlorothiazide, 57
tridacaine ii patch, 42
triderm cream 0.1%, 60
trientine cap 250mg, 61
tri-estarylla, 65
trifluoperazine, 51
trifluridine, 70
trihexyphenidyl elixir & tabs, 50
 TRIJARDY XR, 54, 80
 TRILEPTAL, 45
tri-lo-estarylla, 65
tri-lo-sprintec, 65
trimethoprim, 43
tri-mili, 65
trimipramine maleate, 46
 TRINTELLIX, 46
tri-nymyo, 65
tri-sprintec, 65
 TRIUMEQ, 53
 TRIUMEQ PD, 53
trivora-28, 66
tri-vylibra, 65
tri-vylibra lo, 65
tropium ir, 63
 TRULICITY INJ, 54, 80
 TRUMENBA INJ, 69
 TRUQAP, 50
 TUKYSA, 50
 TURALIO, 50
turqoz, 66
 TWINRIX INJ, 69
 TYBOST, 53
 TYMLOS INJ, 69
 TYPHIM VI INJ, 69
 UBRELVY, 47
 UDENYCA INJ, 55
unithroid, 66
 UPTRAVI, 72
ursodiol cap 300mg & tabs 250mg & 500mg, 62
 UZEDY INJ, 51
valacyclovir, 52
 VALCHLOR, 48
valganciclovir oral soln, 52
valganciclovir tabs, 52
valproic acid oral caps & soln, 45
valsartan & amlodipine, 57
valsartan hct, 57
valsartan tabs, 56
 VALTOCO, 45
vancomycin caps, 43
vancomycin inj 500mg, 750mg, 1gm & 10gm, 43
vancomycin oral soln 250mg/5ml, 43
vandazole, 43
 VANFLYTA, 50
 VAQTA INJ, 69
varenicline starting month box, 42
varenicline tartrate, 42
 VARIVAX INJ, 69
 VASCEPA CAPS, 58
 VAXCHORA INJ, 69
velivet, 66
 VELTASSA, 61
 VEMLIDY, 52
 VENCLEXTA STARTING PACK, 50
 VENCLEXTA TABS 100MG, 50
 VENCLEXTA TABS 10MG & 50MG, 50
venlafaxine hcl er caps, 46
venlafaxine ir tabs, 46
verapamil er, 57
verapamil ir, 57
verapamil sr, 57
 VERQUVO, 58
 VERSACLOZ, 51
 VERZENIO, 50
vestura, 66

vienva, 66
vigabatrin, 45
vigadrone, 45
VIGAFYDE, 45
vigpoder, 45
vilazodone, 46
VIRACEPT, 53
VIREAD POWDER, 53
VIREAD TABS 150MG, 200MG & 250MG, 53
VITRAKVI, 50
VIZIMPRO, 50
VONJO, 48
voriconazole inj, 47
voriconazole oral suspension, 47
voriconazole tabs, 47
VOSEVI, 52
VOWST, 62
VRAYLAR, 51
VUMERITY, 59
vyfemla, 66
vylibra, 66
VYZULTA, 71
warfarin, 55
WELIREG, 63
wixela inhub, 73, 80
wymzya fe, 66
XALKORI, 50
XARELTO ORAL SUSP & TABS, 55, 80
XARELTO STARTER PACK, 55, 80
XCOPRI MAINTENANCE PACK, 45
XCOPRI TABS, 45
XCOPRI TITRATION PACK 50-100MG, & 150-200MG, 45
XCOPRI TITRATION PACK 12.5MG/25MG, 45
XDEMVI, 70, 80
XELJANZ, 67, 80
XELJANZ XR, 67, 80
XERMELO, 62
XGEVA INJ, 69
XIFAXAN TABS 200MG, 62
XIFAXAN TABS 550MG, 62
XIGDUO XR, 54, 80
XIIDRA, 70
XOFLUZA, 53
XOLAIR INJ, 67, 80
XOSPATA, 50
XPOVIO, 50
XTANDI, 48
xulane, 66
XYWAV, 73
YF-VAX INJ, 69
YONSA, 48
YUPELRI, 72
yuvafem, 66
zafemy, 66
zafirlukast, 80
zafirlukast, 71
ZEGALOGUE INJ, 54
ZEJULA TABS, 50
ZELBORAF, 50
zenatane, 59
zenzedi, 80
zenzedi tabs 5mg & 10mg, 58
zidovudine, 53
ziprasidone inj, 51
ziprasidone oral, 51
ZIRGAN, 70
ZOLINZA, 50
zolmitriptan, 80
zolmitriptan odt, 48
zolmitriptan tabs, 48
zolpidem ir tabs 5mg & 10mg, 73
ZONISADE, 45
zonisamide, 45
ZOSYN INJ, 44
zovia, 66
ZTALMY SUSP, 45
ZURZUVAE, 46
ZYDELIG, 50
ZYKADIA TABS, 50

ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG, 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: 1-800-559-3500
FAX: 1-562-989-0958
TTY: 711

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-559-3500. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-559-3500. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

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

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

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

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

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

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

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

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

Japanese: 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご利用になるには、1-800-559-3500にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

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

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

Mon-Khmer, Cambodian:

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

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

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-559-3500 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

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

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

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-559-3500. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

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

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per usufruire di un interprete, contattare il numero 1-800-559-3500. Un nostro incaricato che parla Italiano Le fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-559-3500. Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou yo. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-559-3500. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-559-3500. Ta usługa jest bezpłatna.

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

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



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

This formulary was updated on 10/1/2024. For more recent information or other questions, please contact SCAN Health Plan Member Services at 1-800-559-3500 (TTY users should call 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day), or visit www.scanhealthplan.com.

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

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

SCAN Health Plan complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. SCAN Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. SCAN Health Plan 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。