
2023

SCAN Health Plan Formulary

List of Covered Drugs

Formulario de SCAN Health Plan

Lista de medicamentos cubiertos



This formulary was updated on 08/01/2022. For more recent information or other questions, please contact SCAN Health Plan Member Services at 1-800-559-3500 (Medicare and Medi-Cal eligible members should call 1-866-722-6725) (TTY users should call 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day), or visit www.scanhealthplan.com.

Este formulario se actualizó el 08/01/2022. Para obtener información más reciente o si tiene dudas, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN Health Plan al 1-800-559-3500 (los miembros elegibles para Medicare y Medi-Cal deben llamar 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, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 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.

SCAN Health Plan 2023 Formulary (List of Covered Drugs)

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

23463, 8

This formulary was updated on 08/01/2022. For more recent information or other questions, please contact SCAN Health Plan Member Services at 1-800-559-3500 (Medicare and Medi-Cal eligible members should call 1-866-722-6725) (TTY users should call 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day), or visit www.scanhealthplan.com.

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

When this drug list (formulary) refers to “we,” “us”, or “our,” it means SCAN Health Plan. When it refers to “plan” or “our plan,” it means SCAN Affirm partnered with Included LGBTQ+ Health (HMO), SCAN Alta (HMO), SCAN Classic (HMO), SCAN Compass (HMO), SCAN Options (HMO), SCAN Prime (HMO), SCAN Venture (HMO), Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO), Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO), SCAN Balance (HMO SNP), SCAN Connections (HMO SNP), SCAN Connections at Home (HMO SNP), SCAN Embrace (HMO SNP), SCAN Healthy at Home (HMO SNP), SCAN Heart First (HMO SNP) and Scripps Heart First offered by SCAN Health Plan (HMO SNP).

This document includes a list of the drugs (formulary) for our plan which is current as of August 2022. For an updated formulary, please contact us. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

You must generally use network pharmacies to use your prescription drug benefit. Benefits, formulary, pharmacy network, and/or copayments/coinsurance may change on January 1, 2024, and from time to time during the year. You will receive notice when necessary.

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

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

Y0057_SCAN_20006_2023_C

Table of Contents

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

Can the Formulary (drug list) change?..... 3

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

What are generic drugs? 4

Are there any restrictions on my coverage?..... 4

What if my drug is not on the Formulary? 5

How do I request an exception to the SCAN Health Plan’s Formulary? 5

What do I do before I can talk to my doctor about changing my drugs or requesting an exception? 6

For more information 6

SCAN Health Plan’s Formulary..... 24

Formulary Drugs Arranged by Therapeutic Class 54

Formulary Drugs with Quantity Limits 84

Index 86

What is the SCAN Health Plan Formulary?

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

Can the Formulary (drug list) change?

Most changes in drug coverage happen on January 1, but we may add or remove drugs on the Drug List during the year, move them to different cost-sharing tiers, or add new restrictions. We must follow the Medicare rules in making these changes.

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

- **New generic drugs.** We may immediately remove a brand-name drug on our Drug List if we are replacing it with a new generic drug that will appear on the same or lower cost-sharing tier and with the same or fewer restrictions. Also, when adding the new generic drug, we may decide to keep the brand-name drug on our Drug List, but immediately move it to a different cost-sharing tier or add new restrictions. If you are currently taking that brand-name drug, we may not tell you in advance before we make that change, but we will later provide you with information about the specific change(s) we have made.
 - If we make such a change, you or your prescriber can ask us to make an exception and continue to cover the brand-name drug for you. The notice we provide you will also include information on how to request an exception, and you can find information in the section below titled “How do I request an exception to the SCAN Health Plan’s Formulary?”
- **Drugs removed from the market.** If the Food and Drug Administration deems a drug on our formulary to be unsafe or the drug’s manufacturer removes the drug from the market, we will immediately remove the drug from our formulary and provide notice to members who take the drug.
- **Other changes.** We may make other changes that affect members currently taking a drug. For instance, we may add a generic drug that is not new to the market to replace a brand-name drug currently on the formulary, or add new restrictions to the brand-name drug or move it to a different cost-sharing tier or both. Or we may make changes based on new clinical guidelines. If we remove drugs from our formulary, or add prior authorization, quantity limits and/or step therapy restrictions on a drug or move a drug to a higher cost-sharing tier, we must notify affected members of the change at least 30 days before the change becomes effective, or at the time the member requests a refill of the drug, at which time the member will receive a 30-day supply of the drug.
 - If we make these other changes, you or your prescriber can ask us to make an exception and continue to cover the brand-name drug for you. The notice we provide you will also include information on how to request an exception, and you can also find information in the section below entitled “How do I request an exception to the SCAN Health Plan’s Formulary?”

Changes that will not affect you if you are currently taking the drug. Generally, if you are taking a drug on our 2023 formulary that was covered at the beginning of the year, we will not discontinue or reduce coverage of the drug during the 2023 coverage year except as described above. This means these drugs will remain

available at the same cost-sharing and with no new restrictions for those members taking them for the remainder of the coverage year. You will not get direct notice this year about changes that do not affect you. However, on January 1 of the next year, such changes would affect you, and it is important to check the Drug List for the new benefit year for any changes to drugs.

The enclosed formulary is current as of August, 2022. To get updated information about the drugs covered by SCAN Health Plan, please contact us. Our contact information appears on the front and back cover pages.

How do I use the Formulary?

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

Medical Condition

The formulary begins on page 54. The drugs in this formulary are grouped into categories depending on the type of medical conditions that they are used to treat. For example, drugs used to treat a heart condition are listed under the category, “Cardiovascular Agents”. If you know what your drug is used for, look for the category name in the list that begins on page number 54. Then look under the category name for your drug.

Alphabetical Listing

If you are not sure what category to look under, you should look for your drug in the Index that begins on page 86. The Index provides an alphabetical list of all of the drugs included in this document. Both brand-name drugs and generic drugs are listed in the Index. Look in the Index and find your drug. Next to your drug, you will see the page number where you can find coverage information. Turn to the page listed in the Index and find the name of your drug in the first column of the list.

What are generic drugs?

SCAN Health Plan covers both brand-name drugs and generic drugs. A generic drug is approved by the FDA as having the same active ingredient as the brand-name drug. Generally, generic drugs cost less than brand-name drugs.

Are there any restrictions on my coverage?

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

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

You can find out if your drug has any additional requirements or limits by looking in the formulary that begins on page 54. You can also get more information about the restrictions applied to specific covered drugs by visiting our website. We have posted online a document that explain our prior authorization restriction. You may also ask us to send you a copy. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

You can ask SCAN Health Plan to make an exception to these restrictions or limits or for a list of other, similar drugs that may treat your health condition. See the section, “How do I request an exception to the SCAN Health Plan’s formulary?” on page 5 for information about how to request an exception.

What if my drug is not on the Formulary?

If your drug is not included in this formulary (list of covered drugs), you should first contact Member Services and ask if your drug is covered.

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

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

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

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

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

Generally, SCAN Health Plan will only approve your request for an exception if the alternative drugs included on the plan’s formulary, the lower cost-sharing drug or additional utilization restrictions would not be as effective in treating your condition and/or would cause you to have adverse medical effects.

You should contact us to ask us for an initial coverage decision for a formulary, tier, or utilization restriction exception. **When you request a formulary, tier, or utilization restriction exception you should submit a statement from your prescriber or physician supporting your request.** Generally, we must make our decision within 72 hours of getting your prescriber’s supporting statement. You can request an expedited (fast) exception if you or your doctor believe that your health could be seriously harmed by waiting up to 72 hours for a decision. If your request to expedite is granted, we must give you a decision no later than 24 hours after we get a supporting statement from your doctor or other prescriber.

