

2025 SCAN Health Plan Formulary

List of Covered Drugs (Formulary)

Formulario de SCAN Health Plan

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)



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

2025 *List of Covered Drugs* (Formulary)

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID, Version Number 25409, 16

This formulary was updated on 10/1/2024.

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

For more recent information or other questions, contact us at SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day), or visit www.scanhealthplan.com.

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

When this drug list (formulary) refers to "we," "us", or "our," it means SCAN Health Plan. When it refers to "plan" or "our plan," it means SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP).

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

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

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



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.

10/1/2024 25C-CAFOR976
Y0057_SCAN_21205_2025_C DHCS Approved 08152024

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



Introduction

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

Table of Contents

A. Disclaimers.....	5
B. Frequently Asked Questions (FAQ)	9
B1. What prescription drugs are on the <i>List of Covered Drugs (Formulary)</i> ? (We call the <i>List of Covered Drugs (Formulary)</i> the “ <i>Drug List</i> ” for short.).....	9
B2. Does the Drug List ever change?	10
B3. What happens when there is a change to the <i>Drug List</i> ?	11
B4. Are there any restrictions or limits on drug coverage or any required actions to take to get certain drugs?.....	12
B5. How will I know if the drug I want has limits or if there are required actions to take to get the drug?	13
B6. What happens if SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) changes their rules about how they cover some drugs (for example, prior authorization, or quantity limits restrictions)?.....	13
B7. How can I find a drug on the <i>Drug List</i> ?.....	13
B8. What if the drug I want to take is not on the <i>Drug List</i> ?	14
B9. What if I am a new SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) member and can’t find my drug on the <i>Drug List</i> or have a problem getting my drug?.....	14
B10. Can I ask for an exception to cover my drug?	15
B11. How can I ask for an exception?	16

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



B12. How long does it take to get an exception?.....	16
B13. What are generic drugs?	16
B14. What are original biological products and how are they related to biosimilars?	16
B15. What are OTC drugs?	17
B16. Does SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cover non-drug OTC products?	17
B17. Does SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cover long-term supplies of prescriptions?	17
B18. What is my copay?.....	18
C. Overview of the <i>List of Covered Drugs (Formulary)</i>	19
C1. Formulary Drugs Arranged by Therapeutic Class.....	43
C2. Formulary Drugs with Quantity Limits.....	76
D. Index.....	81

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



A. Disclaimers

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

- ❖ SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) is an HMO plan with a Medicare contract and a contract with the California Medi-Cal program. Enrollment in SCAN Health Plan depends on contract renewal.
- ❖ You can always check SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)'s up-to-date *List of Covered Drugs (Formulary)* online at: www.scanhealthplan.com or by calling 1-866-722-6725. (TTY users should call 711). This call is free.
- ❖ You can get this document for free in other formats, such as large print, braille, or audio. Call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free.
- ❖ SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) provides oral interpretation services, including sign language, from a qualified interpreter, on a 24-hour basis, at no cost to you. You do not have to use a family member or friend as an interpreter. We discourage the use of minors as interpreters unless it is an emergency. Interpreter, linguistic, and cultural services are available for free. Help is available 24 hours a day, 7 days a week. For help in your language, or to get the 2025 List of Covered Drugs (Formulary) in a different language, call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) member services at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day) or visit www.scanhealthplan.com. The call is free. If you need help in your language, call 1-866-722-6725. (TTY users should call 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call member services at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711). These services are free.
- ❖ This document is available for free in Spanish, Chinese, and Korean.
- ❖ Information written in other languages is also available in:

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



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

Hmong-Mien: Peb muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm pab 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 pab ntawm 1-866-722-6725. Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

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

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

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

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

Mon-Khmer, Cambodian:

យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្លាស់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែគ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-866-722-6725។ មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Persian:

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

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information,** visit www.scanhealthplan.com.



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

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

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

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

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

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

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

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

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



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

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

B. Frequently Asked Questions (FAQ)

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

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

The drugs on the *List of Covered Drugs (Formulary)* that starts on page 43 are the drugs covered by SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP). A formulary is a list of covered drugs selected by SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) in consultation with a team of health care providers, which represents the prescription therapies believed to be a necessary part of a quality treatment program. The drugs are available at pharmacies within our network. A pharmacy is in our network if we have an agreement with them to work with us and provide you services. We refer to these pharmacies as “network pharmacies.”

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

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

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



- you fill the prescription at a SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) network pharmacy, **and**
- other plan rules are followed.
- In some cases, you have to do something before you can get a drug. Refer to question B4 for more information.

You can also find an up-to-date list of drugs that we cover on our website at www.scanhealthplan.com or call Member Services at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711) 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day).

B2. Does the Drug List ever change?

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

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

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

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

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

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

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

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



- You can always check SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)'s up-to-date *Drug List* online at www.scanhealthplan.com. Updates to the *Drug List* are posted on the website monthly.
- You can also call Member Services at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711) 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day) to check the current *Drug List*.

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

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

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

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



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

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

When these changes happen, we will:

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

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

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

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

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

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

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



(HMO D-SNP) provides 30 tablets per prescription for ramelteon. This may be in addition to a standard one-month or three-month supply.

You can find out if your drug has any additional requirements or limits by looking in the formulary that begins on page 43. You can also get more information about the restrictions applied to specific covered drugs by visiting our website at www.scanhealthplan.com. We have posted online a document that explains our prior authorization restriction. You may also ask us to send you a copy.

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

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

The table in the List of Drugs that's on page 43 has a column labeled "Requirements/Limits."

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

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

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

There are two ways to find a drug:

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

To search **alphabetically**, look for your drug in the Index section that begins on page 81. The Index provides an alphabetical list of all of the drugs included in this document. Both brand-name drugs and generic drugs are listed in the Index. Look in the Index and find your drug. Next to your drug, you will see the page number where you can find coverage information. Turn to the page listed in the Index and find the name of your drug in the first column of the list.

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



To search **by medical condition**, find the section labeled "Formulary Drugs Arranged by Therapeutic Class" on page 43. The drugs in this section are grouped into categories depending on the type of medical conditions they are used to treat. For example, if you have a heart condition, you should look in the category "Cardiovascular Agents". That is where you will find drugs that treat heart conditions.

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

If you don't find your drug on the *Drug List*, call Member Services at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711) 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day) and ask if your drug is covered. If you learn that SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) does not cover the drug, you can do one of these things:

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

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

We can help. We may cover a temporary 30-day supply if you are not in a long-term care facility or a 31-day supply if you are a resident of a long-term care facility of your drug during the first 90 days you are a member of SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP). This will give you time to talk to your doctor or other prescriber. They can help you decide if there is a similar drug on the *Drug List* you can take instead or whether to ask for an exception.

If your prescription is written for fewer days, we will allow multiple refills to provide up to a maximum of 30-day supply of medication if you are not in a long-term care facility or a 31-day supply of medication if you are a resident of a long-term care facility.

We will cover a 30-day supply if you are not in a long-term care facility or a 31-day supply if you are a resident of a long-term care facility of your drug if:

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



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

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

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

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

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

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

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

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

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



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

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

B11. How can I ask for an exception?

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

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

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

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

B13. What are generic drugs?

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

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

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

When we refer to drugs, this could mean a drug or a biological product. Biological products are drugs that are more complex than typical drugs. Since biological products are more complex than typical drugs, instead of having a generic form, they have

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



forms that are called biosimilars. Generally, biosimilars work just as well as the original biological product and may cost less. There are biosimilar alternatives for some original biological products. Some biosimilars are interchangeable biosimilars and, depending on state laws, may be substituted for the original biological product at the pharmacy without needing a new prescription, just like generic drugs can be substituted for brand name drugs.

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

B15. What are OTC drugs?

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

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

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

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

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

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

A long-term supply is not available for Specialty drugs. To see which medications are available for a long-term supply, please refer to the Drug List, which starts on page 43.

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



B18. What is my copay?

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

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

Drug Tier		Retail			Mail-Order			
		Preferred		Standard	Preferred		Standard	
		30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply	100-day supply	100-day supply	
Tier 1 (Preferred Generic)		\$0 copayment	\$0 copayment	\$0 copayment	\$0 copayment	\$0 copayment	\$0 copayment	
Tier 2 (Generic)		\$0 copayment	\$0 copayment	\$0 or \$1 copayment	\$0 or \$1.60 or \$2 copayment	\$0 copayment	\$0 or \$1.60 or \$2 copayment	
Tier 3 (Preferred Brand)	Insulin	For generic drugs (including drugs that are treated like generic drugs): - \$0 or \$1.60 or \$4.90 copayment All other drugs: - \$0 or \$4.80 or \$12.15 copayment *A 100-day supply is not available for drugs in Tier 5.						
	Other Drugs							
Tier 4 (Non-Preferred Drug)								
Tier 5 (Specialty Tier)								

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

If you have questions, call Member Services at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711) 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30,

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day).

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

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

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

The information in the Requirements/Limits column tells you if SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) has any special requirements for coverage of your drug.

- The symbol [PA] indicates that prior authorization applies.
- The symbol [B vs D] indicates that this drug may be covered under Medicare Part B or Part D depending upon the circumstances. Information may need to be submitted describing the use and setting of the drug to make the determination.
- The symbol [QL] indicates that quantities dispensed are limited. To see the quantity limit amount for the formulary drugs with quantity limits, turn to the page 76.
- The symbol [LD] indicates that limited distribution applies. This prescription may be available only at certain pharmacies. For more information consult your Pharmacy Directory or call Member Services at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day) or visit www.scanhealthplan.com.
- The symbol [EDS] indicates that this drug is available for an extended day supply (e.g., greater than a 30-day supply) at mail-order and many retail pharmacies.

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



C1. Formulary Drugs Arranged by Therapeutic Class

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

C2. Formulary Drugs with Quantity Limits

D. Index

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

If you have questions, please call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free. **For more information**, visit www.scanhealthplan.com.



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

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) para 2025

LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

ID de envío del archivo del formulario aprobado de HPMS, número de versión 25409, 16

Este formulario se actualizó el 10/1/2024.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje, están cubiertas por nuestro plan sin costo alguno para usted. Consulte la “Lista de medicamentos” (Formulario) de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los gastos compartidos sobre vacunas específicas.

Para obtener información más reciente o si tiene preguntas, comuníquese con SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil). También puede visitar www.scanhealthplan.com.

Nota para miembros actuales: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse que todavía se incluyen los medicamentos que toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) hace referencia a “nosotros” o “nuestro”, quiere decir SCAN Health Plan. Cuando se refiere al “plan” o a “nuestro plan”, quiere decir SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP).

Este documento incluye una Lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que está vigente desde octubre de 2024. Para obtener una Lista de medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (formulario), aparece en la página de portada.

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com.



Por lo general, debe acudir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026 y de vez en cuando durante el año.

Puede solicitar que se le envíen los medicamentos con receta a su hogar a través de nuestro programa de entrega de pedido por correo de la red. Express Scripts PharmacySM es nuestra farmacia de pedido por correo preferida. Si bien puede surtir sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de pedido por correo de nuestra red, pagará menos en una farmacia de pedido por correo preferida. Por lo general, debería recibir sus medicamentos con receta dentro de los 14 días a partir del momento en que la farmacia de pedido por correo Express Scripts reciba la solicitud. Si no recibe su(s) medicamento(s) con receta dentro de ese plazo, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN Health Plan. Para las recetas de pedido por correo, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático comunicándose con Express Scripts Pharmacy al 1-866-553-4125, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede cancelar la inscripción de los envíos automáticos en cualquier momento.

10/1/2024 25C-CAFOR976
Y0057_SCAN_21205_2025_C DHCS Approved 08152024

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com.



Fecha de la última actualización
del formulario 10/1/2024

Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (también conocida como *Lista de medicamentos*). Le indica qué medicamentos con receta están cubiertos por SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP). La *Lista de medicamentos* también le indica si existen normas o restricciones especiales para cualquier medicamento cubierto por SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Tabla de contenidos

E. Descargos de responsabilidad	25
F. Preguntas frecuentes (FAQ)	29
F1. ¿Qué medicamentos con receta están en la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> ? (Llamamos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> la " <i>Lista de medicamentos</i> " para abreviarla).....	29
F2. ¿Cambia alguna vez la Lista de medicamentos?.....	30
F3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	31
F4. ¿Existe alguna restricción o límite en la cobertura para medicamentos o alguna medida que deba tomar para obtener ciertos medicamentos?	33
F5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si se deben tomar medidas necesarias para obtener el medicamento?	34
F6. ¿Qué sucede si SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cambian sus normas sobre cómo cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa o restricciones de límites de cantidad)?.....	34
F7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	34
F8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	35

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com..



Fecha de la última actualización
del formulario 10/1/2024

F9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> o tengo problemas para obtenerlo?.....	35
F10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?	37
F11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?.....	37
F12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción?	38
F13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	38
F14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	38
F15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?.....	39
F16. ¿Cubren SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) los productos OTC no farmacológicos?.....	39
F17. ¿Cubren SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) los suministros a largo plazo de medicamentos con receta?.....	39
F18. ¿Cuál es mi copago?	39
G. Descripción general de la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i>	41
G1. Medicamentos del Formulario organizados por clase terapéutica	43
G2. Medicamentos del Formulario con límites de cantidad	76
H. Índice.....	81

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com.



E. Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en *SCAN Connections (HMO D-SNP)* y *SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)*.

- ❖ SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) son un plan HMO con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medi-Cal de California. La inscripción en SCAN Health Plan depende de la renovación del contrato.
- ❖ Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* actualizada de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) en línea en: www.scanhealthplan.com o llamando al 1-866-722-6725. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Esta llamada es gratuita.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como en letras grandes, braille o audio. Llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.
- ❖ SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) ofrecen servicios de interpretación oral, que incluye lenguaje de señas, a cargo de un intérprete calificado, las 24 horas del día, sin costo alguno. No es necesario acudir a un familiar o amigo como intérprete. Desaconsejamos recurrir a menores como intérpretes, a menos que sea una emergencia. Los servicios de interpretación, lingüísticos y culturales están disponibles de forma gratuita. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener ayuda en su idioma o para obtener la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) para 2025 en otro idioma, llame a Servicios para Miembros de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil). También puede visitar www.scanhealthplan.com. La llamada es gratuita. Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-722-6725. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). También hay disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y en letra grande. Llame a Servicios para Miembros al 1-866-722-6725. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estos servicios no tienen costo.

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com.



Fecha de la última actualización
del formulario 10/1/2024

- ❖ Este documento está disponible sin cargo en español, chino y coreano.
- ❖ También está disponible la información escrita en otros idiomas:

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

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

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

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

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.scanhealthplan.com.



Fecha de la última actualización del formulario 10/1/2024

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

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

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

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

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

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

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພາສາລາວ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສະຖະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພາຍໃຈທ່ານໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-722-6725. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພາສາ.

Lun-Khmer, camboyano:

យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែគ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ **1-866-722-6725**។ មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.scanhealthplan.com.



Fecha de la última actualización del formulario 10/1/2024

Persa:

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

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

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

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

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

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

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

Tailandés: เรามีบริการสามฟรีเพื่อตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข **1-866-722-6725** เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.scanhealthplan.com.



Fecha de la última actualización
del formulario 10/1/2024

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

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

- ❖ Llame a Servicios para Miembros para solicitar el material en un idioma que no sea español o en un formato alternativo. Puede solicitar a Servicios para Miembros que actualicen su registro con su preferencia de idioma o formato para futuros envíos.

F. Preguntas frecuentes (FAQ)

Encuentre respuestas aquí a las preguntas que tiene sobre esta *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Puede leer todas las preguntas frecuentes para obtener más información o buscar una pregunta y su respuesta.

F1. ¿Qué medicamentos con receta están en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*? (Llamamos a la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* la “*Lista de medicamentos*” para abreviarla).

Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* que comienza en la página 43 son los medicamentos cubiertos por SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP). Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos elegidos por SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) con el asesoramiento de un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias con medicamentos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Los medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ellos para trabajar con nosotros y brindarle servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

Algunos medicamentos con receta y de venta libre, que no están en la Lista de medicamentos, están cubiertos por sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid) con la receta de su médico/a en las farmacias de nuestra red. Comuníquese con Servicios para Miembros (el número de teléfono se encuentra en la parte inferior de la página) o visite nuestro

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com.



Fecha de la última actualización
del formulario 10/1/2024

sitio web (www.scanhealthplan.com) para obtener más información sobre los medicamentos que están cubiertos.

- SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cubrirán todos los medicamentos médicamente necesarios en la Lista de medicamentos siempre y cuando:
 - Su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas indique que los necesita para mejorar o mantenerse saludable
 - SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) estén de acuerdo en que el medicamento es médicamente necesario para usted
 - Surte la receta en una farmacia de la red de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)
 - Se sigan otras normas del plan
- En algunos casos, usted tiene que hacer algo antes de poder conseguir un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en www.scanhealthplan.com o llamar a Servicios para Miembros al 1-866-722-6725. (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.

F2. ¿Cambia alguna vez la Lista de medicamentos?

Sí, y SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) deben seguir las normas de Medicare al realizar cambios. La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero podemos añadir o retirar medicamentos de la *Lista de medicamentos* durante el año.

También podemos cambiar nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo:

- Podríamos decidir requerir o no requerir autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es un permiso de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) que debe obtener antes de acceder a un medicamento).

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com.



- Podríamos añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (llamado límites de cantidad).

Para obtener más información sobre estas normas sobre medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, en general no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione tan bien como un medicamento de la *Lista de medicamentos* actual
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento se retire del mercado.

Las preguntas B3 y B6 a continuación contienen más información sobre lo que sucede cuando cambia la *Lista de medicamentos*.

- Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos* actualizada de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) en línea en www.scanhealthplan.com. Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican en el sitio web mensualmente.
- También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-866-722-6725. (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Puede llamar para consultar la *Lista de medicamentos actualizada*. (Los mensajes recibidos en días festivos y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil).

F3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la *Lista de medicamentos*?

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* ocurrirán **de inmediato**. Por ejemplo:

- **Las sustituciones de ciertas versiones nuevas de medicamentos.** Podemos retirar de inmediato los medicamentos de la *Lista de medicamentos* si los reemplazamos con ciertas versiones nuevas de ese medicamento, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o será menor. Si agregamos una nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com.



Fecha de la última actualización
del formulario 10/1/2024

medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus normas o límites de cobertura.

- Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que suceda.
- Podemos hacer estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando:
 - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o
 - es una nueva versión biosimilar de determinados productos biológicos originales de la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, la adición de un biosimilar intercambiable que puede sustituirse por un producto biológico original sin una nueva receta).
 - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la Sección B14.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Un medicamento se retira del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) considera que un medicamento que está tomando no es seguro o eficaz, o, si el fabricante lo retira del mercado, podemos retirarlo inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de hacer el cambio. Después de que se le notifique, comuníquese con su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas para analizar otras opciones.

Podemos realizar otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos por adelantado sobre estos otros cambios en la *Lista de medicamentos*. Motivos por los que pueden ocurrir estos cambios:

- La FDA proporciona nuevas directrices o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Retiramos un medicamento de marca de la *Lista de medicamentos* cuando agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, o

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com.



Fecha de la última actualización
del formulario 10/1/2024

- retiramos un producto biológico original al agregar un biosimilar, o
- cambiamos las normas o los límites de cobertura del medicamento de marca.

Cuando ocurran estos cambios, haremos lo siguiente:

- Notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que implementemos el cambio en la *Lista de medicamentos* o
- Le informaremos esto y le entregaremos un suministro del medicamento para los 30 días posteriores a que solicite un resurtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarle a decidir:

- si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que puede tomar en su lugar o
- si debería solicitar una excepción de estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10 a B12.

F4. ¿Existe alguna restricción o límite en la cobertura para medicamentos o alguna medida que deba tomar para obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen normas de cobertura o tienen límites en cuanto a la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted, su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas debe hacer algo antes de obtener el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa:** Para algunos medicamentos, usted, su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas debe obtener la autorización de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) antes de surtir la receta. La autorización previa no es lo mismo que una recomendación. Es posible que SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) no cubran el medicamento si no obtiene una autorización previa.
- **Límites de cantidad:** A veces, SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) limitan la cantidad que puede obtener de un medicamento. Por ejemplo, SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) proporcionan 30 comprimidos por receta para ramelteon. Esto puede ser un surtido adicional al suministro estándar de un mes o de tres meses.

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com.



Puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional buscando en el formulario que comienza en la página 43. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a los medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web www.scanhealthplan.com. Hemos publicado un documento donde se explica nuestra restricción de autorización previa. Además, puede solicitarnos que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción de estas restricciones o límites. Esto le dará tiempo para hablar con su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas. Pueden ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

F5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si se deben tomar medidas necesarias para obtener el medicamento?

La tabla de la *Lista de medicamentos* que se encuentra en la página 43 tiene una columna denominada "Requisitos/límites".

F6. ¿Qué sucede si SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cambian sus normas sobre cómo cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa o restricciones de límites de cantidad)?

En algunos casos, le avisaremos por adelantado si agregamos o cambiamos una autorización previa, o si limitamos las restricciones de cantidad de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso por adelantado y situaciones en las que es posible que no podamos informarle con anticipación si cambian nuestras normas sobre los medicamentos de la *Lista de medicamentos*.

F7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos*?