What do I do before I can talk to my doctor about changing my drugs or requesting an exception?

As a new or continuing member in our plan you may be taking drugs that are not on our formulary. Or, you may be taking a drug that is on our formulary but your ability to get it is limited. For example, you may need a prior authorization from us before you can fill your prescription. You should talk to your doctor to decide if you should switch to an appropriate drug that we cover or request a formulary exception so that we will cover the drug you take. While you talk to your doctor to determine the right course of action for you, we may cover your drug in certain cases during the first 90 days you are a member of our plan.

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

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

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

For more information

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

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

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

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

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

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

Select insulins include all insulin pens and vials listed under the class name “Insulins” in this drug list. The copays for select insulins apply to members who do not qualify for a program that helps pay for your drugs (“Extra Help”). If you receive “Extra Help,” your share of the cost for covered prescription drugs may vary based on the level of Extra Help you receive. For more information about your drug costs, look at the “LIS Rider”.

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

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

SCAN Classic (HMO): Los Angeles and Orange Counties

SCAN Alta (HMO): San Diego County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$25	\$55	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Classic (HMO): Riverside County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$9	\$18
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$25	\$55	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

SCAN Classic (HMO): San Bernardino County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$9	\$18
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$30	\$70	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

SCAN Classic (HMO): Ventura County

SCAN Options (HMO): Ventura County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$37	\$91	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

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

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

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$30	\$70	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

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

Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO): San Diego County

Drug Tier	Tier Name		Retail				Mail Order	
			Preferred		Standard		Preferred	Standard
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply	100-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$9	\$18	\$0	\$18
2	Generic		\$5	\$10	\$15	\$30	\$0	\$30
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85	\$55	\$85
		Other Drugs	\$42	\$106	\$47	\$121	\$106	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280	\$265	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A	N/A	N/A
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.								

Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO): San Diego County

Drug Tier	Tier Name		Retail				Mail Order	
			Preferred		Standard		Preferred	Standard
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply	100-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$9	\$18	\$0	\$18
2	Generic		\$3	\$6	\$12	\$24	\$0	\$24
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85	\$55	\$85
		Other Drugs	\$37	\$91	\$47	\$121	\$91	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280	\$265	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A	N/A	N/A
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.								

SCAN Prime (HMO): Los Angeles and Orange Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$12	\$24
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$25	\$55	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Prime (HMO): Riverside County

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

SCAN Prime (HMO): San Bernardino County

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

SCAN Affirm (HMO): Los Angeles and Riverside Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$30	\$70	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		25%	N/A	25%	N/A
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Balance (HMO SNP): Los Angeles and Orange Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$9	\$18
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$25	\$55	\$35	\$85
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage. The \$0 copay for select insulins applies to members in SCAN Balance who do not qualify for a program that helps pay for your drugs (“Extra Help”). If you receive “Extra Help,” your share of the cost for covered prescription drugs may vary based on the level of Extra Help you receive. For more information about your drug costs, look at the "LIS Rider".</p>						

SCAN Heart First (HMO SNP): Orange County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$9	\$18
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$25	\$55	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

SCAN Heart First (HMO SNP): Riverside and San Bernardino Counties

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

Scripps Heart First offered by SCAN Health Plan (HMO SNP): San Diego County

Drug Tier	Tier Name		Retail				Mail Order	
			Preferred		Standard		Preferred	Standard
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply	100-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$7	\$14	\$0	\$14
2	Generic		\$5	\$10	\$12	\$24	\$0	\$24
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85	\$55	\$85
		Other Drugs	\$42	\$106	\$47	\$121	\$106	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280	\$265	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A	N/A	N/A
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.								

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

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
2	Generic		\$0	\$0	\$0	\$0
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$37	\$91	\$37	\$91
4	Non-Preferred Drug		\$99	\$277	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage. The \$0 copay for select insulins applies to members in SCAN Embrace who do not qualify for a program that helps pay for your drugs (“Extra Help”). If you receive “Extra Help,” your share of the cost for covered prescription drugs may vary based on the level of Extra Help you receive. For more information about your drug costs, look at the "LIS Rider".</p>						

SCAN Healthy at Home (HMO SNP): Los Angeles, Orange, Riverside and San Bernardino Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$15
2	Generic		\$0	\$0	\$12	\$36
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$285	\$100	\$300
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

SCAN Classic (HMO): Santa Clara and San Francisco Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
2	Generic		\$0	\$0	\$12	\$24
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$106	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Options (HMO): Santa Clara County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
2	Generic		\$0	\$0	\$17.50	\$35
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$40	\$100	\$45	\$115
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$95	\$265
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Classic (HMO): Napa and Sonoma Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Generic		\$0	\$0	\$17	\$34
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$106	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

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

SCAN Compass (HMO): Napa and Sonoma Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
2	Generic		\$0	\$0	\$20	\$40
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$106	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A

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

SCAN Heart First (HMO SNP): Napa and Sonoma Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Generic		\$0	\$0	\$17	\$34
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$42	\$106	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

SCAN Balance (HMO SNP): Napa and Sonoma Counties

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Generic		\$0	\$0	\$17	\$34
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$42	\$106	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage. The \$0 copay for select insulins applies to members in SCAN Balance who do not qualify for a program that helps pay for your drugs (“Extra Help”). If you receive “Extra Help,” your share of the cost for covered prescription drugs may vary based on the level of Extra Help you receive. For more information about your drug costs, look at the "LIS Rider".</p>						

SCAN Classic (HMO): Stanislaus County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$40	\$100	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

SCAN Balance (HMO SNP): Stanislaus County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$30	\$70	\$45	\$115
4	Non-Preferred Drug		\$85	\$235	\$95	\$265
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage. The \$0 copay for select insulins applies to members in SCAN Balance who do not qualify for a program that helps pay for your drugs (“Extra Help”). If you receive “Extra Help,” your share of the cost for covered prescription drugs may vary based on the level of Extra Help you receive. For more information about your drug costs, look at the "LIS Rider".</p>						

SCAN Classic (HMO): Alameda County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$37	\$91	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Heart First (HMO SNP): Alameda County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$40	\$100	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.						

SCAN Balance (HMO SNP): Alameda County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$40	\$100	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage. The \$0 copay for select insulins applies to members in SCAN Balance who do not qualify for a program that helps pay for your drugs (“Extra Help”). If you receive “Extra Help,” your share of the cost for covered prescription drugs may vary based on the level of Extra Help you receive. For more information about your drug costs, look at the "LIS Rider".</p>						

SCAN Classic (HMO): San Mateo County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$40	\$100	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

SCAN Heart First (HMO SNP): San Mateo County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$25	\$55	\$35	\$85
		Other Drugs	\$40	\$100	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.</p>						

SCAN Balance (HMO SNP): San Mateo County

Drug Tier	Tier Name		Retail & Mail Order			
			Preferred		Standard	
			30-day supply	100-day supply	30-day supply	100-day supply
1	Preferred Generic		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Generic		\$0	\$0	\$10	\$20
3	Preferred Brand	Select Insulins	\$0	\$0	\$0	\$0
		Other Drugs	\$40	\$100	\$47	\$121
4	Non-Preferred Drug		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Specialty Tier		33%	N/A	33%	N/A
<p>We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 3 (Preferred Brand – select insulins only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage. The \$0 copay for select insulins applies to members in SCAN Balance who do not qualify for a program that helps pay for your drugs (“Extra Help”). If you receive “Extra Help,” your share of the cost for covered prescription drugs may vary based on the level of Extra Help you receive. For more information about your drug costs, look at the "LIS Rider".</p>						

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

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

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

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

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

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

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

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

SCAN Health Plan's Formulary

The formulary that begins on page 54 provides coverage information about the drugs covered by SCAN Health Plan. If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Index that begins on page 86.