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

- puede buscar alfabéticamente, o
- puede buscar por afección médica.

Para buscar **alfabéticamente**, busque su medicamento en la sección Índice que comienza en la página 81. El Índice le proporciona una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos figuran en el Índice. Consulte el Índice y busque su medicamento. Al lado de medicamento, verá el número de página en donde puede encontrar la información de

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com.



cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

Para buscar **por afección médica**, busque la sección “Medicamentos del Formulario organizados por clase terapéutica” en la página 43. Los medicamentos de esta sección se dividen en categorías según el tipo de afección médica que tratan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan afecciones cardíacas.

F8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la *Lista de medicamentos*?

Si no encuentra su medicamento en la *Lista de medicamentos*, llame a Servicios para Miembros al 1-866-722-6725. (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Puede llamar para consultar si un medicamento está cubierto. (Los mensajes recibidos en días festivos y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil). Si SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) no cubren su medicamento, tiene dos opciones:

- Solicite a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP). Muéstresela a su médico/a o a la persona que le extiende las recetas. Pueden recetarle un medicamento similar que esté cubierto por SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP).
- Puede solicitar a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) que hagan una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

F9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la *Lista de medicamentos* o tengo problemas para obtenerlo?

Podemos ayudarle. Podemos cubrir un suministro temporal para 30 días si no se encuentra en un centro de atención médica a largo plazo o un suministro para 31 días del medicamento durante los primeros 90 días que sea miembro de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) si reside en un centro de atención médica a largo plazo. Esto le dará tiempo para hablar con su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas.

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com.



Pueden ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción.

Si su receta está escrita por menos días, permitiremos resurtidos múltiples para proporcionar un suministro máximo de medicamentos para 30 días si no se encuentra en un centro de atención médica a largo plazo o un suministro de medicamentos para 31 días si es residente de un centro de atención médica a largo plazo.

Cubriremos un suministro para 30 días si no se encuentra en un centro de atención médica a largo plazo o un suministro para 31 días si reside en un centro de atención médica a largo plazo de su medicamento en las siguientes situaciones:

- está tomando un medicamento que no figura en nuestra *Lista de medicamentos*,
 -
- las normas de nuestro plan no le permiten recibir la cantidad solicitada por la persona autorizada a dar recetas, ◦
- el medicamento requiere autorización previa de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP).

Si se encuentra en un centro de convalecencia u otro centro de atención médica a largo plazo y necesita un medicamento que no figura en la *Lista de medicamentos*, o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarle. Si ha estado en el plan por más de 90 días, vive en un centro de atención médica a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días del medicamento que necesita (a menos que tenga una receta para menos días), independientemente de si es o no un/a miembro nuevo/a de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP).
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días que sea miembro de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP).

Si actualmente es miembro y se está cambiando a un nivel de atención diferente, es posible que le receten medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos o que su capacidad para obtener sus medicamentos sea limitada. En estos casos, tiene que hablar con su médico/a sobre los tratamientos alternativos adecuados que se encuentran disponibles en nuestro formulario. Si no hay tratamientos alternativos

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com.



adecuados en nuestro formulario, usted o su médico/a pueden solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o quite las restricciones del medicamento. Mientras habla con su médico/a para determinar el curso de acción, es elegible para recibir un suministro del medicamento para 30 días, si está pasando de un centro de atención médica a largo plazo, una hospitalización, sala de emergencias, centro de enfermería especializada u hospicio a su hogar, o un suministro de transición para 31 días, si está pasando de su hogar a una hospitalización o a un centro de atención médica a largo plazo.

F10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?

Sí. Puede pedirles a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) que hagan una excepción y cubran un medicamento que no figura en la *Lista de medicamentos*.

También puede pedirnos que cambiemos las normas de su medicamento.

- Por ejemplo, SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) pueden limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: Puede pedirnos que eliminemos los requisitos de autorización previa.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no figura en nuestro formulario.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento genérico del formulario a un nivel de gastos compartidos más bajo, a menos que el medicamento se encuentre entre los medicamentos de especialidad.

Por lo general, SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) solo aprobarán la solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan o las restricciones de uso adicionales no resultaran tan eficaces a la hora de tratar su afección o provocaran efectos médicos adversos.

F11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para pedir una excepción, llame a Servicios para Miembros. Servicios para Miembros trabajará con usted y la persona autorizada a dar recetas para ayudarle a pedir una excepción.

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com.



También puede leer el **Capítulo 9**, sección **G2, Excepciones de la Parte D de Medicare** del *Manual para miembros*, para obtener más información sobre las excepciones.

F12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción?

Después de recibir una declaración de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud de una excepción, le daremos una decisión dentro de las 72 horas.

Si usted o la persona autorizada a dar recetas creen que su salud puede verse perjudicada por esperar 72 horas para obtener una decisión, puede solicitar una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si la persona autorizada a dar recetas respalda su solicitud, le daremos una decisión dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de la persona autorizada a darle recetas.

F13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos se componen de los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos que el medicamento de marca y, en general, funcionan igual de bien. Por lo general, no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca en la farmacia sin una nueva receta, según las leyes estatales.

SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cubren tanto medicamentos de marca como genéricos.

F14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

Cuando hablamos de medicamentos, podríamos hacer referencia a un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas que se llaman biosimilares. En general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com.



Consulte el **Capítulo 5** del *Manual para miembros* para obtener más información sobre los tipos de medicamentos.

F15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?

OTC significa “over-the-counter” (de venta libre). SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cubren algunos medicamentos de venta libre cuando su proveedor los receta.

Comuníquese con Servicios para Miembros (el número de teléfono se encuentra en la parte inferior de la página) o visite nuestro sitio web (www.scanhealthplan.com) para obtener más información sobre los medicamentos OTC que están cubiertos.

F16. ¿Cubren SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) los productos OTC no farmacológicos?

SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cubren algunos productos de venta libre no farmacológicos si su proveedor los solicita en una receta. Comuníquese con Servicios para Miembros (el número de teléfono se encuentra en la parte inferior de la página) o visite nuestro sitio web (www.scanhealthplan.com) para obtener más información sobre los productos OTC no farmacológicos que están cubiertos.

F17. ¿Cubren SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) los suministros a largo plazo de medicamentos con receta?

- **Programas de pedido por correo.** Ofrecemos un programa de pedido por correo que le permite obtener un suministro para hasta 100 días de sus medicamentos con receta que se enviará directamente a su hogar.
- **Programas de farmacias minoristas para 100 días.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro para hasta 100 días de medicamentos con receta cubiertos.

En el caso de los medicamentos especializados, no está disponible un suministro a largo plazo. Para ver qué medicamentos están disponibles para un suministro a largo plazo, consulte la Lista de medicamentos, que comienza en la página 43.

F18. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) tienen un copago bajo (consulte la tabla de copagos debajo) para todos los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos en nuestra Lista de medicamentos y un

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com.



copago de \$0 para determinados medicamentos con receta y OTC y productos no farmacológicos cubiertos por sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid) si el miembro sigue las normas del plan. Consulte las preguntas a B14 y B15 para obtener más información sobre los medicamentos de venta libre y los productos no farmacológicos.

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*.

Nivel del medicamento		Minorista			De pedido por correo		
		Preferida		Estándar	Preferida		Estándar
		Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 100 días	Suministro para 100 días
Nivel 1 (Genéricos preferidos)		Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (Genéricos)		Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 o \$1	Copago de \$0, \$1.60 o \$2	Copago de \$0	Copago de \$0, \$1.60 o \$2
Nivel 3: (De marca preferidos)	Insulina	Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos tratados como medicamentos genéricos): - Copago de \$0, \$1.60 o \$4.90 Todos los demás medicamentos: - Copago de \$0, \$4.80 o \$12.15 *No hay disponible un suministro para 100 días para los medicamentos del Nivel 5.					
	Otros medicamentos						
Nivel 4: (Medicamentos no preferidos)							
Nivel 5: (De especialidad)							

Algunos OTC que están cubiertos para usted bajo sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid) tienen un copago de \$0 si su proveedor los receta. Algunos medicamentos con receta y de venta libre, que no están en la Lista de medicamentos, están cubiertos por sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid) con la receta de su médico/a en las farmacias de nuestra red. Comuníquese con Servicios para Miembros (el número de teléfono se encuentra en la parte inferior de la página) o visite nuestro sitio web (www.scanhealthplan.com) para obtener más información sobre los medicamentos que están cubiertos.

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com.



Fecha de la última actualización del formulario 10/1/2024

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-866-722-6725. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. (Los mensajes recibidos en días festivos y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil).

G. Descripción general de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*

La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP). Si no encuentra el medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 81. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP).

En la primera columna de la tabla aparece el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúscula (p. ej., JANUVIA) y los medicamentos genéricos aparecen en minúscula y cursiva (p. ej., *metformina*).

La información en la columna de Requisitos/Limitaciones indica si SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) tienen algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

- El símbolo [PA] indica que aplica una autorización previa.
- El símbolo [B vs D] indica que este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare según las circunstancias. Es posible que tenga que enviar información describiendo el uso y entorno del medicamento para realizar la determinación.
- El símbolo [QL] indica que las cantidades suministradas son limitadas. Para ver el límite de cantidad para los medicamentos del formulario con límites de cantidad, vaya a la página 76.
- El símbolo [LD] indica que aplica una distribución limitada. Es posible que este medicamento con receta esté disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicios para Miembros al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario es de 8:00 a.m. a

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com.



Fecha de la última actualización
del formulario 10/1/2024

8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil). También puede visitar www.scanhealthplan.com.

- El símbolo [EDS] indica que este medicamento está disponible para un suministro extendido (p. ej., un suministro para más de 30 días) con el servicio de pedido por correo y en muchas farmacias minoristas.

G1. Medicamentos del Formulario organizados por clase terapéutica

Los medicamentos de esta sección se dividen en categorías según el tipo de afección médica que tratan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan afecciones cardíacas.

G2. Medicamentos del Formulario con límites de cantidad

H. Índice

En esta sección, puede encontrar un medicamento buscando su nombre alfabéticamente. Este número de página le indicará el número de página en el que puede encontrar más información sobre la cobertura de su medicamento.

Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com.



Fecha de la última actualización
del formulario 10/1/2024

**FORMULARY DRUGS ARRANGED BY THERAPEUTIC CLASS
 MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO COORDINADOS POR LA CLASE TERAPÉUTICA**

Formulary ID: 25409 (Version 16)
 ID de Formulario: 25409 (Versión 16)

Updated: 10/2024
 Actualizado: 10/2024

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ANALGESICS			Opioid Analgesics, Long-acting		
<i>Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs</i>			<i>fentanyl patches</i>	3	[QL] [EDS]
<i>celecoxib</i>	2	[EDS]	<i>12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr & 100mcg/hr</i>		
<i>diclofenac potassium tab 50mg</i>	1	[EDS]	<i>methadone oral</i>	2	[EDS]
<i>diclofenac sodium dr</i>	1	[EDS]	<i>morphine sulfate er tabs</i>	3	[QL] [EDS]
<i>diclofenac sodium er</i>	1	[EDS]	OXYCODONE ER TABS	4	[QL] [EDS]
<i>diclofenac sodium soln 1.5%</i>	4	[QL] [EDS]	<i>tramadol er tabs</i>	3	[QL] [EDS]
<i>diclofenac sodium soln 2%</i>	4	[QL] [EDS]	Opioid Analgesics, Short-acting		
<i>diflunisal</i>	2	[EDS]	<i>acetaminophen & codeine</i>	2	[QL] [EDS]
<i>ec-naproxen</i>	1	[EDS]	<i>butorphanol tartrate nasal</i>	2	[QL] [EDS]
<i>etodolac</i>	2	[EDS]	<i>codeine sulfate</i>	2	[EDS]
<i>etodolac er</i>	2	[EDS]	<i>endocet</i>	3	[QL] [EDS]
<i>ibu</i>	1	[EDS]	<i>fentanyl citrate lozenges 200mcg</i>	4	[PA] [EDS]
<i>ibuprofen</i>	1	[EDS]	<i>fentanyl citrate lozenges 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg & 1600mcg</i>	5	[PA]
<i>indomethacin er</i>	2	[EDS]	<i>hydrocodone & acetaminophen soln 7.5-325mg/15ml</i>	2	[QL] [EDS]
<i>indomethacin ir caps</i>	2	[EDS]	<i>hydrocodone & acetaminophen tabs 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg</i>	2	[QL] [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 19

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>hydrocodone & ibuprofen tabs 7.5-200mg</i>	2	[QL] [EDS]	<i>buprenorphine & naloxone sublingual film</i>	2	[EDS]
<i>hydromorphone immediate-release oral soln & tabs</i>	2	[EDS]	<i>buprenorphine & naloxone sublingual tabs</i>	2	[EDS]
<i>morphine sulfate oral</i>	2	[EDS]	Opioid Reversal Agents		
<i>oxycodone immediate-release</i>	2	[EDS]	KLOXXADO	3	[EDS]
<i>oxycodone oral soln</i>	2	[EDS]	<i>naloxone inj</i>	2	[EDS]
<i>oxycodone & acetaminophen 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg</i>	3	[QL] [EDS]	<i>naloxone nasal</i>	2	[EDS]
<i>tramadol tab 50mg</i>	2	[EDS]	OPVEE	4	[EDS]
<i>tramadol ir tab 100mg</i>	2	[QL] [EDS]	Smoking Cessation Agents		
<i>tramadol & acetaminophen</i>	2	[QL] [EDS]	<i>bupropion sr 150mg</i>	2	[EDS]
ANESTHETICS			NICOTROL INHALER	4	[EDS]
Local Anesthetics			NICOTROL NASAL	4	[EDS]
<i>lidocaine ointment</i>	4	[QL] [EDS]	<i>varenicline starting month box</i>	4	[EDS]
<i>lidocaine patch</i>	3	[PA] [EDS]	<i>varenicline tartrate</i>	4	[EDS]
<i>lidocaine topical soln</i>	2	[QL] [EDS]	ANTIBACTERIALS		
<i>lidocaine & prilocaine cream</i>	3	[QL] [EDS]	Aminoglycosides		
<i>lidocaine III</i>	3	[PA] [EDS]	<i>amikacin inj</i>	2	[EDS]
<i>tridacaine ii patch</i>	3	[PA] [EDS]	ARIKAYCE	5	[PA]
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS			<i>gentamicin cream 0.1% & oint 0.1%</i>	2	[EDS]
Alcohol Deterrents/Anti-Craving			<i>gentamicin inj 40mg/ml</i>	2	[EDS]
<i>acamprosate calcium dr</i>	2	[EDS]	<i>neomycin sulfate oral</i>	2	[EDS]
<i>disulfiram</i>	2	[EDS]	<i>streptomycin inj</i>	4	[EDS]
<i>naltrexone</i>	1	[EDS]	<i>tobramycin sulfate inj</i>	2	[EDS]
Opioid Dependence			Antibacterials, Other		
<i>buprenorphine sublingual tabs</i>	1	[EDS]	<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] = Autorización Previa [B vs D] = B versus D [QL] = Límite de Cantidad

[LD] = Distribución Limitada [EDS] = Suministro Extendido

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 41

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

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ZOSYN INJ	4	[EDS]	<i>sulfamethoxazole & trimethoprim ds tabs</i>	1	[EDS]
Carbapenems			<i>sulfamethoxazole & trimethoprim oral susp</i>	2	[EDS]
<i>cilastatin/imipenem inj</i>	2	[EDS]	Tetracyclines		
<i>ertapenem inj</i>	4	[EDS]	<i>demeclocycline</i>	4	[EDS]
<i>meropenem inj</i>	3	[EDS]	<i>doxy 100 inj</i>	2	[EDS]
Macrolides			<i>doxycycline hyclate immediate-release caps 50mg & 100mg</i>	2	[EDS]
<i>azithromycin tabs & oral susp bottle</i>	2	[EDS]	<i>doxycycline hyclate immediate-release tabs 100mg</i>	2	[EDS]
<i>azithromycin inj</i>	2	[EDS]	<i>doxycycline monohydrate immediate-release tabs, caps & oral susp</i>	2	[EDS]
<i>clarithromycin</i>	2	[EDS]	<i>minocycline ir</i>	2	[EDS]
<i>clarithromycin er</i>	2	[EDS]	<i>tetracycline</i>	3	[EDS]
DIFICID	5		ANTICONVULSANTS		
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INJ	4	[EDS]	Anticonvulsants, Other		
<i>erythromycin caps & tabs</i>	4	[EDS]	BRIVIACT ORAL SOLN	4	[PA] [EDS]
<i>erythromycin dr</i>	4	[EDS]	BRIVIACT TABS	5	[PA]
Quinolones			EPIDIOLEX	5	[PA] [LD]
<i>ciprofloxacin in d5w inj</i>	2	[EDS]	<i>felbamate tabs 400mg</i>	2	[EDS]
<i>ciprofloxacin tabs immediate-release 250mg, 500mg & 750mg</i>	1	[EDS]	<i>felbamate tabs 600mg</i>	4	[EDS]
<i>levofloxacin in d5w inj</i>	2	[EDS]	<i>felbamate oral susp 600mg/5ml</i>	5	
<i>levofloxacin oral soln</i>	2	[EDS]	FINTEPLA	5	[PA]
<i>levofloxacin tabs</i>	1	[EDS]	FYCOMPA	4	[PA] [EDS]
<i>moxifloxacin inj</i>	4	[EDS]	<i>levetiracetam er</i>	2	[EDS]
<i>moxifloxacin oral</i>	2	[EDS]	<i>levetiracetam oral</i>	2	[EDS]
<i>ofloxacin oral</i>	2	[EDS]	NAYZILAM	4	[PA] [EDS]
Sulfonamides			<i>roweepra 500mg</i>	2	[EDS]
<i>sulfacetamide sodium topical lotion 10%</i>	2	[EDS]	SPRITAM	4	[EDS]
<i>sulfadiazine tabs</i>	4	[EDS]			
<i>sulfamethoxazole & trimethoprim tabs</i>	1	[EDS]			

[PA] = Autorización Previa [B vs D] = B versus D [QL] = Límite de Cantidad

[LD] = Distribución Limitada [EDS] = Suministro Extendido

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 41

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<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]
<i>carbamazepine tabs, chewable tabs & oral susp</i>	2	[EDS]	<i>galantamine soln</i>	4	[QL] [EDS]
			<i>rivastigmine caps</i>	3	[QL] [EDS]
			<i>rivastigmine patches</i>	4	[QL] [EDS]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19

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

[PA] = Autorización Previa [B vs D] = B versus D [QL] = Límite de Cantidad

[LD] = Distribución Limitada [EDS] = Suministro Extendido

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 41

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>timolol oral</i>	1	[EDS]	Antiandrogens		
<i>topiramate immediate-release</i>	2	[EDS]	<i>abiraterone acetate</i>	5	[PA]
Serotonin (5-HT) Receptor Agonist			<i>bicalutamide</i>	2	[EDS]
<i>naratriptan</i>	2	[QL] [EDS]	ERLEADA	5	[PA]
<i>rizatriptan</i>	2	[EDS]	<i>nilutamide</i>	5	
<i>rizatriptan odt</i>	2	[EDS]	NUBEQA	5	[PA] [LD]
<i>sumatriptan nasal</i>	4	[EDS]	XTANDI	5	[PA]
<i>sumatriptan succinate inj</i>	4	[EDS]	YONSA	5	[PA]
<i>sumatriptan succinate tabs</i>	2	[EDS]	Antiangiogenic Agents		
<i>zolmitriptan tabs</i>	3	[QL] [EDS]	<i>lenalidomide</i>	5	[PA] [LD]
<i>zolmitriptan odt</i>	3	[QL] [EDS]	POMALYST	5	[PA] [LD]
ANTIMYASTHENIC AGENTS			REVLIMID	5	[PA] [LD]
Parasympathomimetics			THALOMID	5	[PA]
<i>pyridostigmine soln</i>	4	[EDS]	Antiestrogens/Modifiers		
<i>pyridostigmine tabs 60mg</i>	3	[EDS]	ORSERDU TABS	5	[PA]
<i>pyridostigmine er tabs 180mg</i>	4	[EDS]	SOLTAMOX	5	
ANTIMYCOBACTERIALS			<i>tamoxifen</i>	2	[EDS]
Antimycobacterials, Other			<i>toremifene citrate</i>	5	
<i>dapsone tabs</i>	3	[EDS]	Antimetabolites		
<i>rifabutin</i>	4	[EDS]	<i>hydroxyurea</i>	2	[EDS]
Antituberculars			<i>mercaptopurine</i>	2	[EDS]
<i>ethambutol</i>	2	[EDS]	PURIXAN	5	
<i>isoniazid</i>	2	[EDS]	Antineoplastics, Other		
PRIFTIN	4	[EDS]	AKEEGA	5	[PA] [LD]
<i>pyrazinamide</i>	4	[EDS]	INREBIC	5	[PA] [LD]
<i>rifampin oral and inj</i>	2	[EDS]	IWILFIN	5	[PA] [LD]
SIRTURO	5		LONSURF	5	[PA]
TRECTOR	4	[EDS]	LYSODREN	5	
ANTINEOPLASTICS			OGSIVEO	5	[PA]
Alkylating Agents			ONUREG	5	[PA]
<i>cyclophosphamide</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]	VONJO	5	[PA]
GLEOSTINE	4	[EDS]	Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
MATULANE	5		<i>anastrozole</i>	2	[EDS]
VALCHLOR	5	[PA]	<i>exemestane</i>	3	[EDS]
			<i>letrozole</i>	2	[EDS]
			Molecular Target Inhibitors		
			ALECENSA	5	[PA]
			ALUNBRIG	5	[PA]