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

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

- The symbol [PA] indicates that prior authorization applies.
- The symbol [B vs D] indicates that this drug may be covered under Medicare Part B or Part D depending upon the circumstances. Information may need to be submitted describing the use and setting of the drug to make the determination.
- The symbol [QL] indicates that quantities dispensed are limited. To see the quantity limit amount for the formulary drugs with quantity limits, turn to the page 84.
- The symbol [LD] indicates that limited distribution applies. This prescription may be available only at certain pharmacies. For more information consult your Pharmacy Directory or call Member Services at 1-800-559-3500 (Medicare and Medi-Cal eligible members should call 1-866-722-6725) (TTY users should call 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day), or visit www.scanhealthplan.com.

SCAN Health Plan

Formulario de 2023 (Lista de medicamentos cubiertos)

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

23463, 8

Este formulario se actualizó el 08/01/2022. Para obtener información más reciente o si tiene dudas, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN Health Plan al 1-800-559-3500 (los miembros elegibles para Medicare y Medi-Cal deben llamar 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, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 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 el año pasado. Revise este documento para asegurarse de 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 hace referencia al “plan” o a “nuestro plan”, quiere decir SCAN Affirm Partnered with Included LGBTQ+ Health (HMO), SCAN Alta (HMO), SCAN Classic (HMO), SCAN Compass (HMO), SCAN Options (HMO), SCAN Prime (HMO), SCAN Venture (HMO), Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO), Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO), SCAN Balance (HMO SNP), SCAN Connections (HMO SNP), SCAN Connections at Home (HMO SNP), SCAN Embrace (HMO SNP), SCAN Healthy at Home (HMO SNP), SCAN Heart First (HMO SNP) y Scripps Heart First offered by SCAN Health Plan (HMO SNP).

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que está vigente desde agosto de 2022. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la cubierta del frente y del dorso.

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 2024 y de vez en cuando durante el año. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

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 una de nuestras farmacias de pedido por correo. Puede surtir sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de pedido por correo de nuestra red. 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 la farmacia Express Scripts al 1-866-553-4125, las 24 horas, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede desinscribirse de los envíos automáticos en cualquier momento.

SCAN Health Plan es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en SCAN Health Plan depende de la renovación del contrato.

Tabla de contenidos

¿Qué es el Formulario de SCAN Health Plan?	27
¿El Formulario (lista de medicamentos) puede cambiar?	27
¿Cómo uso el Formulario?	28
¿Qué son los medicamentos genéricos?	28
¿Existe alguna restricción en mi cobertura?	29
¿Qué sucede si el medicamento no se incluye en el Formulario?	29
¿Cómo solicito una excepción para el Formulario de SCAN Health Plan?	29
¿Qué hago antes de poder hablar con mi médico sobre cambiar de medicamentos o solicitar una excepción?	30
Para obtener más información.....	31
Formulario de SCAN Health Plan	53
Medicamentos del Formulario organizados por clase terapéutica.....	54
Medicamentos del Formulario con límites de cantidad.....	84
Índice.....	86

¿Qué es el Formulario de SCAN Health Plan?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos elegidos por SCAN Health Plan con el asesoramiento de un equipo de proveedores de atención médica, que representa a las terapias con medicamentos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, SCAN Health Plan cubre los medicamentos que aparecen en nuestro formulario siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de SCAN Health Plan y se respeten las demás normas del plan. Para obtener más información acerca de cómo surtir las recetas, revise la Evidencia de cobertura.

¿El Formulario (lista de medicamentos) puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero podemos agregar o retirar medicamentos de la lista de medicamentos durante el año, pasarlos a diferentes niveles de gastos compartidos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare a la hora de hacer estos cambios.

Los cambios que pueden afectarle este año: en los siguientes casos, se verá afectado por cambios los de cobertura durante el año:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de gasto compartido o en uno menor y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero cambiarlo de inmediato a un nivel de gastos compartidos diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente toma ese medicamento de marca, es posible que no informemos por adelantado que haremos ese cambio, pero luego le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos hecho.
 - Si implementamos dicho cambio, usted u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitarle al plan que realice una excepción y siga cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionaremos también incluye información sobre cómo solicitar una excepción, y puede encontrar información en la sección a continuación, titulada “¿Cómo solicito una excepción para el Formulario de SCAN Health Plan?”
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) considera que un medicamento de nuestro formulario es inseguro o si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, inmediatamente retiraremos el medicamento de nuestro formulario y les proporcionaremos un aviso a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos realizar otros cambios que afecten a los miembros que toman actualmente un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que figure actualmente en el formulario, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de gastos compartidos diferentes, o ambas opciones. O bien, podemos realizar cambios según nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro formulario, o agregamos una autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento o si movemos un medicamento a un nivel de gastos compartidos más alto, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio, al menos 30 días antes de que el cambio esté vigente, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, en cuyo momento el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.

- Si implementamos estos cambios, usted u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitarle al plan que realice una excepción y siga cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionaremos también incluye información sobre cómo solicitar una excepción y, además, puede encontrar información en la sección a continuación, titulada “¿Cómo solicito una excepción para el Formulario de SCAN Health Plan?”

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si toma un medicamento que se encuentra en nuestro formulario de 2023 que estaba cubierto al comienzo del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2023, excepto en los casos que se describieron anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con los mismos gastos compartidos y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. No recibirá un aviso directo sobre los cambios que no le afecten este año. Sin embargo, dichos cambios podrían afectarle a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que revise la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para ver los cambios.

El formulario adjunto está vigente desde agosto de 2022. Para obtener información actualizada acerca de los medicamentos cubiertos por SCAN Health Plan, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la cubierta del frente y del dorso.

¿Cómo uso el Formulario?

Existen dos maneras de buscar su medicamento dentro del formulario:

Afección médica

El formulario comienza en la página 54. En este formulario, los medicamentos se dividen en categorías según el tipo de afección médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar una afección cardíaca se indican en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si usted sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página número 54. Luego busque el nombre de su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Orden alfabético

Si no sabe en qué categoría buscar, debe buscar el medicamento en el Índice que comienza en la página 86. El Índice le proporciona una lista alfabética 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 cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

SCAN Health Plan cubre medicamentos de marca y genéricos. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprueba un medicamento genérico cuando considera que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** SCAN Health Plan requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de SCAN Health Plan antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que SCAN Health Plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para determinados medicamentos, SCAN Health limita la cantidad del medicamento que cubrirá SCAN Health Plan. Por ejemplo, SCAN Health Plan proporciona 30 comprimidos por receta para BELSOMRA. Esto puede ser un surtido adicional al suministro estándar de un mes o de tres meses.

Usted puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional buscando en el formulario que comienza en la página 54. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a los medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado un documento donde se explica nuestra restricción de autorización previa. Además, puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la cubierta del frente y del dorso.

Usted también puede solicitarle a SCAN Health Plan que realice una excepción para estas restricciones o estos límites o para una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección, “¿Cómo solicito una excepción para el formulario de SCAN Health Plan?” en la página 29 para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si el medicamento no se incluye en el Formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si le informan que SCAN Health Plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por SCAN Health Plan. Cuando reciba la lista, enséñesela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por SCAN Health Plan.
- Puede solicitarle a SCAN Health Plan que realice una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción para el Formulario de SCAN Health Plan?

Puede solicitarle a SCAN Health Plan que realice una excepción con las normas de cobertura. Existen diferentes tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no figura en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de compartición de costo predeterminado y usted no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de compartición de costos inferior.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de gastos compartidos más bajo, a menos que el medicamento se encuentre entre los medicamentos de especialidad. Si se aprueba, esto disminuiría el monto que debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites a la cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, SCAN Health Plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no apliquemos el límite y que cubramos un monto mayor.

Por lo general, SCAN Health Plan solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento con menor gasto compartido o las restricciones de uso adicionales no resultaran tan eficaces a la hora de tratar su afección o provocaran efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial de un formulario, nivel o excepción de restricción de uso. **Cuando solicite una excepción de un formulario, de un nivel o de restricción de uso, debe enviar una declaración de la persona autorizada a dar recetas o médico apoyando la solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su recetador. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico creen que su salud podría ser perjudicada gravemente al esperar hasta 72 horas por una decisión. Si se concede su solicitud de apelación acelerada, debemos comunicarle una decisión en un plazo máximo de 24 horas después de recibir una declaración de apoyo de su médico u otro recetador.

¿Qué hago antes de poder hablar con mi médico sobre cambiar de medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o constante de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no estén en nuestro formulario. O bien, puede estar tomando un medicamento que sí está en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de que pueda surtir sus medicamentos con receta. Usted debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento adecuado que cubramos o solicitar una excepción para el formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción correcto para usted, podemos cubrir el medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días tras convertirse en un miembro del nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no están en nuestro formulario o si su capacidad para conseguir el medicamento es limitada, cubriremos 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 si es residente de un centro de atención médica a largo plazo. Si su receta está escrita por menos días, permitiremos resurtidos 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. Después de su primer suministro para 30 días, si no se encuentra en un centro de atención médica a largo plazo, o un suministro para 31 días si es residente de un centro de atención médica a largo plazo, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención médica a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario, o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada pero pasó los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de ese medicamento para 31 días mientras solicita una excepción del formulario.

Si usted es un miembro actual que se está cambiando a un nivel de atención diferente, es probable que le receten medicamentos que no están en nuestro formulario o que su capacidad para obtener los medicamentos sea limitada. En estos casos, tiene que hablar con su médico sobre los tratamientos alternativos adecuados que se encuentran disponibles en nuestro formulario. Si no hay tratamientos alternativos adecuados en nuestro formulario, usted o su médico pueden solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o quite las restricciones del medicamento. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción, usted es elegible para recibir un suministro de transición del medicamento para 30 días, si está pasando de un centro de atención médica a largo plazo o de una hospitalización a su hogar, o un suministro de transición del medicamento para 31 días, si está pasando de una hospitalización o de su hogar a un centro de atención médica a largo plazo.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura para medicamentos con receta de SCAN Health Plan, revise su Evidencia de cobertura y el resto de los materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre SCAN Health Plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la cubierta del frente y del dorso.

Si tiene preguntas generales sobre su cobertura de Medicare para medicamentos con receta, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

Las tablas a continuación enumeran lo que usted pagará por compartir los costos de los medicamentos con receta cubiertos en las farmacias de nuestra red cuando se encuentre en la etapa de cobertura inicial. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.

El gasto compartido preferido es más bajo que el gasto compartido que pueda estar disponible para usted para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red. Para obtener más información, visite nuestro directorio de farmacias en línea donde se pueden realizar búsquedas en www.scanhealthplan.com o llame a Servicios para Miembros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la cubierta del frente y del dorso.

Consulte la Evidencia de cobertura para obtener información sobre los costos en farmacias para cuidado a largo plazo (LTC) y farmacias fuera de la red.

La insulina seleccionada incluye todas las plumas y viales de insulina enumerados bajo el nombre “Insulinas” en esta lista de medicamentos. Los copagos para las insulinas seleccionadas se aplican a los miembros que no reúnen los requisitos para un programa que ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda adicional”). Si recibe “Ayuda adicional”, su parte del costo para medicamentos con receta cubiertos puede variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba. Para obtener más información sobre los costos de los medicamentos, consulte la Cláusula adicional LIS.

Información importante sobre lo que paga por la insulina: No pagará más de \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

Información importante sobre lo que paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

SCAN Classic (HMO): Condados de Los Angeles y Orange

SCAN Alta (HMO): Condado de San Diego

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$25	\$55	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos), en el Nivel 2 (genéricos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.						

SCAN Classic (HMO): Condado de Riverside

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$9	\$18
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$25	\$55	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos), en el Nivel 2 (genéricos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

SCAN Classic (HMO): Condado de San Bernardino

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$9	\$18
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$30	\$70	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos), en el Nivel 2 (genéricos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

SCAN Classic (HMO): Condado de Ventura**SCAN Options (HMO):** Condado de Ventura

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$10	\$20
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$37	\$91	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
<p>Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.</p>						

SCAN Venture (HMO): Condados de Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$30	\$70	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
<p>Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.</p>						

Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO): Condado de San Diego

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista				Pedidos 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
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$9	\$18	\$0	\$18
2	Medicamentos genéricos		\$5	\$10	\$15	\$30	\$0	\$30
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85	\$55	\$85
		Otros medicamentos	\$42	\$106	\$47	\$121	\$106	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280	\$265	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C	N/C	N/C

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO): Condado de San Diego

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista				Pedidos 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
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$9	\$18	\$0	\$18
2	Medicamentos genéricos		\$3	\$6	\$12	\$24	\$0	\$24
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85	\$55	\$85
		Otros medicamentos	\$37	\$91	\$47	\$121	\$91	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280	\$265	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C	N/C	N/C

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos), en el Nivel 2 (genéricos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

SCAN Prime (HMO): Condados de Los Angeles y Orange

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$12	\$24
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$25	\$55	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos), en el Nivel 2 (genéricos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

SCAN Prime (HMO): Condado de Riverside

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$14	\$28
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$25	\$55	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
<p>Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos), en el Nivel 2 (genéricos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.</p>						

SCAN Prime (HMO): Condado de San Bernardino

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$14	\$28
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$30	\$70	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
<p>Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos), en el Nivel 2 (genéricos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.</p>						

SCAN Affirm (HMO): Condados de Los Angeles y Riverside

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$30	\$70	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		25%	N/C	25%	N/C

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos), en el Nivel 2 (genéricos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

SCAN Balance (HMO SNP): Condados de Los Angeles y Orange

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$9	\$18
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$0	\$0	\$0	\$0
		Otros medicamentos	\$25	\$55	\$35	\$85
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos), en el Nivel 2 (genéricos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura. El copago de \$0 para insulinas seleccionadas se aplica a los miembros de SCAN Balance que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”). Si recibe “Ayuda adicional”, su parte del costo para medicamentos con receta cubiertos puede variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba. Para obtener más información sobre los costos de los medicamentos, consulte la Cláusula adicional LIS.

SCAN Heart First (HMO SNP): Condado de Orange

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$9	\$18
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$25	\$55	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
<p>Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos), en el Nivel 2 (genéricos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.</p>						

SCAN Heart First (HMO SNP): Condados de Riverside y San Bernardino

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$14	\$28
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$30	\$70	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
<p>Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos), en el Nivel 2 (genéricos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.</p>						

Scripps Heart First offered by SCAN Health Plan (HMO SNP): Condado de San Diego

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista				Pedidos 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
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$7	\$14	\$0	\$14
2	Medicamentos genéricos		\$5	\$10	\$12	\$24	\$0	\$24
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85	\$55	\$85
		Otros medicamentos	\$42	\$106	\$47	\$121	\$106	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280	\$265	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C	N/C	N/C
Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.								