[PA] = Autorización Previa [B vs D] = B versus D [QL] = Límite de Cantidad

[LD] = Distribución Limitada [EDS] = Suministro Extendido

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 41

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ALUNBRIG INITIATION PACK	5	[PA]	KRAZATI <i>lapatinib</i>	5	[PA]
AUGTYRO	5	[PA]	LENVIMA	5	[PA]
AYVAKIT	5	[PA] [LD]	LORBRENA	5	[PA]
BALVERSA	5	[PA]	LUMAKRAS	5	[PA]
BOSULIF	5	[PA]	LYNPARZA	5	[PA]
BRAFTOVI	5	[PA] [LD]	LYTGOBI TABS	5	[PA] [LD]
BRUKINSA	5	[PA] [LD]	MEKINIST	5	[PA]
CABOMETYX	5	[PA]	MEKTOVI	5	[PA] [LD]
CALQUENCE	5	[PA] [LD]	NERLYNX	5	[PA] [LD]
CAPRELSA	5	[PA]	NINLARO	5	[PA]
COMETRIQ	5	[PA]	ODOMZO	5	[PA]
COPIKTRA	5	[PA] [LD]	OJEMDA	5	[PA]
COTELLIC	5	[PA]	OJJAARA	5	[PA]
DAURISMO	5	[PA]	<i>pazopanib</i>	5	[PA]
ERIVEDGE	5	[PA]	PEMAZYRE	5	[PA] [LD]
<i>erlotinib</i>	5	[PA]	PIQRAY	5	[PA]
<i>everolimus tabs 2.5mg, 5mg, 7.5mg & 10mg</i>	5	[PA]	QINLOCK	5	[PA] [LD]
<i>everolimus tabs for suspension 2mg, 3mg & 5mg</i>	5	[PA]	RETEVMO	5	[PA] [LD]
FOTIVDA	5	[PA] [LD]	REZLIDHIA CAPS	5	[PA]
FRUZAQLA	5	[PA]	ROZLYTREK	5	[PA]
GAVRETO	5	[PA] [LD]	RUBRACA	5	[PA] [LD]
<i>gefitinib</i>	5	[PA]	RYDAPT	5	[PA]
GILOTRIF	5	[PA]	SCEMBLIX	5	[PA]
IBRANCE	5	[PA]	<i>sorafenib</i>	5	[PA]
ICLUSIG	5	[PA]	SPRYCEL	5	[PA]
IDHIFA	5	[PA] [LD]	STIVARGA	5	[PA]
<i>imatinib</i>	5	[PA]	<i>sunitinib malate</i>	5	[PA]
IMBRUVICA	5	[PA]	TABRECTA	5	[PA]
INLYTA	5	[PA]	TAFINLAR	5	[PA]
INQOVI	5	[PA]	TAGRISO	5	[PA]
JAKAFI	5	[PA]	TALZENNA	5	[PA]
JAYPIRCA TABS	5	[PA]	TASIGNA	5	[PA]
KISQALI	5	[PA]	TAZVERIK	5	[PA] [LD]
KISQALI FEMARA CO-PACK	5	[PA]	TEPMETKO	5	[PA] [LD]
KOSELUGO	5	[PA]	TIBSOVO	5	[PA]
			<i>torpenz</i>	5	[PA]
			TRUQAP	5	[PA]
			TUKYSA	5	[PA] [LD]
			TURALIO	5	[PA] [LD]
			VANFLYTA	5	[PA]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
VENCLEXTA TABS 10MG & 50MG	3	[PA] [EDS]	NEBUPENT NEBULIZER	4	[PA] [B vs D] [EDS]
VENCLEXTA TABS 100MG	5	[PA]	<i>nitazoxanide</i>	5	
VENCLEXTA STARTING PACK	5	[PA]	<i>pentamidine inhalation soln</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]
VERZENIO	5	[PA] [LD]	<i>pentamidine inj</i>	4	[EDS]
VITRAKVI	5	[PA] [LD]	PRIMAQUINE	3	[EDS]
VIZIMPRO	5	[PA]	<i>pyrimethamine</i>	5	[PA]
XALKORI	5	[PA]	<i>quinine sulfate caps</i>	3	[PA] [EDS]
XOSPATA	5	[PA] [LD]	ANTIPARKINSON AGENTS		
XPOVIO	5	[PA] [LD]	<i>Anticholinergics</i>		
ZEJULA TABS	5	[PA] [LD]	<i>benztropine tabs</i>	4	[PA] [EDS]
ZELBORAF	5	[PA]	<i>trihexyphenidyl elixir & tabs</i>	3	[EDS]
ZOLINZA	5	[PA]	<i>Antiparkinson Agents, Other</i>		
ZYDELIG	5	[PA]	<i>carbidopa & levodopa & entacapone</i>	4	[EDS]
ZYKADIA TABS	5	[PA]	<i>entacapone</i>	4	[EDS]
<i>Retinoids</i>			<i>Dopamine Agonists</i>		
<i>bexarotene</i>	5	[PA]	<i>apomorphine hydrochloride inj</i>	5	[PA]
PANRETIN	5		<i>bromocriptine</i>	2	[EDS]
<i>tretinoin caps</i>	5		NEUPRO PATCH	4	[QL] [EDS]
<i>Treatment Adjuncts</i>			<i>pramipexole ir</i>	2	[EDS]
<i>leucovorin oral</i>	2	[EDS]	<i>ropinirole ir</i>	2	[EDS]
MESNEX TABS	4	[EDS]	<i>Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors</i>		
ANTIPARASITICS			<i>carbidopa</i>	4	[EDS]
<i>Anthelmintics</i>			<i>carbidopa & levodopa ir, er, odt</i>	2	[EDS]
<i>albendazole</i>	4	[EDS]	<i>Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors</i>		
<i>ivermectin tabs</i>	2	[EDS]	<i>rasagiline</i>	4	[EDS]
<i>praziquantel tabs</i>	4	[EDS]	<i>selegiline</i>	2	[EDS]
<i>Antiprotozoals</i>			ANTIPSYCHOTICS		
<i>atovaquone susp</i>	4	[EDS]	<i>1st Generation/Typical</i>		
<i>atovaquone/proguanil</i>	2	[EDS]	<i>chlorpromazine oral</i>	4	[PA] [EDS]
<i>chloroquine</i>	2	[EDS]	<i>fluphenazine oral</i>	4	[EDS]
COARTEM	3	[EDS]	<i>fluphenazine decanoate inj</i>	4	[EDS]
<i>hydroxychloroquine tab 200mg</i>	2	[EDS]			
<i>mefloquine</i>	2	[EDS]			

[PA] = Autorización Previa [B vs D] = B versus D [QL] = Límite de Cantidad

[LD] = Distribución Limitada [EDS] = Suministro Extendido

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 41

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>fluphenazine inj</i>	4	[EDS]	INVEGA TRINZA INJ	5	
<i>haloperidol oral</i>	2	[EDS]	<i>lurasidone hcl tabs</i>	4	[EDS]
<i>haloperidol decanoate inj</i>	2	[EDS]	NUPLAZID	5	[PA]
<i>haloperidol lactate inj</i>	2	[EDS]	<i>olanzapine inj & tabs</i>	2	[EDS]
<i>loxapine</i>	2	[EDS]	<i>olanzapine odt</i>	4	[EDS]
<i>molindone</i>	2	[EDS]	<i>paliperidone er tabs</i>	4	[EDS]
<i>perphenazine</i>	4	[EDS]	<i>quetiapine fumarate 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg & 400mg tabs</i>	2	[EDS]
<i>pimozide</i>	2	[EDS]	<i>quetiapine er tabs</i>	3	[EDS]
<i>thioridazine</i>	2	[EDS]	REXULTI	5	
<i>thiothixene</i>	2	[EDS]	<i>risperidone</i>	2	[EDS]
<i>trifluoperazine</i>	2	[EDS]	<i>risperidone er inj 12.5mg & 25mg</i>	4	[EDS]
2nd Generation/Atypical			<i>risperidone er inj 37.5mg & 50mg</i>	5	
ABILIFY ASIMTUFII INJ	5		<i>risperidone odt</i>	2	[EDS]
ABILIFY MAINTENA INJ	5		SECUADO	5	[PA]
<i>aripiprazole odt 10mg</i>	5	[EDS]	UZEDY INJ	5	
<i>aripiprazole odt 15mg</i>	4	[EDS]	VRAYLAR	4	[EDS]
<i>aripiprazole soln</i>	3	[EDS]	<i>ziprasidone inj</i>	3	[EDS]
<i>aripiprazole tabs</i>	3	[EDS]	<i>ziprasidone oral</i>	2	[EDS]
ARISTADA INJ	5		ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	4	[EDS]
ARISTADA INITIO INJ	4	[EDS]	Treatment-Resistant		
<i>asenapine maleate sublingual</i>	4	[EDS]	<i>clozapine</i>	3	[EDS]
CAPLYTA	5	[PA]	<i>clozapine odt</i>	4	[EDS]
FANAPT	4	[PA] [EDS]	VERSACLOZ	5	
FANAPT TITRATION PACK	4	[PA] [EDS]	ANTISPASTICITY AGENTS		
INVEGA HAFYERA INJ	5		Antispasticity Agents		
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG	4	[EDS]	<i>baclofen tabs</i>	2	[EDS]
INVEGA SUSTENNA INJ 78MG, 117MG, 156MG & 234MG	5		<i>tizanidine caps</i>	3	[EDS]
			<i>tizanidine tabs</i>	2	[EDS]
			ANTIVIRALS		
			Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
			LIVTENCITY	5	[PA] [QL] [LD]
			PREVYMIS	5	[PA] [QL]
			<i>valganciclovir oral soln</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 19

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>valganciclovir tabs</i>	3	[EDS]	STRIBILD	5	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents			TIVICAY TAB 10MG	4	[EDS]
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	[EDS]	TIVICAY TABS 25MG & 50MG	5	
BARACLUDE ORAL SOLN 0.05MG/ML	4	[EDS]	TIVICAY PD	4	[EDS]
<i>entecavir tabs</i>	4	[EDS]	Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)		
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	3	[EDS]	COMPLERA	5	
VEMLIDY	5		DELSTRIGO	5	
Anti-hepatitis C (HCV) Agents			EDURANT	5	
EPCLUSA	5	[PA]	<i>efavirenz tabs</i>	4	[EDS]
HARVONI	5	[PA]	<i>efavirenz & emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs</i>	5	
LEDIPASVIR/ SOFOSBUVIR	5	[PA]	<i>efavirenz & lamivudine & tenofovir disoproxil fumarate tabs</i>	5	
<i>ribavirin</i>	3	[EDS]	<i>etravirine tabs 100mg</i>	4	[EDS]
SOFOSBUVIR/ VELPATASVIR	5	[PA]	<i>etravirine tabs 200mg</i>	5	
VOSEVI	5	[PA]	INTELENCE TAB 25MG	4	[EDS]
Antitherpetic Agents			<i>nevirapine er & susp</i>	4	[EDS]
<i>acyclovir caps & tabs</i>	2	[EDS]	<i>nevirapine tabs</i>	2	[EDS]
<i>acyclovir inj</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]	PIFELTRO	5	
<i>acyclovir oral susp</i>	4	[EDS]	Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)		
<i>famciclovir</i>	2	[EDS]	<i>abacavir soln & tabs</i>	4	[EDS]
<i>valacyclovir</i>	2	[EDS]	<i>abacavir & lamivudine</i>	4	[EDS]
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)			CIMDUO	5	
BIKTARVY	5		DESCOVY	5	
DOVATO	5		<i>emtricitabine caps 200mg</i>	4	[EDS]
GENVOYA	5		<i>emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg-300mg</i>	4	[EDS]
ISENTRESS CHEW TABS 25MG	3	[EDS]			
ISENTRESS 100MG CHEW TABS	5				
ISENTRESS ORAL POWDER	5				
ISENTRESS TABS	5				
ISENTRESS HD TABS	5				
JULUCA	5				

[PA] = Autorización Previa [B vs D] = B versus D [QL] = Límite de Cantidad

[LD] = Distribución Limitada [EDS] = Suministro Extendido

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 41

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg-150mg, 133mcg-200mg & 167mg-250mg</i>	5		PREZCOBIX	5	
EMTRIVA SOLN	4	[EDS]	PREZISTA SUSP 100MG/ML	4	[EDS]
<i>lamivudine tabs 150mg & 300mg</i>	3	[EDS]	PREZISTA TABS 75MG & 150MG	4	[EDS]
<i>lamivudine soln</i>	2	[EDS]	REYATAZ ORAL POWDER	5	
<i>lamivudine & zidovudine</i>	3	[EDS]	<i>ritonavir tabs</i>	3	[EDS]
ODEFSEY	5		SYMTUZA	5	
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	[EDS]	VIRACEPT	5	
TRIUMEQ	5		Anti-influenza Agents		
TRIUMEQ PD	4	[EDS]	<i>amantadine</i>	2	[EDS]
VIREAD TABS 150MG, 200MG & 250MG	5		<i>oseltamivir caps</i>	2	[EDS]
VIREAD POWDER	4	[EDS]	<i>oseltamivir susp</i>	3	[EDS]
<i>zidovudine</i>	2	[EDS]	RELENZA DISKHALER	3	[EDS]
Anti-HIV Agents, Other			<i>rimantadine</i>	2	[EDS]
FUZEON INJ	4	[EDS]	XOFLUZA	4	[EDS]
<i>maraviroc</i>	5		Antiviral, Coronavirus Agents		
RUKOBIA	5		PAXLOVID	3	[EDS]
SELZENTRY SOLN	3	[EDS]	ANXIOLYTICS		
SELZENTRY 25MG & 75MG	3	[EDS]	Anxiolytics, Other		
SUNLENCA	5		<i>bupirone</i>	2	[EDS]
TYBOST	3	[EDS]	<i>meprobamate</i>	4	[EDS]
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)			Benzodiazepines		
APTIVUS CAPS	5		<i>alprazolam ir tabs</i>	2	[QL] [EDS]
<i>atazanavir sulfate caps</i>	4	[EDS]	<i>clorazepate</i>	4	[EDS]
<i>darunavir tab 600mg</i>	4	[EDS]	<i>diazepam soln</i>	4	[PA] [EDS]
<i>darunavir tab 800mg</i>	5		<i>diazepam tabs</i>	3	[PA] [EDS]
EVOTAZ	5		<i>lorazepam soln</i>	3	[EDS]
<i>fosamprenavir tabs</i>	5		<i>lorazepam tabs</i>	2	[EDS]
<i>lopinavir & ritonavir</i>	4	[EDS]	BIPOLAR AGENTS		
NORVIR POWDER	3	[EDS]	Mood Stabilizers		
			<i>lamotrigine odt</i>	4	[EDS]
			<i>lamotrigine chewable tabs</i>	2	[EDS]
			<i>lamotrigine immediate-release tabs</i>	2	[EDS]
			<i>lithium carbonate</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 19

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>lithium carbonate er</i>	2	[EDS]	TRADJENTA	3	[QL] [EDS]
<i>lithium oral soln</i>	2	[EDS]	TRIJARDY XR	3	[QL] [EDS]
<i>subvenite tabs</i>	2	[EDS]	TRULICITY INJ	3	[PA] [QL] [EDS]
BLOOD GLUCOSE REGULATORS			XIGDUO XR	3	[QL] [EDS]
<i>Antidiabetic Agents</i>			<i>Glycemic Agents</i>		
<i>acarbose</i>	2	[EDS]	<i>diazoxide</i>	5	
BYDUREON BCISE INJ	3	[PA] [QL] [EDS]	GLUCAGON EMERGENCY KIT INJ	3	[EDS]
<i>glimepiride</i>	1	[EDS]	GVOKE INJ	3	[EDS]
<i>glimepiride & pioglitazone</i>	2	[QL] [EDS]	ZEGALOGUE INJ	3	[EDS]
<i>glipizide er</i>	1	[EDS]	<i>Insulins</i>		
<i>glipizide tabs 5mg & 10mg</i>	1	[EDS]	HUMALOG CARTRIDGE INJ	3	[EDS]
<i>glipizide & metformin tabs</i>	1	[EDS]	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ	3	[EDS]
GLYXAMBI	3	[QL] [EDS]	HUMALOG KWIKPEN INJ	3	[EDS]
JANUMET	3	[QL] [EDS]	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ	3	[EDS]
JANUMET XR	3	[QL] [EDS]	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ	3	[EDS]
JANUVIA	3	[QL] [EDS]	HUMALOG MIX 75/25 VIAL INJ	3	[EDS]
JENTADUETO	3	[QL] [EDS]	HUMALOG VIAL INJ	3	[EDS]
JENTADUETO XR	3	[QL] [EDS]	HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ	3	[EDS]
<i>metformin tabs</i>	1	[EDS]	HUMULIN 70/30 VIAL INJ	3	[EDS]
<i>metformin er uncoated tabs 500mg & 750mg</i>	1	[EDS]	HUMULIN N KWIKPEN INJ	3	[EDS]
MOUNJARO INJ	3	[PA] [QL] [EDS]	HUMULIN N VIAL INJ	3	[EDS]
<i>nateglinide</i>	2	[EDS]	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) KWIKPEN INJ	3	[EDS]
OZEMPIC INJ	3	[PA] [QL] [EDS]	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) VIAL INJ	3	[EDS]
<i>pioglitazone</i>	1	[EDS]	HUMULIN R VIAL INJ	3	[EDS]
<i>pioglitazone & metformin</i>	2	[EDS]			
<i>repaglinide</i>	2	[EDS]			
RYBELSUS	3	[PA] [QL] [EDS]			
SOLIQUA INJ	3	[EDS]			
SYMLINPEN INJ	5				
SYNJARDY	3	[QL] [EDS]			
SYNJARDY XR	3	[QL] [EDS]			

[PA] = Autorización Previa [B vs D] = B versus D [QL] = Límite de Cantidad

[LD] = Distribución Limitada [EDS] = Suministro Extendido

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 41

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
INSULIN LISPRO VIAL INJ	3	[EDS]	PROCRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML & 10000UNIT/ML	3	[PA] [EDS]
LANTUS SOLOSTAR PEN INJ	3	[EDS]	PROCRIT INJ 20000UNIT/ML & 40000UNIT/ML	5	[PA]
LANTUS VIAL INJ	3	[EDS]	PROMACTA	5	[PA] [QL] [LD]
LYUMJEV VIAL INJ	3	[EDS]	RELEUKO INJ	4	[PA]
LYUMJEV KWIKPEN INJ	3	[EDS]	RETACRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML,10000 UNIT/ML, 20000UNIT/2ML & 20000UNIT/ML	3	[PA] [EDS]
TOUJEO SOLOSTAR INJ	3	[EDS]	RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	5	[PA]
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJ	3	[EDS]	UDENYCA INJ	5	[PA]
TRESIBA VIAL INJ	3	[EDS]	Hemostasis Agents		
TRESIBA FLEXTOUCH INJ	3	[EDS]	<i>tranexamic acid tabs</i>	3	[EDS]
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS			Platelet Modifying Agents		
Anticoagulants			BRILINTA	3	[EDS]
<i>dabigatran etexilate</i>	4	[QL] [EDS]	<i>cilostazol</i>	2	[EDS]
ELIQUIS STARTER PACK & TABS	3	[QL] [EDS]	<i>clopidogrel tabs 75mg</i>	1	[EDS]
<i>enoxaparin inj syringe</i>	4	[EDS]	<i>dipyridamole er & aspirin</i>	4	[EDS]
<i>fondaparinux inj 2.5mg/0.5ml & 5mg/0.4ml</i>	4	[EDS]	<i>dipyridamole oral</i>	2	[EDS]
<i>fondaparinux inj 7.5mg/0.6ml & 10mg/0.8ml</i>	5		<i>prasugrel</i>	2	[EDS]
<i>heparin inj vials 1000u/ml, 5000u/ml, 10000u/ml & 20000u/ml</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]	CARDIOVASCULAR AGENTS		
<i>jantoven</i>	1	[EDS]	Alpha-adrenergic Agonists		
<i>warfarin</i>	1	[EDS]	<i>clonidine patches</i>	4	[EDS]
XARELTO ORAL SUSP & TABS	3	[QL] [EDS]	<i>clonidine tabs immediate-release</i>	1	[EDS]
XARELTO STARTER PACK	3	[QL] [EDS]	<i>droxidopa</i>	5	[PA]
Blood Products and Modifiers, Other			<i>guanfacine ir</i>	2	[EDS]
<i>anagrelide</i>	2	[EDS]	<i>midodrine tabs</i>	3	[EDS]
NIVESTYM INJ	5	[PA]	Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
			<i>benazepril</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 19

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>captopril</i>	1	[EDS]	<i>labetalol oral</i>	2	[EDS]
<i>enalapril tabs</i>	1	[EDS]	<i>metoprolol succinate er</i>	2	[EDS]
<i>fosinopril</i>	1	[EDS]	<i>metoprolol tartrate tabs 25mg, 50mg & 100mg</i>	1	[EDS]
<i>lisinopril</i>	1	[EDS]	<i>nadolol</i>	2	[EDS]
<i>moexipril</i>	1	[EDS]	<i>nebivolol hcl</i>	2	[EDS]
<i>perindopril</i>	1	[EDS]	<i>pindolol</i>	2	[EDS]
<i>quinapril</i>	1	[EDS]	<i>propranolol ir tabs</i>	1	[EDS]
<i>ramipril</i>	1	[EDS]	<i>propranolol er caps</i>	2	[EDS]
<i>trandolapril</i>	1	[EDS]	<i>propranolol oral soln</i>	2	[EDS]
Angiotensin II Receptor Antagonists			Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
<i>candesartan</i>	2	[EDS]	<i>amlodipine</i>	1	[EDS]
<i>irbesartan</i>	1	[EDS]	<i>felodipine er</i>	2	[EDS]
<i>losartan</i>	1	[EDS]	<i>isradipine</i>	2	[EDS]
<i>olmesartan</i>	2	[EDS]	<i>nicardipine caps</i>	2	[EDS]
<i>telmisartan</i>	2	[EDS]	<i>nifedipine caps</i>	2	[EDS]
<i>valsartan tabs</i>	1	[EDS]	<i>nifedipine er</i>	2	[EDS]
Antiarrhythmics			<i>nimodipine</i>	4	[EDS]
<i>amiodarone tabs</i>	2	[EDS]	Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
<i>digoxin oral soln</i>	2	[EDS]	<i>cartia xt</i>	2	[EDS]
<i>digoxin tabs 125mcg & 250mcg</i>	2	[EDS]	<i>diltiazem tabs</i>	2	[EDS]
<i>disopyramide phosphate</i>	4	[EDS]	<i>diltiazem er caps</i>	2	[EDS]
<i>dofetilide</i>	4	[EDS]	<i>dilt-xr</i>	2	[EDS]
<i>flecainide acetate</i>	2	[EDS]	<i>tiadylt er</i>	2	[EDS]
LANOXIN ORAL	3	[EDS]	<i>verapamil ir</i>	1	[EDS]
<i>mexiletine</i>	2	[EDS]	<i>verapamil er</i>	2	[EDS]
MULTAQ	3	[EDS]	<i>verapamil sr</i>	2	[EDS]
<i>pacerone tabs</i>	2	[EDS]	Cardiovascular Agents, Other		
<i>propafenone tabs</i>	2	[EDS]	<i>aliskiren</i>	3	[EDS]
<i>quinidine gluconate cr</i>	4	[EDS]	<i>amiloride & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>quinidine sulfate</i>	2	[EDS]	<i>amlodipine & atorvastatin</i>	2	[EDS]
<i>sorine</i>	2	[EDS]	<i>amlodipine & benazepril</i>	1	[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]			

[PA] = Autorización Previa [B vs D] = B versus D [QL] = Límite de Cantidad

[LD] = Distribución Limitada [EDS] = Suministro Extendido

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 41

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>amlodipine & valsartan & hydrochlorothiazide tabs</i>	2	[EDS]	Diuretics, Loop		
<i>atenolol & chlorthalidone</i>	1	[EDS]	<i>bumetanide inj</i>	2	[EDS]
<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]	<i>bumetanide tabs</i>	2	[EDS]
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide</i>	2	[EDS]	<i>furosemide oral</i>	1	[EDS]
CORLANOR TABS	4	[PA] [EDS]	<i>furosemide inj</i>	2	[EDS]
<i>enalapril & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]	<i>toremide</i>	2	[EDS]
ENTRESTO TABS	3	[QL] [EDS]	Diuretics, Potassium-sparing		
<i>fosinopril & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]	<i>amiloride</i>	2	[EDS]
<i>irbesartan hct</i>	1	[EDS]	Diuretics, Thiazide		
<i>ivabradine</i>	4	[PA] [EDS]	<i>chlorthalidone</i>	1	[EDS]
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]	<i>hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>losartan hct</i>	1	[EDS]	<i>indapamide</i>	1	[EDS]
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide</i>	2	[EDS]	<i>metolazone</i>	2	[EDS]
<i>metyrosine caps</i>	5	[PA]	Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
<i>olmesartan & amlodipine</i>	2	[EDS]	<i>fenofibrate caps 43mg & 130mg</i>	2	[EDS]
<i>olmesartan hct</i>	2	[EDS]	<i>fenofibrate micronized caps 67mg, 134mg & 200mg</i>	2	[EDS]
<i>olmesartan medoxomil & amlodipine & hydrochlorothiazide tabs</i>	2	[EDS]	<i>fenofibrate tabs 48mg, 54mg, 145mg & 160mg</i>	2	[EDS]
<i>pentoxifylline er</i>	2	[EDS]	<i>fenofibric acid dr caps</i>	3	[EDS]
<i>ranolazine er</i>	3	[EDS]	<i>gemfibrozil</i>	2	[EDS]
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]	Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors		
<i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]	<i>atorvastatin</i>	1	[EDS]
<i>valsartan & amlodipine</i>	1	[EDS]	<i>lovastatin</i>	1	[EDS]
<i>valsartan hct</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]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ezetimibe & simvastatin</i>	3	[EDS]	<i>dextroamphetamine sulfate tabs 5mg & 10mg</i>	3	[QL] [EDS]
<i>icosapent ethyl</i>	4	[EDS]	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	4	[QL] [EDS]
<i>niacin er tabs</i>	3	[QL] [EDS]	<i>zenzedi tabs 5mg & 10mg</i>	3	[QL] [EDS]
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	2	[EDS]	Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>prevalite</i>	2	[EDS]	<i>atomoxetine</i>	3	[EDS]
REPATHA INJ	3	[PA] [EDS]	<i>clonidine er 0.1mg</i>	2	[EDS]
VASCEPA CAPS	4	[EDS]	<i>dexmethylphenidate ir tabs</i>	2	[EDS]
Mineralocorticoid Receptor Antagonists			<i>methylphenidate er tabs 10mg & 20mg</i>	3	[EDS]
<i>eplerenone</i>	3	[EDS]	<i>methylphenidate ir tabs 5mg, 10mg & 20mg</i>	2	[EDS]
KERENDIA	3	[PA] [EDS]	Central Nervous System, Other		
<i>spironolactone tabs</i>	1	[EDS]	AUSTEDO	5	[PA] [QL] [LD]
Sodium-Glucose Co-Transporter 2 Inhibitors (SGLT2i)			AUSTEDO XR 6MG, 12MG & 24MG	5	[PA] [QL] [LD]
FARXIGA	3	[QL] [EDS]	AUSTEDO XR 18MG, 30MG, 36MG, 42MG & 48MG	5	[PA] [QL]
JARDIANCE	3	[QL] [EDS]	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT	5	[PA] [QL]
Vasodilators, Direct-acting Arterial			NUEDEXTA	5	[PA]
<i>hydralazine oral</i>	2	[EDS]	<i>riluzole</i>	3	[EDS]
<i>minoxidil</i>	2	[EDS]	<i>tetrabenazine</i>	5	[PA] [QL]
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous			Fibromyalgia Agents		
<i>isosorbide dinitrate tabs 5mg, 10mg, 20mg & 30mg</i>	2	[EDS]	<i>duloxetine hcl</i>	2	[EDS]
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	[EDS]	SAVELLA	3	[EDS]
<i>isosorbide mononitrate er</i>	2	[EDS]	SAVELLA TITRATION PACK	3	[EDS]
<i>nitro-bid oint</i>	2	[EDS]	Multiple Sclerosis Agents		
<i>nitroglycerin lingual</i>	2	[EDS]	AVONEX INJ	5	[PA]
<i>nitroglycerin patches</i>	2	[EDS]	AVONEX PEN INJ	5	[PA]
<i>nitroglycerin sublingual</i>	2	[EDS]	BETASERON INJ	5	[PA]
VERQUVO	4	[PA] [EDS]			
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS					
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines					
<i>amphetamine & dextroamphetamine tabs</i>	2	[QL] [EDS]			

[PA] = Autorización Previa [B vs D] = B versus D [QL] = Límite de Cantidad

[LD] = Distribución Limitada [EDS] = Suministro Extendido

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 41

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
COPAXONE INJ 40MG/ML	5	[PA]	<i>metronidazole topical</i>	3	[EDS]
<i>dalfampridine er</i>	3	[PA] [EDS]	<i>tazarotene cream</i>	4	[EDS]
<i>dimethyl fumarate caps</i>	5	[PA]	<i>tazarotene gel</i>	4	[QL] [EDS]
<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	5	[PA]	<i>tretinoin cream</i>	3	[PA] [EDS]
<i>fingolimod hcl</i>	5	[PA]	<i>tretinoin gel 0.01%, 0.025% & 0.05%</i>	3	[PA] [EDS]
<i>glatiramer acetate inj</i>	5	[PA]	<i>zenatane</i>	4	[EDS]
<i>glatopa inj</i>	5	[PA]	<i>Dermatitis and Pruritus Agents</i>		
<i>teriflunomide tabs</i>	5	[PA]	<i>alclometasone dipropionate</i>	2	[EDS]
VUMERITY	5	[PA]	<i>ammonium lactate</i>	2	[EDS]
DENTAL AND ORAL AGENTS			<i>betamethasone dipropionate</i>	2	[EDS]
<i>Dental and Oral Agents</i>			<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	2	[EDS]
<i>cevimeline</i>	3	[EDS]	<i>betamethasone valerate cream, oint & lotion</i>	2	[EDS]
<i>chlorhexidine gluconate</i>	2	[EDS]	<i>clobetasol propionate cream, foam, gel, oint & soln</i>	4	[EDS]
<i>doxycycline hyclate immediate-release tabs 20mg</i>	2	[EDS]	<i>clobetasol propionate emollient</i>	4	[EDS]
<i>kourzeq</i>	2	[EDS]	<i>desonide lotion, oint & cream</i>	3	[QL] [EDS]
<i>lidocaine viscous soln</i>	2	[EDS]	<i>desoximetasone topical cream, gel & ointment 0.05%</i>	4	[QL] [EDS]
<i>periogard</i>	2	[EDS]	<i>desoximetasone topical cream & oint 0.25%</i>	3	[QL] [EDS]
<i>pilocarpine tabs</i>	3	[EDS]	<i>fluocinolone acetone cream, ointment, soln</i>	3	[EDS]
<i>triamcinolone dental paste</i>	2	[EDS]	<i>fluocinolone acetone scalp oil</i>	3	[EDS]
DERMATOLOGICAL AGENTS			<i>fluocinonide cream 0.05%, gel & oint</i>	2	[QL] [EDS]
<i>Acne and Rosacea Agents</i>					
<i>acitretin</i>	4	[PA] [EDS]			
<i>acutane</i>	4	[EDS]			
<i>adapalene cream 0.1%</i>	4	[EDS]			
<i>adapalene gel 0.3%</i>	4	[EDS]			
ALTRENO	3	[PA] [EDS]			
<i>amnesteem caps</i>	4	[EDS]			
<i>claravis</i>	4	[EDS]			
<i>isotretinoin caps 10mg, 20mg, 30mg & 40mg</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 19

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>fluocinonide emulsified base cream</i>	2	[QL] [EDS]	<i>fluorouracil topical 2% and 5%</i>	3	[EDS]
<i>fluocinonide soln</i>	2	[EDS]	<i>imiquimod cream 5%</i>	3	[EDS]
<i>fluticasone propionate cream & oint</i>	2	[EDS]	<i>methoxsalen</i>	5	
<i>halobetasol propionate cream & ointment</i>	2	[EDS]	<i>nystatin & triamcinolone</i>	3	[EDS]
<i>hydrocortisone lotion & oint 2.5%</i>	2	[EDS]	OTEZLA	5	[PA] [QL]
<i>hydrocortisone butyrate cream & soln</i>	2	[EDS]	<i>podofilox soln</i>	2	[EDS]
<i>hydrocortisone valerate</i>	2	[EDS]	<i>silver sulfadiazine</i>	2	[EDS]
<i>mometasone cream, oint & soln</i>	2	[EDS]	REGRANEX	5	[PA] [QL]
<i>pimecrolimus</i>	4	[QL] [EDS]	SANTYL	3	[QL] [EDS]
<i>selenium sulfide lotion</i>	2	[EDS]	<i>ssd</i>	2	[EDS]
<i>tacrolimus oint</i>	4	[QL] [EDS]	Pediculicides/Scabicides		
<i>triamcinolone acetonide topical cream & lotion</i>	2	[EDS]	<i>malathion</i>	4	[EDS]
<i>triamcinolone acetonide topical oint 0.025%, 0.1% & 0.5%</i>	2	[EDS]	<i>permethrin cream</i>	2	[EDS]
<i>triderm cream 0.1%</i>	2	[EDS]	Topical Anti-infectives		
Dermatological Agents, Other			<i>acyclovir cream & oint 5%</i>	4	[QL] [EDS]
<i>calcipotriene cream & oint</i>	4	[QL] [EDS]	<i>ciclopirox cream, gel, nail soln, shampoo & susp</i>	2	[EDS]
<i>calcipotriene soln</i>	3	[EDS]	<i>clindamycin gel 1%</i>	3	[EDS]
<i>clotrimazole & betamethasone</i>	2	[EDS]	<i>clindamycin lotion & soln</i>	2	[EDS]
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	4	[PA] [EDS]	<i>erythromycin topical gel & soln</i>	2	[EDS]
			<i>mupirocin ointment</i>	2	[EDS]
			<i>mupirocin cream</i>	4	[QL] [EDS]
			ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/ VITAMINS		
			Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
			<i>deferisirox granule pack, tabs & tabs for soln</i>	3	[PA] [EDS]
			<i>deferiprone</i>	5	[PA]
			<i>penicillamine tabs</i>	5	
			<i>trientine cap 250mg</i>	5	

[PA] = Autorización Previa [B vs D] = B versus D [QL] = Límite de Cantidad

[LD] = Distribución Limitada [EDS] = Suministro Extendido

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 41

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
Electrolyte/Mineral Replacement			<i>sodium chloride inj</i>	2	[EDS]
<i>carglumic acid</i>	5	[PA]	TPN ELECTROLYTES INJ	3	[EDS]
CLINISOL SF INJ	4	[PA] [B vs D] [EDS]	TRAVASOL INJ	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>dextrose inj</i>	2	[EDS]	Potassium Binders		
<i>dextrose (10%, 5% or 2.5%) & sodium chloride inj</i>	2	[EDS]	<i>kionex susp</i>	2	[EDS]
<i>klor-con pack</i>	4	[EDS]	LOKELMA	3	[EDS]
<i>klor-con tabs</i>	2	[EDS]	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	2	[EDS]
<i>magnesium sulfate inj</i>	2	[EDS]	<i>sps suspension</i>	2	[EDS]
<i>plenamine inj</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]	VELTASSA	3	[EDS]
<i>potassium chloride oral soln</i>	4	[EDS]	Vitamins		
<i>potassium chloride inj</i>	2	[EDS]	<i>prenatal multi- vitamin</i>	2	[EDS]
<i>potassium chloride pack 20meq</i>	4	[EDS]	GASTROINTESTINAL AGENTS		
<i>potassium chloride er & cr</i>	2	[EDS]	Anti-Constipation Agents		
<i>potassium chloride & dextrose 20mEq/5% inj</i>	2	[EDS]	<i>constulose soln</i>	2	[EDS]
<i>potassium chloride & dextrose & lactated ringers inj</i>	2	[EDS]	<i>enulose</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>generlac</i>	2	[EDS]
<i>potassium citrate er</i>	2	[EDS]	<i>lactulose soln 10g/15ml</i>	2	[EDS]
PROSOL INJ	4	[PA] [B vs D] [EDS]	LINZESS	3	[EDS]
			<i>lubiprostone</i>	3	[EDS]
			MOVANTIK	3	[EDS]
			RELISTOR INJ	5	[PA]
			RELISTOR TABS	5	[PA]
			Anti-Diarrheal Agents		
			<i>alose tron hcl tab 0.5mg</i>	4	[PA] [EDS]
			<i>alose tron 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]
			XERMELLO	5	[PA]

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
Antispasmodics, Gastrointestinal			<i>sucralfate tabs</i>	2	[EDS]
<i>dicyclomine</i>	4	[PA] [EDS]	Proton Pump Inhibitors		
<i>glycopyrrolate tabs 1mg & 2mg</i>	2	[EDS]	<i>esomeprazole magnesium dr caps</i>	3	[EDS]
Gastrointestinal Agents, Other			<i>lansoprazole dr caps</i>	2	[EDS]
<i>gavilyte-c</i>	2	[EDS]	<i>omeprazole caps</i>	1	[EDS]
<i>gavilyte-g</i>	2	[EDS]	<i>pantoprazole tabs</i>	1	[EDS]
<i>gavilyte-n</i>	2	[EDS]	<i>rabeprazole sodium</i>	3	[EDS]
<i>metoclopramide oral tablets & soln</i>	2	[EDS]	GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
<i>nitroglycerin rectal oint</i>	4	[EDS]	Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
<i>peg 3350 & electrolytes</i>	2	[EDS]	<i>betaine anhydrous</i>	5	
<i>peg 3350 & sodium chloride & sodium bicarbonate & potassium chloride</i>	2	[EDS]	CERDELGA	5	[PA]
<i>peg 3350 & sodium sulfate & sodium chloride & potassium chloride & sodium ascorbate & ascorbic</i>	3	[EDS]	CREON DR	3	[EDS]
PLENVU	3	[EDS]	<i>cromolyn sodium oral</i>	4	[EDS]
<i>sodium sulfate, potassium sulfate and magnesium sulfate</i>	3	[EDS]	CYSTAGON	3	[EDS]
<i>ursodiol cap 300mg & tabs 250mg & 500mg</i>	3	[EDS]	ENDARI	5	[PA]
VOWST	5	[PA] [LD]	<i>l-glutamine</i>	5	[PA]
XIFAXAN TABS 200MG	3	[PA] [EDS]	<i>miglustat</i>	5	[PA] [LD]
XIFAXAN TABS 550MG	5	[PA]	<i>nitisinone</i>	5	[PA]
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists			PROLASTIN C INJ	5	[PA] [LD]
<i>cimetidine tabs</i>	2	[EDS]	<i>sapropterin</i>	5	
<i>famotidine tabs</i>	1	[EDS]	<i>sodium phenylbutyrate powder & tabs</i>	5	
Protectants			WELIREG	5	[PA] [LD]
<i>misoprostol</i>	2	[EDS]	GENITOURINARY AGENTS		
			Antispasmodics, Urinary		
			<i>fesoterodine fumarate er</i>	3	[EDS]
			GEMTESA	4	[EDS]
			MYRBETRIQ	3	[EDS]
			<i>oxybutynin ir</i>	2	[EDS]
			<i>oxybutynin er</i>	2	[EDS]
			<i>solifenacin succinate</i>	3	[EDS]
			<i>tolterodine tartrate er</i>	4	[QL] [EDS]

[PA] = Autorización Previa [B vs D] = B versus D [QL] = Límite de Cantidad

[LD] = Distribución Limitada [EDS] = Suministro Extendido

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 41

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>trospium ir</i>	2	[EDS]	<i>prednisolone odt</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
Benign Prostatic Hypertrophy Agents			<i>prednisolone tablet 5mg</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	[EDS]	PREDNISONE INTENSOL	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>doxazosin</i>	2	[EDS]	<i>prednisone oral soln</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>dutasteride</i>	3	[EDS]	<i>prednisone tabs</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>dutasteride & tamsulosin</i>	3	[EDS]	<i>prednisone tab pack</i>	1	[EDS]
<i>finasteride tabs 5mg</i>	1	[EDS]	HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (PITUITARY)		
<i>prazosin</i>	2	[EDS]	Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Pituitary)		
<i>tadalafil 2.5mg & 5mg</i>	4	[PA] [QL] [EDS]	<i>desmopressin acetate nasal</i>	4	[EDS]
<i>tamsulosin</i>	1	[EDS]	<i>desmopressin acetate oral</i>	2	[EDS]
<i>terazosin</i>	1	[EDS]	GENOTROPIN INJ	5	[PA]
Genitourinary Agents, Other			GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG, 0.4MG, 0.6MG & 0.8MG	4	[PA] [EDS]
<i>bethanechol</i>	2	[EDS]	GENOTROPIN MINIQUICK INJ 1MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG & 2MG	5	[PA]
ELMIRON	4	[EDS]	HUMATROPE INJ CARTRIDGE 6MG	4	[PA] [EDS]
<i>tiopronin</i>	5		HUMATROPE INJ CARTRIDGE 12MG & 24MG	5	[PA]
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (ADRENAL)			INCRELEX INJ	5	[PA]
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)			LUPRON DEPOT- PED (6-MONTH) INJ	5	[PA]
<i>dexamethasone dose pack</i>	2	[EDS]	HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (SEX HORMONES/ MODIFIERS)		
<i>dexamethasone elixir</i>	2	[EDS]	Androgens		
<i>dexamethasone tabs</i>	2	[EDS]	<i>danazol</i>	4	[EDS]
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	[EDS]			
HEMADY	4	[EDS]			
<i>hydrocortisone oral</i>	2	[EDS]			
MEDROL TABS	4	[PA] [B vs D] [EDS]			
<i>methylprednisolone dose pack</i>	2	[EDS]			
<i>methylprednisolone oral</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]			
ORAPRED ODT	4	[PA] [B vs D] [EDS]			
<i>prednisolone oral soln</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]			