SCAN Embrace (HMO SNP): Condados de Los Angeles, Orange y San Bernardino

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$0	\$0
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$0	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$0	\$0	\$0	\$0
		Otros medicamentos	\$37	\$91	\$37	\$91
4	Medicamentos no preferidos		\$99	\$277	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
<p>Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos), en el Nivel 2 (genéricos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura. El copago de \$0 para insulinas seleccionadas se aplica a los miembros de SCAN Embrace que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”). Si recibe “Ayuda adicional”, su parte del costo para medicamentos con receta cubiertos puede variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba. Para obtener más información sobre los costos de los medicamentos, consulte la Cláusula adicional LIS.</p>						

SCAN Healthy at Home (HMO SNP): Condados de Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$5	\$15
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$12	\$36
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$42	\$126	\$47	\$141
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$285	\$100	\$300
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.						

SCAN Classic (HMO): Condados de Santa Clara y San Francisco

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$10	\$20
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$12	\$24
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$42	\$106	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.						

SCAN Options (HMO): Condado de Santa Clara

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$10	\$20
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$17.50	\$35
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$40	\$100	\$45	\$115
4	Medicamentos no preferidos		\$90	\$250	\$95	\$265
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.						

SCAN Classic (HMO): Condados de Napa y Sonoma

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$17	\$34
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$42	\$106	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.						

SCAN Compass (HMO): Condados de Napa y Sonoma

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$10	\$20
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$20	\$40
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$42	\$106	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
<p>Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.</p>						

SCAN Heart First (HMO SNP): Condados de Napa y Sonoma

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$17	\$34
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$42	\$106	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
<p>Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.</p>						

SCAN Balance (HMO SNP): Condados de Napa y Sonoma

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$7	\$14
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$17	\$34
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$0	\$0	\$0	\$0
		Otros medicamentos	\$42	\$106	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$95	\$265	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
<p>Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura. El copago de \$0 para insulinas seleccionadas se aplica a los miembros de SCAN Balance que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”). Si recibe “Ayuda adicional”, su parte del costo para medicamentos con receta cubiertos puede variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba. Para obtener más información sobre los costos de los medicamentos, consulte la Cláusula adicional LIS.</p>						

SCAN Classic (HMO): Condado de Stanislaus

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$40	\$100	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos), en el Nivel 2 (genéricos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

SCAN Balance (HMO SNP): Condado de Stanislaus

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$15	\$30
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$0	\$0	\$0	\$0
		Otros medicamentos	\$30	\$70	\$45	\$115
4	Medicamentos no preferidos		\$85	\$235	\$95	\$265
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos), en el Nivel 2 (genéricos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura. El copago de \$0 para insulinas seleccionadas se aplica a los miembros de SCAN Balance que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”). Si recibe “Ayuda adicional”, su parte del costo para medicamentos con receta cubiertos puede variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba. Para obtener más información sobre los costos de los medicamentos, consulte la Cláusula adicional LIS.

SCAN Classic (HMO): Condado de Alameda

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$10	\$20
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$37	\$91	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
<p>Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos), en el Nivel 2 (genéricos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.</p>						

SCAN Heart First (HMO SNP): Condado de Alameda

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$10	\$20
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$40	\$100	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
<p>Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos), en el Nivel 2 (genéricos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.</p>						

SCAN Balance (HMO SNP): Condado de Alameda

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$10	\$20
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$0	\$0	\$0	\$0
		Otros medicamentos	\$40	\$100	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos), en el Nivel 2 (genéricos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura. El copago de \$0 para insulinas seleccionadas se aplica a los miembros de SCAN Balance que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”). Si recibe “Ayuda adicional”, su parte del costo para medicamentos con receta cubiertos puede variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba. Para obtener más información sobre los costos de los medicamentos, consulte la Cláusula adicional LIS.

SCAN Classic (HMO): Condado de San Mateo

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$10	\$20
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$40	\$100	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.						

SCAN Heart First (HMO SNP): Condado de San Mateo

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$10	\$20
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$25	\$55	\$35	\$85
		Otros medicamentos	\$40	\$100	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C
Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.						

SCAN Balance (HMO SNP): Condado de San Mateo

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$5	\$10
2	Medicamentos genéricos		\$0	\$0	\$10	\$20
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulinas seleccionadas	\$0	\$0	\$0	\$0
		Otros medicamentos	\$40	\$100	\$47	\$121
4	Medicamentos no preferidos		\$90	\$250	\$100	\$280
5	Medicamentos de especialidad		33%	N/C	33%	N/C

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 3 (marcas preferidas: únicamente insulina seleccionada) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura. El copago de \$0 para insulinas seleccionadas se aplica a los miembros de SCAN Balance que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”). Si recibe “Ayuda adicional”, su parte del costo para medicamentos con receta cubiertos puede variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba. Para obtener más información sobre los costos de los medicamentos, consulte la Cláusula adicional LIS.

La tabla a continuación es para los miembros elegibles de Medicare y Medi-Cal que solo se encuentran inscritos en SCAN Connections (HMO SNP) o SCAN Connections at Home (HMO SNP). Esta tabla enumera lo que usted pagará por compartir los costos de los medicamentos con receta cubiertos en las farmacias de nuestra red. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.

Información importante sobre lo que paga por la insulina: No pagará más de \$0 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

Información importante sobre lo que paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

SCAN Connections (HMO SNP) - Solo para los miembros elegibles para Medicare y Medi-Cal:

Condados de Los Angeles, Riverside, San Bernardino y San Diego

SCAN Connections at Home (HMO SNP) - Solo para los miembros elegibles para Medicare y Medi-Cal:

Condados de Los Angeles, Riverside, San Bernardino y San Diego

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Minorista y de pedido por correo
1	Medicamentos genéricos preferidos (Suministro de uno, dos o tres meses)	Usted paga \$0 por todos los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos en nuestra Lista de medicamentos.
2	Medicamentos genéricos (Suministro de uno, dos o tres meses)	
3	Medicamentos de marca preferidos (Suministro de uno, dos o tres meses)	
4	Medicamentos no preferidos (Suministro de uno, dos o tres meses)	
5	Medicamentos de especialidad (Suministro para un mes)	

Formulario de SCAN Health Plan

El formulario que comienza en la página 54 proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por SCAN Health Plan. Si no encuentra el medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 86.

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 le indica si SCAN Health Plan tiene 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 dispensadas son limitadas. Para ver el límite de cantidad para los medicamentos del formulario con límites de cantidad, vaya a la página 84.
- 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 con su Directorio de farmacias o llame a Servicios para Miembros al 1-800-559-3500 (los miembros elegibles para Medicare y Medi-Cal deben llamar 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, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 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.