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>testosterone cypionate inj</i>	2	[EDS]	<i>estradiol & norethindrone acetate 0.5mg/0.1mg & 1mg/0.5mg</i>	2	[EDS]
<i>testosterone enanthate inj</i>	2	[EDS]	ESTRING	3	[EDS]
<i>testosterone gel 1% & 1.62%</i>	3	[EDS]	<i>ethinyl estradiol & ethynodiol</i>	2	[EDS]
<i>testosterone gel 25mg/2.5g, 20.25mg/1.25g, 40.5mg/2.5g & 50mg/5g</i>	3	[EDS]	<i>ethinyl estradiol & norethindrone acetate 5mcg/1mg & 2.5mcg-0.5mg</i>	2	[EDS]
Estrogens			<i>etonogestrel & ethinyl estradiol ring</i>	3	[EDS]
<i>altavera</i>	2	[EDS]	<i>falmina</i>	2	[EDS]
<i>alyacen 1/35</i>	2	[EDS]	<i>fyavolv</i>	2	[EDS]
<i>apri</i>	2	[EDS]	<i>haloette</i>	3	[EDS]
<i>aranelle</i>	2	[EDS]	IMVEXXY PACK	3	[EDS]
<i>aubra eq</i>	2	[EDS]	<i>introvale</i>	2	[EDS]
<i>aviane</i>	2	[EDS]	<i>isibloom</i>	2	[EDS]
<i>azurette</i>	2	[EDS]	<i>jasmiel</i>	2	[EDS]
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2	[EDS]	<i>jinteli</i>	2	[EDS]
<i>briellyn</i>	2	[EDS]	<i>juleber</i>	2	[EDS]
<i>cyred eq</i>	2	[EDS]	<i>junel 21 day</i>	2	[EDS]
<i>desogestrel & ethinyl estradiol</i>	2	[EDS]	<i>junel fe 1/20</i>	2	[EDS]
<i>dotti</i>	2	[EDS]	<i>kariva</i>	2	[EDS]
<i>drospirenone & ethinyl estradiol 3mg/0.02mg</i>	2	[EDS]	<i>kelnor 1/35 & 1/50</i>	2	[EDS]
<i>eluryng</i>	3	[EDS]	<i>kurvelo</i>	2	[EDS]
<i>enilloring</i>	3	[EDS]	<i>larin</i>	2	[EDS]
<i>enpresse-28</i>	2	[EDS]	<i>larin fe</i>	2	[EDS]
<i>enskyce</i>	2	[EDS]	<i>leena</i>	2	[EDS]
<i>estarylla</i>	2	[EDS]	<i>levonest</i>	2	[EDS]
<i>estradiol oral</i>	2	[EDS]	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol 0.1- 0.02mg & 0.15- 0.03mg & triphasic packs</i>	2	[EDS]
<i>estradiol patches</i>	2	[EDS]			
<i>estradiol vaginal cream</i>	2	[EDS]			
<i>estradiol vaginal tabs</i>	2	[EDS]			

[PA] = Autorización Previa [B vs D] = B versus D [QL] = Límite de Cantidad

[LD] = Distribución Limitada [EDS] = Suministro Extendido

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 41

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol and ethinyl estradiol 0.1/0.02mg-0.01mg packs</i>	2	[EDS]	<i>setlakin</i>	2	[EDS]
<i>levora</i>	2	[EDS]	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	2	[EDS]
<i>loryna</i>	2	[EDS]	<i>tri-estarylla</i>	2	[EDS]
<i>low-ogestrel</i>	2	[EDS]	<i>tri-lo-estarylla</i>	2	[EDS]
<i>lyllana</i>	2	[EDS]	<i>tri-lo-sprintec</i>	2	[EDS]
<i>marlissa 28 day</i>	2	[EDS]	<i>tri-mili</i>	2	[EDS]
MENEST	3	[EDS]	<i>tri-nymyo</i>	2	[EDS]
<i>microgestin 1/20 & 1.5/30</i>	2	[EDS]	<i>tri-sprintec</i>	2	[EDS]
<i>microgestin 24 fe</i>	2	[EDS]	<i>tri-vylibra</i>	2	[EDS]
<i>microgestin fe 1/20 & 1.5/30</i>	2	[EDS]	<i>tri-vylibra lo</i>	2	[EDS]
<i>mili</i>	2	[EDS]	<i>trivora-28</i>	2	[EDS]
<i>mimvey</i>	2	[EDS]	<i>turqoz</i>	2	[EDS]
<i>necon</i>	2	[EDS]	<i>velivet</i>	2	[EDS]
<i>nikki</i>	2	[EDS]	<i>vestura</i>	2	[EDS]
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol patch</i>	3	[EDS]	<i>vienva</i>	2	[EDS]
<i>norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 0.4mg/0.035mg</i>	2	[EDS]	<i>vyfemla</i>	2	[EDS]
<i>norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 20mcg/75mg/1mg</i>	2	[EDS]	<i>vylibra</i>	2	[EDS]
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	2	[EDS]	<i>wymzya fe</i>	2	[EDS]
<i>nylia 7/7/7 & 1/35</i>	2	[EDS]	<i>xulane</i>	3	[EDS]
<i>nymyo</i>	2	[EDS]	<i>yuvaferm</i>	2	[EDS]
<i>pimtrea</i>	2	[EDS]	<i>zafemy</i>	3	[EDS]
PREMARIN ORAL	3	[EDS]	<i>zovia</i>	2	[EDS]
PREMARIN VAGINAL CREAM	3	[EDS]	Progestins		
PREMPHASE	3	[EDS]	<i>deblitane</i>	2	[EDS]
PREMPRO	3	[EDS]	DEPO-SUBQ	3	[EDS]
<i>reclipsen</i>	2	[EDS]	PROVERA 104 INJ		
			<i>heather tabs</i>	2	[EDS]
			<i>incassia</i>	2	[EDS]
			LILETTA	3	[EDS]
			<i>lyleq</i>	2	[EDS]
			<i>lyza</i>	2	[EDS]
			<i>medroxyprogesterone acetate inj</i>	2	[EDS]
			<i>medroxyprogesterone acetate tabs</i>	2	[EDS]
			<i>megestrol acetate oral susp 40mg/ml</i>	2	[EDS]
			<i>megestrol tabs</i>	2	[EDS]
			NEXPLANON	3	[EDS]
			<i>norethindrone</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 19

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>progesterone caps</i>	2	[EDS]	TRELSTAR MIXJECT INJ	4	[PA] [EDS]
<i>sharobel</i>	2	[EDS]	HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)		
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents			Antithyroid Agents		
DUAVEE	3	[EDS]	<i>methimazole</i>	2	[EDS]
<i>raloxifene hcl</i>	3	[EDS]	<i>propylthiouracil</i>	2	[EDS]
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (THYROID)			IMMUNOLOGICAL AGENTS		
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Thyroid)			Angioedema Agents		
CYTOMEL	3	[EDS]	CINRYZE INJ	5	[PA]
<i>levothyroxine tabs</i>	1	[EDS]	<i>icatibant inj</i>	5	[PA] [QL]
<i>levoxyl</i>	1	[EDS]	<i>sajazir inj</i>	5	[PA]
<i>liothyronine tabs</i>	2	[EDS]	Immunoglobulins		
SYNTHROID	3	[EDS]	GAMMAGARD INJ	5	[PA] [B vs D]
<i>unithroid</i>	1	[EDS]	GAMUNEX-C INJ	5	[PA] [B vs D]
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)			Immunological Agents, Other		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)			ARCALYST INJ	5	[PA]
<i>cabergoline</i>	2	[EDS]	BENLYSTA INJ	5	[PA]
ELIGARD INJ	4	[PA] [EDS]	COSENTYX INJ	5	[PA] [QL]
<i>leuprolide acetate inj kit 1mg/0.2ml</i>	4	[PA] [EDS]	COSENTYX SENSOREADY PEN INJ	5	[PA] [QL]
LUPRON DEPOT INJ	5	[PA]	COSENTYX UNOREADY PEN INJ	5	[PA] [QL]
LUPRON DEPOT- PED (1-MONTH & 3- MONTH) INJ	5	[PA]	DUPIXENT INJ	5	[PA] [QL]
<i>mifepristone tabs 300mg</i>	5	[PA]	ORENCIA INJ	5	[PA] [QL]
<i>octreotide inj 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml & 500mcg/ml</i>	4	[PA] [EDS]	OTEZLA STARTER	5	[PA] [QL]
<i>octreotide inj 1000mcg/ml</i>	5	[PA]	RIDAURA	5	
ORGOVYX	5	[PA] [LD]	RINVOQ	5	[PA] [QL]
SIGNIFOR INJ	5	[PA]	SKYRIZI INJ	5	[PA] [QL]
SOMAVERT INJ	5	[PA]	STELARA INJ	5	[PA] [QL]
SYNAREL	4	[EDS]	TREMFYA INJ	5	[PA] [QL]
			XELJANZ	5	[PA] [QL]
			XELJANZ XR	5	[PA] [QL]
			XOLAIR INJ	5	[PA] [QL] [LD]
			Immunostimulants		
			ACTIMMUNE INJ	5	[PA]
			BESREMI INJ	5	[PA] [LD]
			PEGASYS VIAL INJ	5	[PA]

[PA] = Autorización Previa [B vs D] = B versus D [QL] = Límite de Cantidad

[LD] = Distribución Limitada [EDS] = Suministro Extendido

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 41

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
Immunosuppressants			IMURAN TABS	4	[PA] [B vs D] [EDS]
ASTAGRAF XL	4	[PA] [B vs D] [EDS]	JYLAMVO SOLN	4	[EDS]
AZASAN	4	[PA] [B vs D] [EDS]	<i>leflunomide</i>	2	[QL] [EDS]
<i>azathioprine tabs 50mg</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]	<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	2	[EDS]
<i>azathioprine tabs 75mg & 100mg</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]	<i>methotrexate oral</i>	2	[EDS]
CELLCEPT CAPS	4	[PA] [B vs D] [EDS]	<i>mycophenolate mofetil caps & tabs</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
CELLCEPT ORAL SUSPENSION & TABS	5	[PA] [B vs D]	<i>mycophenolate mofetil oral susp</i>	5	[PA] [B vs D]
<i>cyclosporine caps</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]	<i>mycophenolic acid dr</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>cyclosporine modified</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]	MYFORTIC	4	[PA] [B vs D] [EDS]
ENBREL INJ	5	[PA] [QL]	MYHIBBIN	4	[PA] [B vs D] [EDS]
ENBREL MINI INJ	5	[PA] [QL]	NEORAL	4	[PA] [B vs D] [EDS]
ENBREL SURECLICK INJ	5	[PA] [QL]	PEGASYS SYRINGE INJ	5	[PA]
ENVARUSUS XR	4	[PA] [B vs D] [EDS]	PROGRAF CAPS	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>everolimus 0.25mg</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]	PROGRAF PACK	4	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>everolimus 0.5mg, 0.75mg & 1mg</i>	5	[PA] [B vs D]	RAPAMUNE SOLN	5	[PA] [B vs D]
<i>engraf</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]	RAPAMUNE TABS	4	[PA] [B vs D] [EDS]
HUMIRA INJ	5	[PA] [QL]	SANDIMMUNE CAPS 25MG & 100MG	4	[PA] [B vs D] [EDS]
HUMIRA PEN- CD/UC/HS STARTER INJ	5	[PA] [QL]	<i>sirolimus soln</i>	5	[PA] [B vs D]
HUMIRA PEN- PEDIATRIC UC STARTER PACK INJ	5	[PA] [QL]	<i>sirolimus tabs</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ	5	[PA] [QL]	<i>tacrolimus caps 0.5mg & 1mg</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]
HUMIRA PEN INJ	5	[PA] [QL]	<i>tacrolimus caps 5mg</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
			Vaccines		
			ABRYSVO INJ	3	[EDS]
			ACTHIB INJ	3	[EDS]
			ADACEL INJ	3	[EDS]

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
AREXVY INJ	3	[EDS]	RECOMBIVAX HB INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]
BCG INJ	3	[EDS]	ROTARIX	3	[EDS]
BEXSERO INJ	3	[EDS]	ROTATEQ	3	[EDS]
BOOSTRIX INJ	3	[EDS]	SHINGRIX INJ	3	[EDS]
DAPTACEL INJ	3	[EDS]	TDVAX INJ	3	[EDS]
DIPHThERIA & TETANUS TOXOIDS PEDIATRIC INJ	3	[EDS]	TENIVAC INJ	3	[EDS]
ENGERIX-B INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]	TICOVAC INJ	4	[EDS]
GARDASIL 9 INJ	4	[EDS]	TRUMENBA INJ	3	[EDS]
HAVRIX INJ	3	[EDS]	TWINRIX INJ	3	[EDS]
HEPLISAV-B INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]	TYPHIM VI INJ	3	[EDS]
HIBERIX INJ	3	[EDS]	VAQTA INJ	3	[EDS]
IMOVAX RABIES INJ	3	[EDS]	VARIVAX INJ	3	[EDS]
INFANRIX INJ	3	[EDS]	VAXCHORA INJ	3	[EDS]
IPOL INACTIVATED IPV INJ	3	[EDS]	YF-VAX INJ	3	[EDS]
IXCHIQ INJ	3	[EDS]	INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS		
IXIARO INJ	4	[EDS]	<i>Aminosalicylates</i>		
JYNNEOS INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]	<i>balsalazide</i>	3	[EDS]
KINRIX INJ	3	[EDS]	<i>mesalamine dr</i>	4	[EDS]
MENACTRA INJ	3	[EDS]	<i>mesalamine enema</i>	4	[EDS]
MENQUADFI INJ	3	[EDS]	<i>mesalamine er caps</i>	4	[QL] [EDS]
MENVEO-A/C/Y/W- 135 INJ	3	[EDS]	<i>mesalamine rectal suppository</i>	4	[EDS]
MRESVIA INJ	3	[EDS]	<i>sulfasalazine</i>	2	[EDS]
M-M-R II INJ	3	[EDS]	<i>Glucocorticoids</i>		
PEDIARIX INJ	3	[EDS]	<i>budesonide ec caps</i>	4	[PA] [EDS]
PEDVAX HIB INJ	3	[EDS]	<i>budesonide er tabs 9mg</i>	5	[PA]
PENBRAYA INJ	3	[EDS]	<i>hydrocortisone cream 2.5%</i>	2	[EDS]
PENTACEL INJ	3	[EDS]	<i>hydrocortisone enema</i>	2	[EDS]
PREHEVBRIO INJ	3	[PA] [B vs D] [EDS]	<i>procto-med hc</i>	2	[EDS]
PRIORIX INJ	3	[EDS]	<i>proctosol hc</i>	2	[EDS]
PROQUAD INJ	3	[EDS]	<i>proctozone-hc</i>	2	[EDS]
QUADRACEL INJ	3	[EDS]	METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
RABAVERT INJ	3	[EDS]	<i>Metabolic Bone Disease Agents</i>		
			<i>alendronate tabs</i>	1	[EDS]
			<i>calcitonin-salmon nasal</i>	2	[EDS]

[PA] = Autorización Previa [B vs D] = B versus D [QL] = Límite de Cantidad

[LD] = Distribución Limitada [EDS] = Suministro Extendido

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 41

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>calcitriol caps</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]	<i>brimonidine & timolol maleate</i>	4	[EDS]
<i>cinacalcet tab 30mg & 60mg</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]	<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	3	[EDS]
<i>cinacalcet tab 90mg</i>	5	[PA] [B vs D]	CYSTARAN	5	
<i>doxercalciferol oral</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]	<i>dorzolamide & timolol maleate</i>	2	[EDS]
<i>ibandronate oral</i>	2	[EDS]	<i>neomycin & polymyxin & bacitracin</i>	2	[EDS]
<i>paricalcitol caps</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]	<i>neomycin & polymyxin & bacitracin & hydrocortisone</i>	2	[EDS]
PROLIA INJ	4	[PA] [EDS]	<i>neomycin & polymyxin & dexamethasone</i>	2	[EDS]
RAYALDEE	5		<i>neomycin & polymyxin & gramicidin ophthalmic</i>	2	[EDS]
<i>risedronate sodium</i>	3	[EDS]	<i>neomycin & polymyxin & hydrocortisone</i>	2	[EDS]
<i>risedronate sodium dr</i>	3	[EDS]	<i>neo-polycin ophthalmic ointment</i>	2	[EDS]
TERIPARATIDE INJ	5	[PA]	<i>neo-polycin hc ophthalmic ointment</i>	2	[EDS]
TYMLOS INJ	5	[PA]	<i>polycin ophthalmic ointment</i>	2	[EDS]
XGEVA INJ	5	[PA]	<i>polymyxin b sulfate & trimethoprim sulfate ophthalmic soln</i>	2	[EDS]
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS			ROCKLATAN	3	[EDS]
<i>Miscellaneous Therapeutic Agents</i>			SIMBRINZA	4	[EDS]
<i>alcohol pads</i>	2	[PA] [EDS]	<i>sulfacetamide sodium & prednisolone sodium phosphate ophthalmic</i>	2	[EDS]
<i>bd insulin syringe ultrafine</i>	2	[PA] [EDS]	TOBRADEX OINT	3	[EDS]
<i>bd insulin syringe safetyglide</i>	2	[PA] [EDS]			
<i>bd pen needle ultrafine</i>	2	[PA] [EDS]			
<i>gauze pads 2"x2"</i>	2	[PA] [EDS]			
INTRALIPID INJ	4	[PA] [B vs D] [EDS]			
<i>levocarnitine oral</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]			
<i>sodium chloride irrigation soln</i>	2	[EDS]			
OPHTHALMIC AGENTS					
<i>Ophthalmic Agents, Other</i>					
<i>atropine sulfate soln</i>	2	[EDS]			
<i>bacitracin & polymyxin b ointment</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 19

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>tobramycin & dexamethasone ophthalmic suspension</i>	2	[EDS]	<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	2	[EDS]
XIIDRA	3	[EDS]	<i>difluprednate</i>	3	[EDS]
Ophthalmic Anti-allergy Agents			<i>fluorometholone</i>	2	[EDS]
<i>azelastine 0.05%</i>	2	[EDS]	<i>ketorolac soln</i>	2	[EDS]
<i>cromolyn sodium ophthalmic soln</i>	2	[EDS]	LOTEMAX OINT	4	[EDS]
Ophthalmic Anti-infectives			LOTEMAX SM GEL 0.38%	4	[EDS]
AZASITE	3	[EDS]	PRED MILD	3	[EDS]
<i>bacitracin ophthalmic ointment</i>	2	[EDS]	<i>prednisolone acetate</i>	2	[EDS]
<i>ciprofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	[EDS]	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	2	[EDS]
<i>erythromycin ophthalmic oint</i>	2	[EDS]	Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>gentamicin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	[EDS]	<i>betaxolol soln</i>	2	[EDS]
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic</i>	2	[EDS]	<i>carteolol</i>	1	[EDS]
<i>ofloxacin ophthalmic</i>	2	[EDS]	<i>levobunolol</i>	2	[EDS]
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic oint & soln 10%</i>	2	[EDS]	<i>timolol ophthalmic gel forming</i>	2	[EDS]
<i>tobramycin ophthalmic solution</i>	2	[EDS]	<i>timolol ophth soln 12 hours 0.25% & 0.5% multi-use bottles</i>	1	[EDS]
<i>trifluridine</i>	2	[EDS]	Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
XDEMVIY	5	[PA] [QL]	<i>acetazolamide tabs</i>	2	[EDS]
ZIRGAN	4	[EDS]	<i>acetazolamide er caps</i>	2	[EDS]
Ophthalmic Anti-inflammatories			<i>brimonidine tartrate soln 0.15% & 0.1%</i>	4	[EDS]
<i>bromfenac ophthalmic soln 0.07% & 0.075%</i>	4	[EDS]	<i>brimonidine tartrate soln 0.2%</i>	2	[EDS]
<i>bromfenac ophthalmic soln 0.09%</i>	3	[EDS]	<i>dorzolamide</i>	2	[EDS]
<i>dexamethasone ophthalmic soln</i>	2	[EDS]	<i>methazolamide</i>	4	[EDS]
			<i>pilocarpine soln</i>	2	[EDS]
			RHOPRESSA	3	[EDS]
			Ophthalmic Prostaglandin and Prostanoid Analogs		
			<i>latanoprost</i>	1	[EDS]
			LUMIGAN	3	[EDS]
			<i>travoprost</i>	3	[EDS]
			VYZULTA	4	[EDS]

[PA] = Autorización Previa [B vs D] = B versus D [QL] = Límite de Cantidad

[LD] = Distribución Limitada [EDS] = Suministro Extendido

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 41

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
OTIC AGENTS			Antileukotrienes		
<i>Otic Agents</i>			<i>montelukast</i>	2	[EDS]
<i>acetic acid & hydrocortisone</i>	2	[EDS]	<i>zafirlukast</i>	2	[QL] [EDS]
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS			Bronchodilators, Anticholinergic		
CIPRO HC	4	[EDS]	ATROVENT HFA	3	[QL] [EDS]
<i>ciprofloxacin & dexamethasone otic susp</i>	4	[EDS]	<i>ipratropium bromide nasal</i>	2	[QL] [EDS]
<i>fluocinolone acetate otic soln</i>	3	[EDS]	<i>ipratropium bromide nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>neomycin & polymyxin & hydrocortisone</i>	2	[EDS]	SPIRIVA RESPIMAT	3	[QL] [EDS]
<i>ofloxacin otic</i>	2	[EDS]	YUPELRI	5	[PA] [B vs D]
Antihistamines			Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>azelastine nasal 0.1%</i>	2	[EDS]	<i>albuterol sulfate hfa 6.7gm inhaler</i>	2	[QL] [EDS]
<i>cyproheptadine</i>	4	[EDS]	<i>albuterol sulfate hfa 8.5gm inhaler</i>	2	[QL] [EDS]
<i>desloratadine tabs</i>	2	[EDS]	<i>albuterol sulfate nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>hydroxyzine hcl tabs</i>	4	[PA] [EDS]	<i>albuterol sulfate syrup</i>	2	[EDS]
<i>hydroxyzine pamoate caps</i>	4	[PA] [EDS]	<i>albuterol sulfate tabs</i>	4	[EDS]
<i>levocetirizine</i>	2	[EDS]	<i>arformoterol tartrate nebulizer</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids			BROVANA NEBULIZER	4	[PA] [B vs D] [EDS]
ARNUITY ELLIPTA	3	[EDS]	EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR 0.15MG/0.3ML & 0.3MG/0.3ML	3	[EDS]
ASMANEX HFA	3	[EDS]	<i>formoterol fumarate nebulizer</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]
ASMANEX TWISTHALER	3	[EDS]	<i>levalbuterol nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>budesonide nebulizer</i>	4	[PA] [B vs D] [EDS]	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA	4	[EDS]
<i>flunisolide nasal</i>	2	[QL] [EDS]	PERFOROMIST NEBULIZER	5	[PA] [B vs D]
<i>fluticasone propionate nasal</i>	2	[QL] [EDS]	PROAIR RESPICLICK	3	[EDS]
<i>mometasone furoate nasal</i>	3	[QL] [EDS]	SEREVENT DISKUS	3	[EDS]
PULMICORT NEBULIZER	4	[PA] [B vs D] [EDS]	STRIVERDI RESPIMAT	3	[EDS]
QVAR REDHALER	3	[EDS]			

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 19

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits	Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>terbutaline sulfate oral</i>	4	[EDS]	BEVESPI AEROSPHERE	3	[EDS]
Cystic Fibrosis Agents			BREO ELLIPTA	3	[EDS]
BETHKIS	5	[PA] [B vs D]	<i>breynd</i>	4	[QL] [EDS]
CAYSTON	5	[PA] [LD]	BREZTRI AEROSPHERE	3	[QL] [EDS]
KALYDECO	5	[PA]	<i>budesonide-formoterol fumarate dihydrate</i>	4	[QL] [EDS]
KITABIS NEBULIZER	5	[PA] [B vs D]	COMBIVENT RESPIMAT	3	[QL] [EDS]
ORKAMBI	5	[PA]	DULERA	3	[EDS]
PULMOZYME	5	[PA] [B vs D]	FASENRA INJ	5	[PA] [QL]
TOBI SOLN	5	[PA] [B vs D]	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus 100mcg-50mcg, 250mcg-50mcg & 500mcg-50mcg</i>	3	[QL] [EDS]
TOBI PODHALER	5		<i>ipratropium bromide & albuterol sulfate nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>tobramycin nebulizer</i>	5	[PA] [B vs D]	STIOLTO RESPIMAT	3	[EDS]
Mast Cell Stabilizers			TRELEGY ELLIPTA	3	[QL] [EDS]
<i>cromolyn sodium nebulizer soln</i>	3	[PA] [B vs D] [EDS]	<i>wixela inhub</i>	3	[QL] [EDS]
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease			SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
OHTUVAYRE NEBULIZER	5	[PA] [B vs D]	Skeletal Muscle Relaxants		
<i>roflumilast tabs</i>	3	[EDS]	<i>carisoprodol tabs 350mg</i>	2	[EDS]
<i>theophylline er tabs</i>	4	[EDS]	<i>chlorzoxazone tabs 500mg</i>	2	[EDS]
Pulmonary Antihypertensives			<i>cyclobenzaprine hcl ir</i>	2	[PA] [EDS]
ADEMPAS	5	[PA] [LD]	<i>methocarbamol tabs</i>	2	[EDS]
<i>alyq</i>	5	[PA]	SLEEP DISORDER AGENTS		
<i>ambrisentan</i>	5	[PA] [LD]	Sleep Promoting Agents		
<i>bosentan tabs 62.5mg & 125mg</i>	5	[PA] [LD]	<i>ramelteon</i>	3	[QL] [EDS]
OPSUMIT	5	[PA] [LD]	<i>tasimelteon caps</i>	5	[PA]
<i>sildenafil tab 20mg</i>	3	[PA] [EDS]	<i>temazepam caps</i>	4	[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]			

[PA] = Autorización Previa [B vs D] = B versus D [QL] = Límite de Cantidad

[LD] = Distribución Limitada [EDS] = Suministro Extendido

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 41

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>zolpidem ir tabs 5mg & 10mg</i>	2	[EDS]
<i>Wakefulness Promoting Agents</i>		
<i>armodafinil</i>	3	[PA] [EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<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 19

**FORMULARY DRUGS WITH QUANTITY LIMITS
MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO CON LÍMITES DE CANTIDAD**

Drugs with Quantity Limits Medicamentos con Límites de Cantidad	
Drug Name Nombre del Medicamento	Quantity Limits Límites de Cantidad
<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>breynd</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
<i>desoximetasone topical cream & oint 0.25%</i>	120gm per 30 days

Drugs with Quantity Limits
Medicamentos con Límites de Cantidad

Drug Name Nombre del Medicamento	Quantity Limits Límites de Cantidad
<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
Medicamentos con Límites de Cantidad

Drug Name Nombre del Medicamento	Quantity Limits Límites de Cantidad
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
Medicamentos con Límites de Cantidad**

Drug Name Nombre del Medicamento	Quantity Limits Límites de Cantidad
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
<i>tramadol & acetaminophen tabs 37.5-325mg</i>	240 tabs per 30 days

**Drugs with Quantity Limits
Medicamentos con Límites de Cantidad**

Drug Name Nombre del Medicamento	Quantity Limits Límites de Cantidad
<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
XDEMVI	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 ÍNDICE

- abacavir & lamivudine*, 54
abacavir soln & tabs, 54
ABELCET INJ, 49
ABILIFY ASIMTUFII INJ, 53
ABILIFY MAINTENA INJ, 53
abiraterone acetate, 50
ABRYSVO INJ, 69
acamprosate calcium dr, 44
acarbose, 56
accutane, 61
acebutolol, 58
acetaminophen & codeine, 43, 76
acetazolamide er caps, 72
acetazolamide tabs, 72
acetic acid & hydrocortisone, 73
acetylcysteine nebulizer soln, 74
acitretin, 61
ACTHIB INJ, 69
ACTIMMUNE INJ, 68
acyclovir caps & tabs, 54
acyclovir cream, 76
acyclovir cream & oint 5%, 62
acyclovir inj, 54
acyclovir ointment, 76
acyclovir oral susp, 54
ADACEL INJ, 69
adapalene cream 0.1%, 61
adapalene gel 0.3%, 61
adefovir dipivoxil, 54
ADEMPAS, 74
ADVAIR HFA, 74
AIMOVIG INJ, 49
AKEEGA, 50
albendazole, 52
albuterol sulfate hfa 6.7gm inhaler, 73, 76
albuterol sulfate hfa 8.5gm inhaler, 73, 76
albuterol sulfate nebulizer, 73
albuterol sulfate syrup, 73
albuterol sulfate tabs, 73
alclometasone dipropionate, 61
alcohol pads, 71
ALECENSA, 50
alendronate tabs, 70
alfuzosin hcl er, 65
aliskiren, 58
allopurinol tabs 100mg & 300mg, 49
alose tron hcl tab 0.5mg, 63
alose tron hcl tab 1mg, 63
alprazolam ir tabs, 55, 76
altavera, 66
ALTRENO, 61
ALUNBRIG, 50
ALUNBRIG INITIATION PACK, 51
alyacen 1/35, 66
alyq, 74
amantadine, 55
AMBISOME INJ, 49
ambrisentan, 74
amikacin inj, 44
amiloride, 59
amiloride & hydrochlorothiazide, 58
amiodarone tabs, 58
amitriptyline, 48
amlodipine, 58
amlodipine & valsartan & hydrochlorothiazide tabs, 59
amlodipine & atorvastatin, 58
amlodipine & benazepril, 58
ammonium lactate, 61
amnestem caps, 61
amoxapine, 48
amoxicillin, 45
amoxicillin & clavulanate potassium chew tabs 400-57mg, 45

amoxicillin & clavulanate potassium er, 45
amoxicillin & clavulanate potassium oral susp & tabs, 45
amphetamine & dextroamphetamine, 76
amphetamine & dextroamphetamine tabs, 60
amphotericin b inj, 49
amphotericin b liposome inj, 49
ampicillin & sulbactam inj 10-5gm, 2-1gm & 1-0.5gm, 45
ampicillin inj, 45
ampicillin oral, 45
anagrelide, 57
anastrozole, 50
 ANORO ELLIPTA, 74
apomorphine hydrochloride inj, 52
aprepitant caps 80mg & 125mg, 49
aprepitant pack, 49
apri, 66
 APTIOM, 47
 APTIVUS CAPS, 55
aranelle, 66
 ARCALYST INJ, 68
 AREXVY INJ, 70
arformoterol tartrate nebulizer, 73
 ARIKAYCE, 44
aripiprazole odt 10mg, 53
aripiprazole odt 15mg, 53
aripiprazole soln, 53
aripiprazole tabs, 53
 ARISTADA INITIO INJ, 53
 ARISTADA INJ, 53
armodafinil, 75
 ARNUITY ELLIPTA, 73
asenapine maleate sublingual, 53
 ASMANEX HFA, 73
 ASMANEX TWISTHALER, 73
 ASTAGRAF XL, 69
atazanavir sulfate caps, 55
atenolol, 58
atenolol & chlorthalidone, 59
atomoxetine, 60
atorvastatin, 59
atovaquone susp, 52
atovaquone/proguanil, 52
atropine sulfate soln, 71
 ATROVENT HFA, 73, 76
aubra eq, 66
 AUGTYRO, 51
 AUSTEDO, 60, 76
 AUSTEDO XR 18MG, 30MG, 36MG, 42MG & 48MG, 60, 76
 AUSTEDO XR 6MG, 12MG & 24MG, 60, 76
 AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT, 60, 76
 AUVELITY, 48
aviane, 66
 AVONEX INJ, 60
 AVONEX PEN INJ, 60
 AYVAKIT, 51
 AZASAN, 69
 AZASITE, 72
azathioprine tabs 50mg, 69
azathioprine tabs 75mg & 100mg, 69
azelastine 0.05%, 72
azelastine nasal 0.1%, 73
azithromycin inj, 46
azithromycin tabs & oral susp bottle, 46
aztreonam inj, 44
azurette, 66
bacitracin & polymyxin b ointment, 71
bacitracin ophthalmic ointment, 72
baclofen tabs, 53
balsalazide, 70
 BALVERSA, 51
 BARACLUDGE ORAL SOLN 0.05MG/ML, 54
 BCG INJ, 70
bd insulin syringe safetyglide, 71
bd insulin syringe ultrafine, 71
bd pen needle ultrafine, 71
benazepril, 57
benazepril & hydrochlorothiazide, 59
 BENLYSTA INJ, 68
benztropine tabs, 52

BESREMI INJ, 68
betaine anhydrous, 64
betamethasone dipropionate, 61
betamethasone dipropionate augmented, 61
betamethasone valerate cream, oint & lotion,
 61
 BETASERON INJ, 60
betaxolol soln, 72
bethanechol, 65
 BETHKIS, 74
 BEVESPI AEROSPHERE, 74
bexarotene, 52
 BEXSERO INJ, 70
bicalutamide, 50
 BICILLIN L-A INJ, 45
 BIKTARVY, 54
bisoprolol, 58
bisoprolol & hydrochlorothiazide, 59
blisovi fe 1.5/30, 66
 BOOSTRIX INJ, 70
bosentan tabs 62.5mg & 125mg, 74
 BOSULIF, 51
 BRAFTOVI, 51
 BREO ELLIPTA, 74
breyana, 74, 76
 BREZTRI AEROSPHERE, 74, 76
briellyn, 66
 BRILINTA, 57
brimonidine & timolol maleate, 71
brimonidine tartrate soln 0.15% & 0.1%, 72
brimonidine tartrate soln 0.2%, 72
 BRIVIACT ORAL SOLN, 46
 BRIVIACT TABS, 46
bromfenac ophthalmic soln 0.07% & 0.075%,
 72
bromfenac ophthalmic soln 0.09%, 72
bromocriptine, 52
 BROVANA NEBULIZER, 73
 BRUKINSA, 51
budesonide ec caps, 70
budesonide er tabs 9mg, 70
budesonide nebulizer, 73
budesonide-formoterol fumarate dihydrate,
 74, 76
bumetanide inj, 59
bumetanide tabs, 59
buprenorphine & naloxone sublingual film, 44
buprenorphine & naloxone sublingual tabs, 44
buprenorphine sublingual tabs, 44
bupropion, 48
bupropion sr, 48
bupropion sr 150mg, 44
bupropion xl 150mg & 300mg, 48
bupropion xl 450mg, 48
bupirone, 55
butorphanol tartrate nasal, 43, 76
 BYDUREON BCISE INJ, 56, 76
cabergoline, 68
 CABOMETYX, 51
caffeine-ergotamine, 49
calcipotriene cream, 76
calcipotriene cream & oint, 62
calcipotriene oint, 76
calcipotriene soln, 62
calcitonin-salmon nasal, 70
calcitriol caps, 71
 CALQUENCE, 51
candesartan, 58
 CAPLYTA, 53
 CAPRELSA, 51
captopril, 58
carbamazepine er tabs & caps, 47
*carbamazepine tabs, chewable tabs & oral
 susp*, 47
carbidopa, 52
carbidopa & levodopa, 52
carbidopa & levodopa & entacapone, 52
carglumic acid, 63
carisoprodol tabs 350mg, 74
carteolol, 72
cartia xt, 58
carvedilol, 58
caspofungin inj, 49

CAYSTON, 74
cefaclor, 45
cefaclor er, 45
cefadroxil caps & tabs, 45
cefazolin inj, 45
cefdinir, 45
cefepime inj, 45
cefixime caps, 45
cefixime susp, 45
cefoxitin sodium, 45
cefpodoxime tabs, 45
cefprozil, 45
ceftazidime inj, 45
ceftriaxone inj, 45
cefuroxime inj, 45
cefuroxime oral, 45
celecoxib, 43
 CELLCEPT CAPS, 69
 CELLCEPT ORAL SUSPENSION & TABS, 69
cephalexin caps 250mg & 500mg, 45
cephalexin oral susp, 45
 CERDELGA, 64
cevimeline, 61
chlorhexidine gluconate, 61
chloroquine, 52
chlorpromazine oral, 52
chlorthalidone, 59
chlorzoxazone tabs 500mg, 74
cholestyramine, 59
cholestyramine light, 59
ciclopirox cream, gel, nail soln, shampoo & susp, 62
cilastatin/imipenem inj, 46
cilostazol, 57
 CIMDUO, 54
cimetidine tabs, 64
cinacalcet tab 30mg & 60mg, 71
cinacalcet tab 90mg, 71
 CINRYZE INJ, 68
 CIPRO HC, 73
ciprofloxacin & dexamethasone otic susp, 73
ciprofloxacin in d5w inj, 46
ciprofloxacin ophthalmic soln 0.3%, 72
ciprofloxacin tabs immediate-release 250mg, 500mg & 750mg, 46
citalopram oral soln, 48
citalopram tabs, 48
claravis, 61
clarithromycin, 46
clarithromycin er, 46
 CLEOCIN VAGINAL SUPP, 44
clindamycin gel 1%, 62
clindamycin lotion & soln, 62
clindamycin oral, 44
clindamycin phosphate inj, 44
clindamycin phosphate/dextrose inj, 45
clindamycin swab, 45
clindamycin vaginal cream, 45
 CLINISOL SF INJ, 63
clobazam, 47
clobetasol propionate cream, foam, gel, oint & soln, 61
clobetasol propionate emollient, 61
clomipramine, 48
clonazepam, 47
clonazepam odt, 47
clonidine er 0.1mg, 60
clonidine patches, 57
clonidine tabs immediate-release, 57
clopidogrel tabs 75mg, 57
clorazepate, 55
clotrimazole & betamethasone, 62
clotrimazole cream 1%, 49
clotrimazole topical soln 1%, 49
clotrimazole troche, 49
clozapine, 53
clozapine odt, 53
 COARTEM, 52
codeine sulfate, 43
colchicine tabs, 49, 76
colesevelam, 59
colestipol pack, 59

colestipol tabs, 59
colistimethate inj, 45
 COMBIVENT RESPIMAT, 74, 76
 COMETRIQ, 51
 COMPLERA, 54
compro, 48
constulose soln, 63
 COPAXONE INJ 40MG/ML, 61
 COPIKTRA, 51
 CORLANOR TABS, 59
 COSENTYX INJ, 68, 76
 COSENTYX SENSOREADY PEN INJ, 68, 76
 COSENTYX UNOREADY PEN INJ, 68, 76
 COTELLIC, 51
 CREON DR, 64
cromolyn sodium nebulizer soln, 74
cromolyn sodium ophthalmic soln, 72
cromolyn sodium oral, 64
cyclobenzaprine hcl ir, 74
cyclophosphamide caps & tabs, 50
cyclosporine caps, 69
cyclosporine emulsion 0.05%, 71
cyclosporine modified, 69
cyproheptadine, 73
cyred eq, 66
 CYSTAGON, 64
 CYSTARAN, 71
 CYTOMEL, 68
dabigatran etexilate, 57, 76
dalfampridine er, 61
danazol, 65
dapsone tabs, 50
 DAPTACEL INJ, 70
daptomycin inj, 45
darunavir tab 600mg, 55
darunavir tab 800mg, 55
 DAURISMO, 51
deblitane, 67
deferasirox granule pack, tabs & tabs for soln, 62
deferiprone, 62
 DELSTRIGO, 54
demeclocycline, 46
 DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJ, 67
 DESCOVY, 54
desipramine, 48
desloratadine tabs, 73
desmopressin acetate nasal, 65
desmopressin acetate oral, 65
desogestrel & ethinyl estradiol, 66
desonide lotion, oint & cream, 61, 76
desoximetasone topical cream & oint 0.25%, 61, 76
desoximetasone topical cream, gel & oint 0.05%, 61, 77
 DESVENLAFAXINE ER, 48
desvenlafaxine succinate er, 48
dexamethasone dose pack, 65
dexamethasone elixir, 65
dexamethasone ophthalmic soln, 72
dexamethasone tabs, 65
dexmethylphenidate ir tabs, 60
dextroamphetamine sulfate, 77
dextroamphetamine sulfate er, 60, 77
dextroamphetamine sulfate tabs 5mg & 10mg, 60
dextrose (10%, 5% or 2.5%) & sodium chloride inj, 63
dextrose inj, 63
 DIACOMIT, 47
 DIAZEPAM RECTAL GEL, 47
diazepam soln, 55
diazepam tabs, 55
diazoxide, 56
diclofenac potassium tab 50mg, 43
diclofenac sodium dr, 43
diclofenac sodium er, 43
diclofenac sodium gel 3%, 62
diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%, 72
diclofenac sodium soln 1.5%, 43, 77
diclofenac sodium soln 2%, 43, 77
dicloxacillin sodium, 45

dicyclomine, 64
 DIFICID, 46
diflunisal, 43
difluprednate, 72
digoxin oral soln, 58
digoxin tabs 125mcg & 250mcg, 58
dihydroergotamine mesylate nasal, 49, 77
 DILANTIN CAPS, 47
 DILANTIN INFATABS, 47
 DILANTIN SUSP, 47
diltiazem er caps, 58
diltiazem tabs, 58
dilt-xr, 58
dimethyl fumarate caps, 61
dimethyl fumarate starter pack, 61
diphenoxylate & atropine oral soln, 63
diphenoxylate & atropine tabs, 63
 DIPHThERIA & TETANUS TOXOIDS
 PEDIATRIC INJ, 70
dipyridamole er & aspirin, 57
dipyridamole oral, 57
disopyramide phosphate, 58
disulfiram, 44
divalproex sodium dr, 47
divalproex sodium er, 47
dofetilide, 58
donepezil odt, 47
donepezil tabs 5mg & 10mg, 47
dorzolamide, 72
dorzolamide & timolol maleate, 71
dotti, 66
 DOVATO, 54
doxazosin, 65
doxepin caps, 48
doxepin oral soln, 48
doxercalciferol oral, 71
doxy 100 inj, 46
doxycycline hyclate immediate-release caps
 50mg & 100mg, 46
doxycycline hyclate immediate-release tabs
 100mg, 46
doxycycline hyclate immediate-release tabs
 20mg, 61
doxycycline monohydrate immediate-release
 tabs, caps & oral susp, 46
 DRIZALMA SPRINKLE, 48
dronabinol, 49
drospirenone & ethinyl estradiol
 3mg/0.02mg, 66
droxidopa, 57
 DUAVEE, 68
 DULERA, 74
duloxetine hcl, 60
 DUPIXENT INJ, 68, 77
dutasteride, 65
dutasteride & tamsulosin, 65
ec-naproxen, 43
econazole nitrate, 49
 EDURANT, 54
efavirenz & lamivudine & tenofovir disoproxil
 fumarate tabs, 54
efavirenz tabs, 54
efavirenz & emtricitabine & tenofovir disoproxil
 fumarate tabs, 54
 ELIGARD INJ, 68
 ELIQUIS STARTER PACK & TABS, 57, 77
 ELMIRON, 65
eluryng, 66
 EMGALITY INJ, 49
 EMSAM, 48
emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate
 tabs 100mg-150mg, 133mcg-200mg &
 167mg-250mg, 55
emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate
 tabs 200mg-300mg, 54
emtricitabine caps 200mg, 54
 EMTRIVA SOLN, 55
enalapril & hydrochlorothiazide, 59
enalapril tabs, 58
 ENBREL INJ, 69, 77
 ENBREL MINI, 69, 77
 ENBREL SURECLICK INJ, 69, 77