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

Formulary ID: 23463 (Version 8)
 ID de Formulario: 23463 (Versión 8)

Updated: 8/2022
 Actualizado: 8/2022

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
ANALGESICS		
Opioid Analgesics, Long-acting		
<i>fentanyl patches 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr & 100mcg/hr</i>	3	[QL]
<i>methadone oral</i>	2	
<i>morphine sulfate er tabs</i>	3	[QL]
<i>OXYCODONE ER</i>	4	[QL]
<i>tramadol er tabs</i>	3	[QL]
Opioid Analgesics, Short-acting		
<i>acetaminophen & codeine</i>	2	[QL]
<i>butorphanol tartrate nasal</i>	2	[QL]
<i>codeine sulfate</i>	2	
<i>endocet 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg</i>	3	[QL]
<i>fentanyl citrate lozenges 200mcg</i>	4	[PA]
<i>fentanyl citrate lozenges 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg & 1600mcg</i>	5	[PA]
<i>hydrocodone & acetaminophen soln 7.5-325mg/15ml</i>	2	[QL]
<i>hydrocodone & acetaminophen tabs 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg</i>	2	[QL]
<i>hydrocodone & ibuprofen</i>	2	[QL]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>hydromorphone immediate-release oral soln & tabs</i>	2	
<i>hydromorphone inj</i>	3	
<i>LAZANDA</i>	5	[PA]
<i>morphine sulfate oral</i>	2	
<i>oxycodone immediate-release</i>	2	
<i>oxycodone oral soln</i>	2	
<i>oxycodone & acetaminophen 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg</i>	3	[QL]
<i>tramadol tab 50mg</i>	2	
<i>tramadol ir tab 100mg</i>	2	[QL]
<i>tramadol & acetaminophen</i>	2	[QL]
ANESTHETICS		
Local Anesthetics		
<i>lidocaine ointment</i>	4	[QL]
<i>lidocaine patch</i>	3	[PA]
<i>lidocaine topical soln</i>	2	[QL]
<i>lidocaine & prilocaine</i>	3	[QL]
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS		
Alcohol Deterrents/Anti-Craving		
<i>acamprosate calcium dr</i>	2	
<i>disulfiram tabs</i>	2	
Opioid Dependence		
<i>buprenorphine oral</i>	1	
<i>buprenorphine & naloxone sublingual film</i>	2	

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 24.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>buprenorphine & naloxone sublingual tabs</i>	2	
<i>naltrexone</i>	1	
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO	3	
<i>naloxone inj 0.4mg/ml & 2mg/2ml</i>	2	
<i>naloxone nasal</i>	3	
Smoking Cessation Agents		
<i>bupropion sr 150mg</i>	2	
NICOTROL INHALER	3	
NICOTROL NASAL	3	
<i>varenicline starting month box</i>	4	
<i>varenicline tartrate</i>	4	
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
<i>celecoxib</i>	2	
<i>diclofenac potassium tab 50mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium dr</i>	1	
<i>diclofenac sodium er</i>	1	
<i>diflunisal</i>	2	
<i>etodolac</i>	2	
<i>etodolac er</i>	2	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen</i>	1	
<i>indomethacin er</i>	2	
<i>indomethacin ir caps 25mg & 50mg</i>	2	
<i>ketorolac oral tabs</i>	2	
LODINE TABS	2	
<i>meloxicam tabs</i>	1	
<i>nabumetone</i>	2	
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg & 500mg</i>	1	
<i>naproxen dr tabs</i>	1	
<i>naproxen sodium ir tabs</i>	1	
<i>piroxicam</i>	2	
<i>sulindac</i>	2	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ANTIBACTERIALS		
Aminoglycosides		
<i>amikacin inj</i>	2	
<i>gentamicin cream 0.1% & oint 0.1%</i>	2	
<i>gentamicin inj 40mg/ml</i>	2	
<i>neomycin sulfate oral</i>	2	
<i>paromomycin</i>	3	
<i>streptomycin inj</i>	2	
<i>tobramycin sulfate inj</i>	2	
Antibacterials, Other		
<i>aztreonam inj</i>	4	
CLEOCIN VAGINAL SUPP	3	
<i>clindamycin oral</i>	2	
<i>clindamycin phosphate inj</i>	2	
<i>clindamycin phosphate/dextrose inj</i>	2	
<i>clindamycin vaginal cream</i>	2	
<i>colistimethate inj</i>	2	
<i>daptomycin inj</i>	5	
<i>linezolid inj</i>	4	
<i>linezolid oral susp</i>	4	
<i>linezolid tabs</i>	4	
<i>methenamine hippurate</i>	2	
<i>metronidazole inj</i>	2	
<i>metronidazole oral</i>	2	
<i>metronidazole topical</i>	3	
<i>metronidazole vaginal</i>	2	
<i>nitrofurantoin caps</i>	2	
SIVEXTRO	5	
TIGECYCLINE INJ	5	
<i>trimethoprim</i>	2	
<i>vancomycin caps 125mg & 250mg</i>	4	
<i>vancomycin inj 500mg, 750mg, 1gm & 10gm</i>	3	
<i>vancomycin oral soln</i>	4	
<i>vandazole</i>	2	
XIFAXAN TABS 200MG	3	[PA]

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

[LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 53.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
XIFAXAN TABS 550MG	5	[PA]
Beta-lactam, Cephalosporins		
<i>cefaclor</i>	2	
<i>cefaclor er</i>	2	
<i>cefadroxil caps & tabs</i>	2	
<i>cefazolin inj</i>	2	
<i>cefdinir</i>	2	
<i>cefepime inj</i>	2	
<i>cefixime caps</i>	3	
<i>cefixime susp</i>	4	
<i>cefoxitin sodium</i>	2	
<i>cefpodoxime tabs</i>	2	
<i>cefprozil</i>	2	
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm & 6gm</i>	2	
<i>ceftriaxone inj</i>	2	
<i>cefuroxime oral</i>	2	
<i>cefuroxime inj</i>	2	
<i>cephalexin caps & tabs 250mg & 500mg</i>	1	
<i>cephalexin oral susp</i>	1	
SUPRAX CHEWABLE TABS & ORAL SUSP 500MG/5ML	4	
<i>tazicef inj</i>	2	
TEFLARO INJ	5	
ZERBAXA INJ	5	
Beta-lactam, Penicillins		
<i>amoxicillin</i>	1	
<i>amoxicillin & clavulanate potassium</i>	2	
<i>amoxicillin & clavulanate potassium er</i>	2	
<i>ampicillin & sulbactam inj 10-5gm, 2-1gm & 1-0.5gm</i>	2	
<i>ampicillin inj</i>	2	
<i>ampicillin oral</i>	2	
BICILLIN L-A INJ	3	
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>nafcillin sodium inj</i>	4	
<i>penicillin g inj 5 million units & 20 million units</i>	2	
<i>penicillin v potassium</i>	2	
<i>piperacillin/tazobactam inj</i>	3	
ZOSYN INJ 2GM/0.25GM & 3GM/0.375GM	4	
Carbapenems		
<i>cilastatin/imipenem inj</i>	2	
<i>ertapenem inj</i>	4	
<i>meropenem inj</i>	4	
Macrolides		
<i>azithromycin tabs & oral susp</i>	2	
<i>azithromycin inj</i>	2	
<i>clarithromycin</i>	2	
<i>clarithromycin er</i>	2	
DIFICID	5	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INJ	4	
<i>erythrocin stearate</i>	3	
<i>erythromycin caps & tabs</i>	3	
<i>erythromycin dr</i>	3	
Quinolones		
<i>ciprofloxacin in d5w inj</i>	2	
<i>ciprofloxacin tabs immediate-release 250mg, 500mg & 750mg</i>	1	
<i>levofloxacin inj</i>	2	
<i>levofloxacin oral soln</i>	2	
<i>levofloxacin tabs</i>	1	
<i>moxifloxacin oral</i>	2	
<i>ofloxacin oral</i>	2	
Sulfonamides		
<i>sulfacetamide sodium topical lotion 10%</i>	2	
<i>sulfadiazine tabs</i>	4	
<i>sulfamethoxazole & trimethoprim tabs</i>	1	