ENDARI, 64
endocet, 43
endocet tabs 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg, 77
 ENGERIX-B INJ, 70
enilloring, 66
enoxaparin inj syringe, 57
enpresse-28, 66
enskyce, 66
entacapone, 52
entecavir tabs, 54
 ENTRESTO TABS, 59, 77
enulose, 63
 ENVARSUS XR, 69
 EPCLUSA, 54
 EPIDIOLEX, 46
 EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR
 0.15MG/0.3ML & 0.3MG/0.3ML, 73
epitol, 47
eplerenone, 60
 EPRONTIA, 49
ergoloid mesylates, 47
 ERIVEDGE, 51
 ERLEADA, 50
erlotinib, 51
ertapenem inj, 46
 ERYTHROCIN LACTOBIONATE INJ, 46
erythromycin caps & tabs, 46
erythromycin dr, 46
erythromycin ophthalmic oint, 72
erythromycin topical gel & soln, 62
escitalopram, 48
esomeprazole magnesium dr caps, 64
estarylla, 66
estradiol & norethindrone acetate 0.5mg/0.1mg & 1mg/0.5mg, 66
estradiol oral, 66
estradiol patches, 66
estradiol vaginal cream, 66
estradiol vaginal tabs, 66
 ESTRING, 66
ethambutol, 50
ethinyl estradiol & ethynodiol, 66
ethinyl estradiol & norethindrone acetate 5mcg/1mg & 2.5mcg-0.5mg, 66
ethosuximide, 47
etodolac, 43
etodolac er, 43
etonogestrel & ethinyl estradiol ring, 66
etravirine tabs 100mg, 54
etravirine tabs 200mg, 54
everolimus 0.25mg, 69
everolimus 0.5mg, 0.75mg, 1mg, 69
everolimus tabs 2.5mg, 5mg, 7.5mg & 10mg, 51
everolimus tabs for suspension 2mg, 3mg & 5mg, 51
 EVOTAZ, 55
exemestane, 50
ezetimibe, 59
ezetimibe & simvastatin, 60
falmina, 66
famciclovir, 54
famotidine tabs, 64
 FANAPT, 53
 FANAPT TITRATION PACK, 53
 FARXIGA, 60, 77
 FASENRA INJ, 74, 77
febuxostat, 49
felbamate oral susp 600mg/5ml, 46
felbamate tabs 400mg, 46
felbamate tabs 600mg, 46
felodipine er, 58
fenofibrate caps 43mg & 130mg, 59
fenofibrate micronized caps 67mg, 134mg & 200mg, 59
fenofibrate tabs 48mg, 54mg, 145mg & 160mg, 59
fenofibric acid dr caps, 59
fentanyl citrate lozenges 200mcg, 43
fentanyl citrate lozenges 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg & 1600mcg, 43

fentanyl patches, 77
fentanyl patches 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr & 75mcg/hr, 100mcg/hr, 43
fesoterodine fumarate er, 64
 FETZIMA, 48
 FETZIMA TITRATION PACK, 48
finasteride tabs 5mg, 65
ingolimod hcl, 61
 FINTEPLA, 46
flecainide acetate, 58
fluconazole in sodium chloride inj, 49
fluconazole oral, 49
flucytosine, 49
fludrocortisone acetate, 65
flunisolide nasal, 73, 77
fluocinolone acetonide cream, oint, soln, 61
fluocinolone acetonide otic soln, 73
fluocinolone acetonide scalp oil, 61
fluocinonide cream 0.05%, gel & oint, 61
fluocinonide cream, gel & ointment, 77
fluocinonide emulsified base cream, 62
fluocinonide soln, 62
fluorometholone, 72
fluorouracil topical 2% and 5%, 62
fluoxetine hcl caps 10mg, 20mg & 40mg, 48
fluoxetine hcl oral soln, 48
fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg, 48
fluphenazine decanoate inj, 52
fluphenazine inj, 53
fluphenazine oral, 52
fluticasone propionate cream & oint, 62
fluticasone propionate nasal, 73, 77
fluticasone propionate/salmeterol diskus 100mcg-50mcg, 250mcg-50mcg & 500mcg-50mcg, 74, 77
fluvoxamine, 48
fondaparinux inj 2.5mg/0.5ml & 5mg/0.4ml, 57
fondaparinux inj 7.5mg/0.6ml & 10mg/0.8ml, 57
formoterol fumarate nebulizer, 73
fosamprenavir tabs, 55
fosfomycin pack, 45
fosinopril, 58
fosinopril & hydrochlorothiazide, 59
 FOTIVDA, 51
 FRUZAQLA, 51
furosemide inj, 59
furosemide oral, 59
 FUZEON INJ, 55
fyavolv, 66
 FYCOMPA, 46
gabapentin caps, ir tabs & oral soln, 47
galantamine, 47, 77
galantamine er caps, 47, 77
galantamine soln, 47, 77
galantamine tabs, 47, 77
 GAMMAGARD INJ, 68
 GAMUNEX-C INJ, 68
 GARDASIL 9 INJ, 70
gauze pads 2, 71
gavilyte-c, 64
gavilyte-g, 64
gavilyte-n, 64
 GAVRETO, 51
gefitinib, 51
gemfibrozil, 59
 GEMTESA, 64
generlac, 63
gengraf, 69
 GENOTROPIN INJ, 65
 GENOTROPIN MINISPEED INJ 0.2MG, 0.4MG, 0.6MG & 0.8MG, 65
 GENOTROPIN MINISPEED INJ 1MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG & 2MG, 65
gentamicin cream 0.1% & oint 0.1%, 44
gentamicin inj 40mg/ml, 44
gentamicin ophthalmic soln 0.3%, 72
 GENVOYA, 54
 GILOTRIF, 51
glatiramer acetate inj, 61
glatopa inj, 61
 GLEOSTINE CAPS, 50

glimepiride, 56
glimepiride & pioglitazone, 56, 77
glipizide & metformin tabs, 56
glipizide er, 56
glipizide tabs 5mg & 10mg, 56
 GLUCAGON EMERGENCY KIT INJ, 56
glycopyrrolate tabs 1mg & 2mg, 64
 GLYXAMBI, 56, 77
granisetron oral, 49
griseofulvin microsize, 49
guanfacine ir, 57
 GVOKE INJ, 56
halobetasol propionate cream & ointment, 62
haloette, 66
haloperidol decanoate inj, 53
haloperidol lactate inj, 53
haloperidol oral, 53
 HARVONI, 54
 HAVRIX INJ, 70
heather tabs, 67
 HEMADY, 65
heparin inj vials 1000u/ml, 5000u/ml, 10000u/ml & 20000u/ml, 57
 HEPLISAV-B INJ, 70
 HIBERIX INJ, 70
 HUMALOG CARTRIDGE INJ, 56
 HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ, 56
 HUMALOG KWIKPEN INJ, 56
 HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ, 56
 HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ, 56
 HUMALOG MIX 75/25 VIAL INJ, 56
 HUMALOG VIAL INJ, 56
 HUMATROPE INJ CARTRIDGE 12MG & 24MG, 65
 HUMATROPE INJ CARTRIDGE 6MG, 65
 HUMIRA INJ, 69, 78
 HUMIRA PEN INJ, 69, 78
 HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJ, 69, 78
 HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK INJ, 69, 78
 HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ, 69, 78
 HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ, 56
 HUMULIN 70/30 VIAL INJ, 56
 HUMULIN N KWIKPEN INJ, 56
 HUMULIN N VIAL INJ, 56
 HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) KWIKPEN INJ, 56
 HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) VIAL INJ, 56
 HUMULIN R VIAL INJ, 56
hydralazine oral, 60
hydrochlorothiazide, 59
hydrocodone & acetaminophen soln, 78
hydrocodone & acetaminophen soln 7.5-325mg/15ml, 43
hydrocodone & acetaminophen tabs, 78
hydrocodone & acetaminophen tabs 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg, 43
hydrocodone & ibuprofen tabs 7.5-200mg, 78
hydrocodone & ibuprofen tabs 7.5-200mg, 44
hydrocortisone butyrate cream & soln, 62
hydrocortisone cream 2.5%, 70
hydrocortisone enema, 70
hydrocortisone lotion & oint 2.5%, 62
hydrocortisone oral, 65
hydrocortisone valerate, 62
hydromorphone immediate-release oral soln & tabs, 44
hydroxychloroquine tab 200mg, 52
hydroxyurea, 50
hydroxyzine hcl tabs, 73
hydroxyzine pamoate caps, 73
ibandronate oral, 71
 IBRANCE, 51
ibu, 43
ibuprofen, 43
icatibant inj, 68, 78
 ICLUSIG, 51
icosapent ethyl, 60
 IDHIFA, 51
imatinib, 51
 IMBRUVICA, 51

imipramine hcl tabs, 48
imiquimod cream 5%, 62
 IMOVAX RABIES INJ, 70
 IMURAN TABS, 69
 IMVEXXY PACK, 66
incassia, 67
 INCRELEX INJ, 65
indapamide, 59
indomethacin er, 43
indomethacin ir caps, 43
 INFANRIX INJ, 70
 INLYTA, 51
 INQOVI, 51
 INREBIC, 50
 INSULIN LISPRO VIAL INJ, 57
 INTELENCE TAB 25MG, 54
 INTRALIPID INJ, 71
introvale, 66
 INVEGA HAFYERA INJ, 53
 INVEGA SUSTENNA INJ 39MG, 53
 INVEGA SUSTENNA INJ 78MG, 117MG,
 156MG & 234MG, 53
 INVEGA TRINZA INJ, 53
 IPOL INACTIVATED IPV INJ, 70
*ipratropium bromide & albuterol sulfate
 nebulizer*, 74
ipratropium bromide nasal, 73, 78
ipratropium bromide nebulizer, 73
irbesartan, 58
irbesartan hct, 59
 ISENTRESS 100MG CHEW TABS, 54
 ISENTRESS CHEW TABS 25MG, 54
 ISENTRESS HD TABS, 54
 ISENTRESS ORAL POWDER, 54
 ISENTRESS TABS, 54
isibloom, 66
isoniazid, 50
*isosorbide dinitrate tabs 5mg, 10mg, 20mg &
 30mg*, 60
isosorbide mononitrate, 60
isosorbide mononitrate er, 60
isotretinoin caps 10mg, 20mg, 30mg & 40mg,
 61
isradipine, 58
itraconazole, 49
ivabradine, 59
ivermectin tabs, 52
 IWILFIN, 50
 IXCHIQ INJ, 70
 IXIARO INJ, 70
 JAKAFI, 51
jantoven, 57
 JANUMET, 56, 78
 JANUMET XR, 56, 78
 JANUVIA, 56, 78
 JARDIANCE, 60, 78
jasmiel, 66
 JAYPIRCA TABS, 51
 JENTADUETO, 56, 78
 JENTADUETO XR, 56, 78
jinteli, 66
juleber, 66
 JULUCA, 54
junel 21 day, 66
junel fe 1/20, 66
 JYLAMVO SOLN, 69
 JYNNEOS INJ, 70
 KALYDECO, 74
kariva, 66
kelnor 1/35, 1/50, 66
 KERENDIA, 60
ketoconazole cream, shampoo & tabs, 49
ketorolac oral tabs, 43
ketorolac soln 0.4% & 0.5%, 72
 KINRIX INJ, 70
kionex susp, 63
 KISQALI, 51
 KISQALI FEMARA CO-PACK, 51
 KITABIS NEBULIZER, 74
klor-con pack, 63
klor-con tabs, 63
 KLOXXADO, 44
 KOSELUGO, 51

kourzeq, 61
 KRAZATI, 51
kurvelo, 66
labetalol oral, 58
lacosamide oral, 47
lactulose soln 10g/15ml, 63
lamivudine & zidovudine, 55
lamivudine soln, 55
lamivudine tabs 100mg, 54
lamivudine tabs 150mg & 300mg, 55
lamotrigine chewable tabs, 55
lamotrigine immediate-release tabs, 55
lamotrigine odt, 55
 LANOXIN ORAL, 58
lansoprazole dr caps, 64
 LANTUS SOLOSTAR PEN INJ, 57
 LANTUS VIAL INJ, 57
lapatinib, 51
larin, 66
larin fe, 66
latanoprost, 72
 LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR, 54
leena, 66
leflunomide, 69, 78
lenalidomide, 50
 LENVIMA, 51
letrozole, 50
leucovorin oral, 52
leuprolide acetate inj kit 1mg/0.2ml, 68
levalbuterol nebulizer, 73
 LEVALBUTEROL TARTRATE HFA, 73
levetiracetam er, 46
levetiracetam oral, 46
levobunolol, 72
levocarnitine oral, 71
levocetirizine, 73
levofloxacin in d5w inj, 46
levofloxacin oral soln, 46
levofloxacin tabs, 46
levonest, 66
levonorgestrel & ethinyl estradiol 0.1-0.02mg & 0.15-0.03mg & triphasic packs, 66
levonorgestrel & ethinyl estradiol and ethinyl estradiol 0.1/0.02mg-0.01mg packs, 67
levora, 67
levothyroxine tabs, 68
levoxyl, 68
L-glutamine, 64
 LIBERVANT, 47
lidocaine & prilocaine, 78
lidocaine & prilocaine cream, 44
lidocaine ointment, 44, 78
lidocaine patch, 44
lidocaine topical soln, 44, 78
lidocaine viscous soln, 61
lidocan III, 44
 LILETTA, 67
linezolid inj, 45
linezolid oral susp and tabs, 45
 LINZESS, 63
liothyronine tabs, 68
lisinopril, 58
lisinopril & hydrochlorothiazide, 59
lithium carbonate, 55
lithium carbonate er, 56
lithium oral soln, 56
 LIVTENCITY, 53, 78
 LODINE TABS, 43
 LOKELMA, 63
 LONSURF, 50
loperamide caps 2mg, 63
lopinavir & ritonavir, 55
lorazepam soln & tabs, 55
 LORBRENA, 51
loryna, 67
losartan, 58
losartan hct, 59
 LOTEMAX OINT, 72
 LOTEMAX SM GEL 0.38%, 72
lovastatin, 59
low-ogestrel, 67

loxapine, 53
lubiprostone, 63
 LUMAKRAS, 51
 LUMIGAN, 72
 LUPRON DEPOT INJ, 68
 LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH & 3-MONTH) INJ, 68
 LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INJ, 65
lurasidone hcl tabs, 53
lyleq, 67
lyllana, 67
 LYNPARZA, 51
 LYSODREN, 50
 LYTGABI TABS, 51
 LYUMJEV KWIKPEN INJ, 57
 LYUMJEV VIAL INJ, 57
lyza, 67
magnesium sulfate inj, 63
malathion, 62
maraviroc, 55
marlissa 28 day, 67
 MARPLAN, 48
 MATULANE, 50
meclizine, 48
 MEDROL TABS, 65
medroxyprogesterone acetate inj, 67
medroxyprogesterone acetate tabs, 67
mefloquine, 52
megestrol acetate oral susp 40mg/ml, 67
megestrol tabs, 67
 MEKINIST, 51
 MEKTOVI, 51
meloxicam tabs, 43
memantine hcl immediate release, 48
memantine hcl soln, 48
memantine hcl titration pack, 48
 MENACTRA INJ, 70
 MENEST, 67
 MENQUADFI INJ, 70
 MENVEO-A/C/Y/W-135 INJ, 70
meprobamate, 55
mercaptopurine, 50
meropenem inj, 46
mesalamine dr, 70
mesalamine enema, 70
mesalamine er caps, 70, 78
mesalamine rectal suppository, 70
 MESNEX TABS, 52
metformin er uncoated tabs 500mg & 750mg, 56
metformin tabs, 56
methadone oral, 43
methazolamide, 72
methenamine hippurate, 45
methimazole, 68
methocarbamol tabs, 74
methotrexate inj 50mg/2ml, 69
methotrexate oral, 69
methoxsalen, 62
methsuximide, 47
methylphenidate er tabs 10mg & 20mg, 60
methylphenidate ir tabs 5mg, 10mg & 20mg, 60
methylprednisolone dose pack, 65
methylprednisolone oral, 65
metoclopramide oral tablets & soln, 64
metolazone, 59
metoprolol & hydrochlorothiazide, 59
metoprolol succinate er, 58
metoprolol tartrate tabs 25mg, 50mg & 100mg, 58
metronidazole inj, 45
metronidazole oral, 45
metronidazole topical, 61
metronidazole vagina gel, 45
metyrosine caps, 59
mexiletine, 58
microgestin 1/20 & 1.5/30, 67
microgestin 24 fe, 67
microgestin fe 1/20 & 1.5/30, 67
midodrine tabs, 57
mifepristone tabs 300mg, 68
miglustat, 64

mili, 67
mimvey, 67
minocycline ir, 46
minoxidil, 60
mirtazapine, 48
mirtazapine odt, 48
misoprostol, 64
M-M-R II INJ, 70
modafinil, 75
moexipril, 58
molindone, 53
mometasone cream, oint & soln, 62
mometasone furoate nasal, 73
mometasone furoate nasal, 78
montelukast, 73
morphine sulfate er tabs, 43, 78
morphine sulfate oral, 44
MOUNJARO INJ, 56, 78
MOVANTIK, 63
moxifloxacin hcl ophthalmic, 72
moxifloxacin inj, 46
moxifloxacin oral, 46
MRESVIA INJ, 70
MULTAQ, 58
mupirocin cream, 62, 78
mupirocin ointment, 62
mycophenolate mofetil caps & tabs, 69
mycophenolate mofetil oral susp, 69
mycophenolic acid dr, 69
MYFORTIC, 69
MYHIBBIN, 69
MYRBETRIQ, 64
nabumetone, 43
nadolol, 58
nafticillin sodium inj, 45
naloxone inj, 44
naloxone nasal, 44
naltrexone, 44
naproxen sodium ir tabs, 43
naproxen tabs 250mg, 375mg & 500mg, 43
naratriptan, 50, 78
nateglinide, 56
NAYZILAM, 46
nebivolol hcl, 58
NEBUPENT NEBULIZER, 52
necon, 67
nefazodone, 48
neomycin & polymyxin & bacitracin, 71
neomycin & polymyxin & bacitracin & hydrocortisone, 71
neomycin & polymyxin & dexamethasone, 71
neomycin & polymyxin & gramicidin ophthalmic, 71
neomycin & polymyxin & hydrocortisone, 71, 73
neomycin sulfate oral, 44
neo-polycin hc ophthalmic ointment, 71
neo-polycin ophthalmic ointment, 71
NEORAL, 69
NERLYNX, 51
NEUPRO PATCH, 52, 78
nevirapine er & susp, 54
nevirapine tabs, 54
NEXPLANON, 67
niacin er tabs, 60, 78
nicardipine caps, 58
NICOTROL INHALER, 44
NICOTROL NASAL, 44
nifedipine caps, 58
nifedipine er, 58
nikki, 67
nilutamide, 50
nimodipine, 58
NINLARO, 51
nitazoxanide, 52
nitisinone, 64
nitro-bid oint, 60
nitrofurantoin caps, 45
nitroglycerin lingual, 60
nitroglycerin patches, 60
nitroglycerin rectal oint, 64
nitroglycerin sublingual, 60

NIVESTYM INJ, 57
norelgestromin/ethinyl estradiol patch, 67
norethindrone, 67
norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 0.4mg/0.035mg, 67
norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 20mcg/75mg/1mg, 67
norgestimate-ethinyl estradiol, 67
nortriptyline, 48
 NORVIR POWDER, 55
 NUBEQA, 50
 NUEDEXTA, 60
 NUPLAZID, 53
 NURTEC ODT, 49
nyamyc, 49
nylia 7/7/7 & 1/35, 67
nymyo, 67
nystatin, 49
nystatin & triamcinolone, 62
nystop, 49
octreotide inj 1000mcg/ml, 68
octreotide inj 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml & 500mcg/ml, 68
 ODEFSEY, 55
 ODOMZO, 51
 OFEV, 74, 78
ofloxacin ophthalmic, 72
ofloxacin oral, 46
ofloxacin otic, 73
 OGSIVEO, 50
 OHTUVAYRE NEBULIZER, 74
 OJEMDA, 51
 OJJAARA, 51
olanzapine inj & tabs, 53
olanzapine odt, 53
olmesartan, 58
olmesartan & amlodipine, 59
olmesartan hct, 59
olmesartan medoxomil & amlodipine & hydrochlorothiazide tabs, 59
omega-3-acid ethyl esters, 60
omeprazole caps, 64
ondansetron odt, 49
ondansetron oral soln, 49
ondansetron tabs 4mg & 8mg, 49
 ONUREG, 50
 OPSUMIT, 74
 OPVEE, 44
 ORAPRED ODT, 65
 ORENCIA INJ, 68, 78
 ORGOVYX, 68
 ORKAMBI, 74
 ORSERDU TABS, 50
oseltamivir caps, 55
oseltamivir susp, 55
 OTEZLA, 62, 78
 OTEZLA STARTER, 68, 79
oxcarbazepine susp, 47
oxcarbazepine tabs, 47
oxybutynin er, 64
oxybutynin ir, 64
oxycodone & acetaminophen, 79
oxycodone & acetaminophen 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg, 44
 OXYCODONE ER TABS, 43
 OXYCODONE ER TABS 10MG & 20MG, 79
oxycodone immediate-release, 44
oxycodone oral soln, 44
 OZEMPIC INJ, 56, 79
pacerone tabs, 58
paliperidone er tabs, 53
 PANRETIN, 52
pantoprazole tabs, 64
paricalcitol caps, 71
paroxetine hcl er, 48
paroxetine hcl ir tabs, 48
paroxetine hcl susp, 48
 PAXLOVID, 55
pazopanib, 51
 PEDIARIX INJ, 70
 PEDVAX HIB INJ, 70
peg 3350 & electrolytes, 64

peg 3350 & sodium chloride & sodium bicarbonate & potassium chloride, 64
peg 3350 & sodium sulfate & sodium chloride & potassium chloride & sodium ascorbate & ascorbic, 64
 PEGASYS SYRINGE INJ, 69
 PEGASYS VIAL INJ, 68
 PEMAZYRE, 51
 PENBRAYA INJ, 70
penicillamine tabs, 62
penicillin g inj 5 million units & 20 million units, 45
penicillin v potassium, 45
pentamidine inhalation soln, 52
pentamidine inj, 52
pentoxifylline er, 59
 PERFOROMIST NEBULIZER, 73
perindopril, 58
periogard, 61
permethrin cream, 62
perphenazine, 53
perphenazine & amitriptyline, 48
 PETACEL INJ, 70
phenelzine, 48
phenobarbital elixir & tabs, 47
phenytek, 47
phenytoin er, 47
phenytoin oral susp & chewable tabs, 47
 PIFELTRO, 54
pilocarpine soln, 72
pilocarpine tabs, 61
pimecrolimus, 62, 79
pimozide, 53
pimtreea, 67
pindolol, 58
pioglitazone, 56
pioglitazone & metformin, 56
piperacillin/tazobactam inj, 45
 PIQRAY, 51
pirfenidone, 74, 79
piroxicam, 43
plenamine inj, 63
 PLENVU, 64
pmdd fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg, 48
podofilox soln, 62
polycin ophthalmic ointment, 71
polymyxin b sulfate & trimethoprim sulfate ophthalmic soln, 71
 POMALYST, 50
posaconazole dr tabs, 49
posaconazole suspension, 49
potassium chloride & dextrose & lactated ringers inj, 63
potassium chloride & dextrose & sodium chloride inj 10mEq/5%/0.45%, 20mEq/5%/0.2%, 20mEq/5%/0.45%, 20mEq/5%/0.9%, 30mEq/5%/0.45% 40mEq/5%/0.9% & 40mEq/5%/0.45%, 63
potassium chloride & dextrose 20mEq/5% inj, 63
potassium chloride er & cr, 63
potassium chloride inj, 63
potassium chloride oral soln, 63
potassium chloride pack 20meq, 63
potassium citrate er, 63
pramipexole ir, 52
prasugrel, 57
pravastatin, 59
praziquantel tabs, 52
prazosin, 65
 PRED MILD, 72
prednisolone acetate, 72
prednisolone odt, 65
prednisolone oral soln, 65
prednisolone sodium phosphate, 72
prednisolone tablet 5mg, 65
 PREDNISON INTENSOL, 65
prednisone oral soln, 65
prednisone tab pack, 65
prednisone tabs, 65
pregabalin, 47
 PREHEVBRIO INJ, 70

PREMARIN ORAL, 67
 PREMARIN VAGINAL CREAM, 67
 PREMPHASE, 67
 PREMPRO, 67
prenatal multi-vitamin, 63
prevalite, 60
 PREVYMIS, 53, 79
 PREZCOBIX, 55
 PREZISTA SUSP 100MG/ML, 55
 PREZISTA TABS 75MG & 150MG, 55
 PRIFTIN, 50
 PRIMAQUINE, 52
 PRIMIDONE TABS 125MG, 47
primidone tabs 50mg & 250mg, 47
 PRIORIX INJ, 70
 PROAIR RESPICLICK, 73
probenecid, 49
probenecid & colchicine, 49
prochlorperazine oral, 48
prochlorperazine supp, 49
 PROCRT INJ 20000UNIT/ML &
 40000UNIT/ML, 57
 PROCRT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML,
 4000UNIT/ML & 10000UNIT/ML, 57
procto-med hc, 70
proctosol hc, 70
proctozone-hc, 70
progesterone caps, 68
 PROGRAF CAPS, 69
 PROGRAF PACK, 69
 PROLASTIN C INJ, 64
 PROLIA INJ, 71
 PROMACTA, 57, 79
promethazine supp, 49
promethazine syrup, 49
promethazine tabs, 49
promethegan supp, 49
propafenone tabs, 58
propranolol er caps, 58
propranolol ir tabs, 58
propranolol oral soln, 58
propylthiouracil, 68
 PROQUAD INJ, 70
 PROSOL INJ, 63
protriptyline, 48
 PULMICORT NEBULIZER, 73
 PULMOZYME, 74
 PURIXAN, 50
pyrazinamide, 50
pyridostigmine er tabs 180mg, 50
pyridostigmine soln, 50
pyridostigmine tabs 60mg, 50
pyrimethamine, 52
 QINLOCK, 51
 QUADRACEL INJ, 70
quetiapine er tabs, 53
*quetiapine fumarate 25mg, 50mg, 100mg,
 200mg, 300mg & 400mg tabs*, 53
quinapril, 58
quinidine gluconate cr, 58
quinidine sulfate, 58
quinine sulfate caps, 52
 QVAR REDIHALER, 73
 RABAVERT INJ, 70
rabeprazole sodium, 64
raloxifene hcl, 68
ramelteon, 74, 79
ramipril, 58
ranolazine er, 59
 RAPAMUNE SOLN, 69
 RAPAMUNE TABS, 69
rasagiline, 52
 RAYALDEE, 71
reclipsen, 67
 RECOMBIVAX HB INJ, 70
 REGRANEX, 62, 79
 RELENZA DISKHALER, 55
 RELEUKO INJ, 57
 RELISTOR INJ, 63
 RELISTOR TABS, 63
repaglinide, 56
 REPATHA INJ, 60

RETACRIT INJ 20000UNIT/ML &
 40000UNIT/ML, 57
 RETACRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML,
 4000UNIT/ML,10000UNIT/ML &
 20000UNIT/2ML, 57
 RETEVMO, 51
 REVLIMID, 50
 REXULTI, 53
 REYATAZ ORAL POWDER, 55
 REZLIDHIA CAPS, 51
 RHOPRESSA, 72
ribavirin, 54
 RIDAURA, 68
rifabutin, 50
rifampin oral and inj, 50
riluzole, 60
rimantadine, 55
 RINVOQ, 68, 79
risedronate sodium, 71
risedronate sodium dr, 71
risperidone, 53
risperidone er inj 12.5mg & 25mg, 53
risperidone er inj 37.5mg & 50mg, 53
risperidone odt, 53
ritonavir tabs, 55
rivastigmine caps, 47, 79
rivastigmine patches, 47, 79
rizatriptan, 50
rizatriptan odt, 50
 ROCKLATAN, 71
roflumilast tabs, 74
ropinirole ir, 52
rosuvastatin, 59
 ROTARIX, 70
 ROTATEQ, 70
roweepra 500mg, 46
 ROZLYTREK, 51
 RUBRACA, 51
rufinamide, 47
 RUKOBIA, 55
 RYBELSUS, 56, 79
 RYDAPT, 51
sajazir inj, 68
 SANDIMMUNE CAPS 25MG & 100MG, 69
 SANTYL, 62, 79
sapropterin, 64
 SAVELLA, 60
 SAVELLA TITRATION PACK, 60
 SCEMBLIX, 51
scopolamine patch, 49
 SECUADO, 53
selegiline, 52
selenium sulfide lotion, 62
 SELZENTRY 25MG & 75MG, 55
 SELZENTRY SOLN, 55
 SEREVENT DISKUS, 73
sertraline oral soln, 48
sertraline tabs, 48
setlakin, 67
sharobel, 68
 SHINGRIX INJ, 70
 SIGNIFOR INJ, 68
sildenafil tab 20mg, 74
silver sulfadiazine, 62
 SIMBRINZA, 71
simvastatin, 59
sirolimus soln, 69
sirolimus tabs, 69
 SIRTURO, 50
 SIVEXTRO TABS & INJ, 45
 SKYRIZI INJ, 68, 79
sodium chloride inj, 63
sodium chloride irrigation soln, 71
sodium phenylbutyrate powder & tabs, 64
sodium polystyrene sulfonate powder, 63
*sodium sulfate, potassium sulfate and
 magnesium sulfate*, 64
 SOFOSBUVIR/VELPATASVIR, 54
solifenacin succinate, 64
 SOLIQUA INJ, 56
 SOLTAMOX, 50
 SOMAVERT INJ, 68

sorafenib, 51
sorine, 58
sotalol tabs, 58
 SPIRIVA RESPIMAT, 73, 79
spironolactone & hydrochlorothiazide, 59
spironolactone tabs, 60
 SPRITAM, 46
 SPRYCEL, 51
sps suspension, 63
ssd, 62
 STELARA INJ, 68, 79
 STIOLTO RESPIMAT, 74
 STIVARGA, 51
streptomycin inj, 44
 STRIBILD, 54
 STRIVERDI RESPIMAT, 73
subvenite tabs, 56
sucrafate tabs, 64
sulfacetamide sodium & prednisolone sodium phosphate ophthalmic, 71
sulfacetamide sodium ophthalmic oint & soln 10%, 72
sulfacetamide sodium topical lotion 10%, 46
sulfadiazine tabs, 46
sulfamethoxazole & trimethoprim ds tabs, 46
sulfamethoxazole & trimethoprim oral susp, 46
sulfamethoxazole & trimethoprim tabs, 46
sulfasalazine, 70
sulindac, 43
sumatriptan nasal, 50
sumatriptan succinate inj, 50
sumatriptan succinate tabs, 50
sunitinib malate, 51
 SUNLENCA, 55
 SYMLINPEN INJ, 56
 SYMPAZAN 10MG & 20MG, 47
 SYMPAZAN 5MG, 47
 SYMTUZA, 55
 SYNAREL, 68
 SYNJARDY, 56, 79
 SYNJARDY XR, 56, 79
 SYNTHROID, 68
 TABRECTA, 51
tacrolimus caps 0.5mg & 1mg, 69
tacrolimus caps 5mg, 69
tacrolimus oint, 62, 79
tadalafil 2.5mg & 5mg, 65, 79
tadalafil tab 20mg, 74
 TAFINLAR, 51
 TAGRISSO, 51
 TALZENNA, 51
tamoxifen, 50
tamsulosin, 65
tarina fe 1/20 eq, 67
 TASIGNA, 51
tasimelteon caps, 74
tazarotene cream, 61
tazarotene gel, 61, 79
tazicef inj, 45
 TAZVERIK, 51
 TDVAX INJ, 70
 TEFLARO INJ, 45
 TEGRETOL, 47
 TEGRETOL XR, 47
telmisartan, 58
temazepam caps, 74
 TENIVAC INJ, 70
tenofovir disoproxil fumarate, 55
 TEPMETKO, 51
terazosin, 65
terbinafine, 49
terbutaline sulfate oral, 74
terconazole, 49
teriflunomide tabs, 61
 TERIPARATIDE INJ, 71
testosterone cypionate inj, 66
testosterone enanthate inj, 66
testosterone gel 1% & 1.62%, 66
testosterone gel 25mg/2.5g, 20.25mg/1.25g, 40.5mg/2.5g & 50mg/5g, 66
tetrabenazine, 79
tetrabenazine, 60

tetracycline, 46
 THALOMID, 50
theophylline er tabs, 74
thioridazine, 53
thiothixene, 53
tiadylt er, 58
tiagabine, 47
 TIBSOVO, 51
 TICOVAC INJ, 70
tigecycline inj, 45
timolol ophth soln 12 hours 0.25% & 0.5% multi-use bottles, 72
timolol ophthalmic gel forming, 72
timolol oral, 50
tinidazole tabs, 45
tiopronin, 65
 TIVICAY PD, 54
 TIVICAY TAB 10MG, 54
 TIVICAY TABS 25MG & 50MG, 54
tizanidine caps, 53
tizanidine tabs, 53
 TOBI PODHALER, 74
 TOBI SOLN, 74
 TOBRADEX OINT, 71
tobramycin & dexamethasone ophthalmic suspension, 72
tobramycin nebulizer, 74
tobramycin ophthalmic solution, 72
tobramycin sulfate inj, 44
tolterodine tartrate er, 64, 79
topiramate immediate-release, 50
toremifene citrate, 50
torpenz, 51
toremide, 59
 TOUJEO MAX SOLOSTAR INJ, 57
 TOUJEO SOLOSTAR INJ, 57
 TPN ELECTROLYTES INJ, 63
 TRACLEER 32MG, 74
 TRADJENTA, 56, 79
tramadol & acetaminophen, 44, 79
tramadol er tabs, 43, 80
tramadol ir tab 100mg, 44, 80
tramadol tab 50mg, 44
trandolapril, 58
tranexamic acid tabs, 57
tranylcypromine, 48
 TRAVASOL INJ, 63
travoprost, 72
trazodone, 48
 TRECATOR, 50
 TRELEGY ELLIPTA, 74, 80
 TRELSTAR MIXJECT INJ, 68
 TREMFYA INJ, 68, 80
 TRESIBA FLEXTOUCH INJ, 57
 TRESIBA VIAL INJ, 57
tretinoin caps, 52
tretinoin cream, 61
tretinoin gel 0.01%, 0.025% & 0.05%, 61
triamcinolone acetonide topical cream & lotion, 62
triamcinolone acetonide topical oint 0.025%, 0.1% & 0.5%, 62
triamcinolone dental paste, 61
triamterene & hydrochlorothiazide, 59
tridacaine ii patch, 44
triderm cream 0.1%, 62
trientine cap 250mg, 62
tri-estarylla, 67
trifluoperazine, 53
trifluridine, 72
trihexyphenidyl elixir & tabs, 52
 TRIJARDY XR, 56, 80
 TRILEPTAL, 47
tri-lo-estarylla, 67
tri-lo-sprintec, 67
trimethoprim, 45
tri-mili, 67
trimipramine maleate, 48
 TRINTELLIX, 48
tri-nymyo, 67
tri-sprintec, 67
 TRIUMEQ, 55

TRIUMEQ PD, 55
trivora-28, 67
tri-vylibra, 67
tri-vylibra lo, 67
trospium ir, 65
 TRULICITY INJ, 56, 80
 TRUMENBA INJ, 70
 TRUQAP, 51
 TUKYSA, 51
 TURALIO, 51
turqoz, 67
 TWINRIX INJ, 70
 TYBOST, 55
 TYMLOS INJ, 71
 TYPHIM VI INJ, 70
 UBRELVY, 49
 UDENYCA INJ, 57
unithroid, 68
 UPTRAVI, 74
ursodiol cap 300mg & tabs 250mg & 500mg,
 64
 UZEDY INJ, 53
valacyclovir, 54
 VALCHLOR, 50
valganciclovir oral soln, 53
valganciclovir tabs, 54
valproic acid oral caps & soln, 47
valsartan & amlodipine, 59
valsartan hct, 59
valsartan tabs, 58
 VALTOCO, 47
vancomycin caps, 45
vancomycin inj 500mg, 750mg, 1gm & 10gm,
 45
vancomycin oral soln 250mg/5ml, 45
vandazole, 45
 VANFLYTA, 51
 VAQTA INJ, 70
varenicline starting month box, 44
varenicline tartrate, 44
 VARIVAX INJ, 70
 VASCEPA CAPS, 60
 VAXCHORA INJ, 70
velivet, 67
 VELTASSA, 63
 VEMLIDY, 54
 VENCLEXTA STARTING PACK, 52
 VENCLEXTA TABS 100MG, 52
 VENCLEXTA TABS 10MG & 50MG, 52
venlafaxine hcl er caps, 48
venlafaxine ir tabs, 48
verapamil er, 58
verapamil ir, 58
verapamil sr, 58
 VERQUVO, 60
 VERSACLOZ, 53
 VERZENIO, 52
vestura, 67
vienva, 67
vigabatrin, 47
vigadrone, 47
 VIGAFYDE, 47
vigpoder, 47
vilazodone, 48
 VIRACEPT, 55
 VIREAD POWDER, 55
 VIREAD TABS 150MG, 200MG & 250MG, 55
 VITRAKVI, 52
 VIZIMPRO, 52
 VONJO, 50
voriconazole inj, 49
voriconazole oral suspension, 49
voriconazole tabs, 49
 VOSEVI, 54
 VOWST, 64
 VRAYLAR, 53
 VUMERITY, 61
vyfemla, 67
vylibra, 67
 VYZULTA, 72
warfarin, 57
 WELIREG, 64
wixela inhub, 74, 80

wymzya fe, 67
 XALKORI, 52
 XARELTO ORAL SUSP & TABS, 57, 80
 XARELTO STARTER PACK, 57, 80
 XCOPRI MAINTENANCE PACK, 47
 XCOPRI TABS, 47
 XCOPRI TITRATION PACK 50-100MG, & 150-200MG, 47
 XCOPRI TITRATION PACK 12.5MG/25MG, 47
 XDEMVY, 72, 80
 XELJANZ, 68, 80
 XELJANZ XR, 68, 80
 XERMELO, 63
 XGEVA INJ, 71
 XIFAXAN TABS 200MG, 64
 XIFAXAN TABS 550MG, 64
 XIGDUO XR, 56, 80
 XIIDRA, 72
 XOFLUZA, 55
 XOLAIR INJ, 68, 80
 XOSPATA, 52
 XPOVIO, 52
 XTANDI, 50
xulane, 67
 XYWAV, 75
 YF-VAX INJ, 70
 YONSA, 50
 YUPELRI, 73

yuvafem, 67
zafemy, 67
zafirlukast, 80
zafirlukast, 73
 ZEGALOGUE INJ, 56
 ZEJULA TABS, 52
 ZELBORAF, 52
zenatane, 61
zenzedi, 80
zenzedi tabs 5mg & 10mg, 60
zidovudine, 55
ziprasidone inj, 53
ziprasidone oral, 53
 ZIRGAN, 72
 ZOLINZA, 52
zolmitriptan, 80
zolmitriptan odt, 50
zolmitriptan tabs, 50
zolpidem ir tabs 5mg & 10mg, 75
 ZONISADE, 47
zonisamide, 47
 ZOSYN INJ, 46
zovia, 67
 ZTALMY SUSP, 47
 ZURZUVAE, 48
 ZYDELIG, 52
 ZYKADIA TABS, 52
 ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG, 53

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SCAN Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discriminan, excluyen ni tratan a las personas de forma diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. SCAN Health Plan ofrece recursos y servicios gratuitos a personas que tienen dificultades para comunicarse, como intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.). SCAN Health Plan ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN.

Si cree que SCAN Health Plan no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo personalmente, por teléfono, por correo o por fax:

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

SCAN Member Services
PHONE: 1-866-722-6725
FAX: 1-568-989-0958
TTY: 711

O puede completar el formulario "Presentar un reclamo" en nuestro sitio web:
<https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance>

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Servicios para Miembros de SCAN puede ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono:

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)

Puede encontrar los formularios de quejas en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Dpto. de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: Llame al 1-916-440-7370. Si tiene dificultades para hablar u oír, llame al servicio de TTY: 711.
- Por escrito: Complete un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:
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
Puede encontrar los formularios de quejas en http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- De manera electrónica: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

- Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخططنا الصحية أو جدول الدواء. سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-866-722-6725 للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم بمساعدتك. هذه الخدمة المجانية.
- Armenian:** Առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք 1-866-722-6725 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:
- Chinese Cantonese (Traditional):** 我們提供免費的口譯服務，以解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何問題。如需獲得口譯服務，請致電 1-866-722-6725 聯絡我們。我們有會說中文的工作人員可以為您提供幫助。這是一項免費服務。
- Chinese Mandarin (Simplified):** 我们提供免费的口译服务，以解答您对我们的健康或药物计划可能有的任何问题。如需获得口译服务，请致电 1-866-722-6725 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。
- English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-722-6725. Someone who speaks English can help you. This is a free service.
- French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou yo. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-722-6725. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.
- French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-722-6725. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.
- German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-722-6725. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.
- Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-722-6725 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।
- Hmong:** Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-866-722-6725. Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.
- Hmong-Mien:** Peb muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-866-722-6725. Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

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

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