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

[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 24.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>sulfamethoxazole & trimethoprim ds tabs</i>	1	
<i>sulfamethoxazole & trimethoprim oral susp</i>	2	
Tetracyclines		
<i>demeclocycline</i>	4	
<i>doxy 100 inj</i>	2	
<i>doxycycline immediate-release tabs, caps & oral susp</i>	2	
<i>minocycline ir</i>	2	
<i>tetracycline</i>	3	
ANTICONVULSANTS		
Anticonvulsants, Other		
BRIVIACT ORAL SOLN	4	
BRIVIACT TABS	5	
EPIDIOLEX	5	[PA] [LD]
EPRONTIA	4	
<i>felbamate tabs 400mg</i>	2	
<i>felbamate tabs 600mg</i>	4	
<i>felbamate oral susp 600mg/5ml</i>	5	
FINTEPLA	5	[PA] [LD]
FYCOMPA	4	
<i>levetiracetam er</i>	2	
<i>levetiracetam oral</i>	2	
NAYZILAM	4	
<i>roweepra 500mg</i>	2	
SPRITAM	4	
<i>valproic acid oral caps & soln</i>	2	
XCOPRI TABS	5	
XCOPRI MAINTENANCE PACK	5	
XCOPRI TITRATION PACK 12.5-25MG	4	
XCOPRI TITRATION PACK 50-100MG, & 150-200MG	5	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
Calcium Channel Modifying Agents		
CELONTIN	4	
<i>ethosuximide</i>	2	
Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Augmenting Agents		
<i>clobazam</i>	4	
<i>clonazepam</i>	2	
<i>clonazepam odt</i>	2	
DIACOMIT	5	[PA]
DIAZEPAM RECTAL GEL	3	
<i>divalproex sodium</i>	2	
<i>divalproex sodium dr</i>	2	
<i>divalproex sodium er</i>	2	
<i>gabapentin caps, tabs & oral soln</i>	2	
<i>phenobarbital elixir</i>	2	
<i>phenobarbital tabs</i>	2	
<i>pregabalin</i>	2	
<i>primidone</i>	2	
SYMPAZAN 5MG	4	
SYMPAZAN 10MG & 20MG	5	
<i>tiagabine tabs</i>	4	
VALTOCO	4	
<i>vigabatrin powder for oral soln & tabs</i>	5	[LD]
<i>vigadrone powder for oral soln</i>	5	[LD]
Sodium Channel Agents		
APTIOM	5	
<i>carbamazepine tabs, chewable tabs & oral susp</i>	2	
<i>carbamazepine er tabs & caps</i>	3	
DILANTIN CAPS 100MG	3	
DILANTIN CAPS 30MG	3	
DILANTIN INFATABS	3	
DILANTIN SUSP	3	
<i>epitol</i>	2	
<i>lacosamide oral</i>	4	

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

[LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 53.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>oxcarbazepine tabs</i>	2	
<i>oxcarbazepine susp</i>	4	
<i>phenytek</i>	2	
<i>phenytoin chewable tabs</i>	2	
<i>phenytoin er</i>	2	
<i>phenytoin oral susp</i>	2	
<i>rufinamide oral susp & tabs</i>	4	
TEGRETOL	3	
TEGRETOL XR	3	
TRILEPTAL	4	
<i>zonisamide</i>	2	
ANTIDEMENTIA AGENTS		
Antidementia Agents, Other		
<i>ergoloid mesylates</i>	3	[PA]
Cholinesterase Inhibitors		
<i>donepezil tabs 5mg & 10mg</i>	2	
<i>donepezil odt</i>	2	
<i>galantamine</i>	2	
<i>galantamine er</i>	2	
<i>galantamine oral soln</i>	4	
<i>rivastigmine caps</i>	3	
<i>rivastigmine patches</i>	4	
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonists		
<i>memantine hcl immediate release</i>	2	
<i>memantine hcl soln</i>	2	
<i>memantine hcl titration pack</i>	2	
ANTIDEPRESSANTS		
Antidepressants, Other		
<i>bupropion</i>	2	
<i>bupropion sr</i>	2	
<i>bupropion xl 150mg & 300mg</i>	2	
<i>bupropion xl 450mg</i>	3	
FORFIVO XL	3	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>mirtazapine</i>	1	
<i>mirtazapine odt</i>	1	
<i>nefazodone</i>	2	
<i>perphenazine & amitriptyline</i>	2	
<i>trazodone</i>	1	
TRINTELLIX	4	
Monoamine Oxidase Inhibitors		
EMSAM	5	
MARPLAN	4	
<i>phenelzine</i>	2	
<i>tranylcypromine</i>	4	
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin & Norepinephrine Reuptake Inhibitors)		
<i>citalopram tabs</i>	1	
<i>citalopram oral soln</i>	2	
DESVENLAFAXINE ER	4	
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	3	
DRIZALMA SPRINKLE	4	
<i>escitalopram</i>	2	
FETZIMA	4	
FETZIMA TITRATION PACK	4	
<i>fluoxetine hcl caps 10mg, 20mg & 40mg</i>	2	
<i>fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg</i>	2	
<i>fluoxetine hcl oral soln</i>	2	
<i>fluvoxamine</i>	2	
<i>fluvoxamine er</i>	4	
<i>paroxetine hcl immediate-release</i>	1	
<i>paroxetine hcl er</i>	2	
<i>paroxetine hcl susp</i>	4	
<i>sertraline tabs</i>	1	
<i>sertraline oral soln</i>	2	
<i>venlafaxine ir tabs</i>	2	

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

[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 24.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>venlafaxine er caps & tabs</i>	2	
<i>vilazodone</i>	3	
VIIBRYD STARTER PACK	4	
Tricyclics		
<i>amitriptyline</i>	2	
<i>amoxapine</i>	2	
<i>clomipramine</i>	4	
<i>desipramine</i>	2	
<i>doxepin caps</i>	2	
<i>doxepin oral soln</i>	2	
<i>imipramine hcl tabs</i>	2	
<i>nortriptyline oral</i>	2	
<i>protriptyline</i>	2	
<i>trimipramine maleate</i>	2	
ANTIEMETICS		
Antiemetics, Other		
<i>compro</i>	2	
<i>meclizine</i>	2	
<i>prochlorperazine oral</i>	2	
<i>prochlorperazine suppositories</i>	2	
<i>promethazine suppositories</i>	3	
<i>promethazine syrup</i>	2	
<i>promethazine tabs 12.5mg, 25mg & 50mg</i>	2	
<i>promethegan</i>	3	
<i>scopolamine patch</i>	3	
Emetogenic Therapy Adjuncts		
<i>aprepitant caps 80mg & 125mg</i>	4	[PA]
<i>aprepitant pack</i>	4	[PA]
<i>dronabinol</i>	4	[PA]
<i>granisetron oral</i>	2	[PA] [B vs D]
<i>ondansetron odt</i>	2	[PA] [B vs D]
<i>ondansetron oral soln</i>	2	[PA] [B vs D]
<i>ondansetron tabs 4mg & 8mg</i>	2	[PA] [B vs D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ANTIFUNGALS		
Antifungals		
ABELCET INJ	4	[PA] [B vs D]
AMBISOME INJ	5	[PA] [B vs D]
<i>amphotericin b inj</i>	2	[PA] [B vs D]
<i>casprofungin inj 50mg</i>	5	
<i>casprofungin inj 70mg</i>	4	
<i>clotrimazole cream 1%</i>	2	
<i>clotrimazole topical soln 1%</i>	2	
<i>clotrimazole troche</i>	2	
CRESEMBA ORAL	5	[PA]
<i>econazole nitrate</i>	4	
<i>fluconazole in sodium chloride inj</i>	2	
<i>fluconazole oral</i>	2	
<i>flucytosine</i>	5	
<i>griseofulvin microsize</i>	2	
<i>itraconazole</i>	4	
<i>ketoconazole cream, shampoo & tabs</i>	2	
NOXAFIL SUSPENSION	5	[PA]
<i>nyamyc</i>	2	
<i>nystatin</i>	2	
<i>nystop</i>	2	
<i>posaconazole dr tabs</i>	5	[PA]
<i>terbinafine</i>	2	
<i>terconazole</i>	2	
<i>voriconazole inj</i>	5	[PA]
<i>voriconazole oral suspension</i>	5	
<i>voriconazole tabs 50mg & 200mg</i>	4	
ANTIGOUT AGENTS		
Antigout Agents		
<i>allopurinol tab</i>	1	
COLCHICINE CAPS	4	
<i>colchicine tabs</i>	4	
<i>febuxostat</i>	3	

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

[LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 53.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid & colchicine</i>	2	
ANTIMIGRAINE AGENTS		
Antimigraine Agents, Other		
UBRELVY	3	[PA]
Ergot Alkaloids		
<i>caffeine-ergotamine</i>	3	
<i>dihydroergotamine mesylate nasal</i>	5	
<i>migergot suppository</i>	4	
Prophylactic		
AIMOVIG	3	[PA]
NURTEC ODT	3	[PA]
<i>topiramate immediate-release</i>	2	
Serotonin (5-HT) Receptor Agonist		
<i>naratriptan</i>	2	
<i>rizatriptan</i>	2	
<i>rizatriptan odt</i>	2	
<i>sumatriptan nasal</i>	4	
<i>sumatriptan succinate inj</i>	4	
<i>sumatriptan succinate tabs</i>	2	
<i>zolmitriptan nasal soln 5mg</i>	4	
<i>zolmitriptan tabs</i>	3	
<i>zolmitriptan odt</i>	3	
ZOMIG NASAL 2.5MG	4	
ANTIMYASTHENIC AGENTS		
Parasympathomimetics		
<i>pyridostigmine soln</i>	4	
<i>pyridostigmine tabs 60mg</i>	3	
<i>pyridostigmine er tabs 180mg</i>	4	
ANTIMYCOBACTERIALS		
Antimycobacterials, Other		
<i>dapsone tabs</i>	3	
<i>rifabutin</i>	4	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
Antituberculars		
<i>ethambutol</i>	2	
<i>isoniazid oral</i>	2	
PASER	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide</i>	2	
<i>rifampin oral</i>	2	
<i>rifampin inj</i>	2	
SIRTURO	5	
TRECTOR	4	
ANTINEOPLASTICS		
Alkylating Agents		
<i>cyclophosphamide caps & tabs</i>	3	[PA] [B vs D]
LEUKERAN	4	
MATULANE	5	
VALCHLOR	5	[PA]
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate</i>	5	[PA]
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA	5	[PA]
NUBEQA	5	[PA] [LD]
<i>nilutamide</i>	5	
XTANDI	5	[PA]
YONSA	5	[PA]
Antiangiogenic Agents		
FOTIVDA	5	[PA] [LD]
<i>lenalidomide</i>	5	[PA] [LD]
POMALYST	5	[PA] [LD]
QINLOCK	5	[PA] [LD]
REVLIMID CAPS 2.5MG & 20MG	5	[PA] [LD]
TABRECTA	5	[PA]
THALOMID	5	[PA]
Antiestrogens/Modifiers		
EMCYT	3	
SOLTAMOX	3	
<i>tamoxifen</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	5	

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

[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 24.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
Antimetabolites		
<i>hydroxyurea</i>	2	
<i>mercaptopurine</i>	2	
PURIXAN	5	
TABLOID	4	
Antineoplastics, Other		
BESREMI	5	[PA] [LD]
GAVRETO	5	[PA] [LD]
IDHIFA	5	[PA] [LD]
INREBIC	5	[PA] [LD]
LONSURF	5	[PA]
LUMAKRAS	5	[PA]
NINLARO	5	[PA]
ONUREG	5	[PA]
PEMAZYRE	5	[PA] [LD]
RETEVMO	5	[PA] [LD]
ROZLYTREK	5	[PA]
SYNRIBO INJ	5	[PA]
TAZVERIK	5	[PA] [LD]
TRUSELTIQ	5	[PA] [LD]
TUKYSA	5	[PA] [LD]
VONJO	5	[PA]
XPOVIO	5	[PA] [LD]
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
<i>anastrozole</i>	2	
<i>exemestane</i>	3	
<i>letrozole</i>	2	
Enzyme Inhibitors		
BALVERSA	5	[PA]
ZOLINZA	5	[PA]
Molecular Target Inhibitors		
ALECENSA	5	[PA]
ALUNBRIG	5	[PA]
ALUNBRIG INITIATION PACK	5	[PA]
AYVAKIT	5	[PA] [LD]
BOSULIF TABS	5	[PA]
BRAFTOVI	5	[PA] [LD]
BRUKINSA	5	[PA] [LD]
CABOMETYX	5	[PA]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
CALQUENCE	5	[PA] [LD]
CAPRELSA	5	[PA]
COMETRIQ	5	[PA]
COPIKTRA	5	[PA] [LD]
COTELLIC	5	[PA]
DAURISMO	5	[PA]
ERIVEDGE	5	[PA]
<i>erlotinib</i>	5	[PA]
<i>everolimus tabs 2.5mg, 5mg, 7.5mg & 10mg</i>	5	[PA]
<i>everolimus tabs for suspension 2mg, 3mg & 5mg</i>	5	[PA]
EXKIVITY	5	[PA] [LD]
GILOTRIF	5	[PA]
KISQALI	5	[PA]
KISQALI FEMARA CO- PACK	5	[PA]
IBRANCE	5	[PA]
ICLUSIG	5	[PA]
<i>imatinib</i>	5	[PA]
IMBRUVICA	5	[PA]
INLYTA	5	[PA]
INQOVI	5	[PA]
IRESSA	5	[PA]
JAKAFI	5	[PA]
<i>lapatinib</i>	5	[PA]
LENVIMA	5	[PA]
LORBRENA	5	[PA]
LYNPARZA	5	[PA]
MEKINIST	5	[PA]
MEKTOVI	5	[PA] [LD]
NERLYNX	5	[PA] [LD]
ODOMZO	5	[PA]
PIQRAY	5	[PA]
RUBRACA	5	[PA] [LD]
RYDAPT	5	[PA]
SCEMBLIX	5	[PA]
<i>sorafenib</i>	5	[PA]
SPRYCEL	5	[PA]

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

[LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 53.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
STIVARGA	5	[PA]
<i>sunitinib malate</i>	5	[PA]
TAFINLAR	5	[PA]
TAGRISSE	5	[PA]
TALZENNA	5	[PA]
TASIGNA	5	[PA]
TEPMETKO	5	[PA] [LD]
TIBSOVO	5	[PA]
TURALIO	5	[PA] [LD]
VENCLEXTA TABS 10MG & 50MG	3	[PA]
VENCLEXTA TABS 100MG	5	[PA]
VENCLEXTA STARTING PACK	5	[PA]
VERZENIO	5	[PA] [LD]
VITRAKVI	5	[PA] [LD]
VIZIMPRO	5	[PA]
VOTRIENT	5	[PA]
WELIREG	5	[PA] [LD]
XALKORI	5	[PA]
XOSPATA	5	[PA] [LD]
ZEJULA	5	[PA] [LD]
ZELBORAF	5	[PA]
ZYDELIG	5	[PA]
ZYKADIA TABS	5	[PA]
Retinoids		
<i>bexarotene</i>	5	[PA]
PANRETIN	5	
<i>tretinoin caps</i>	5	
Treatment Adjuncts		
<i>leucovorin oral</i>	2	
MESNEX TABS	4	
ANTIPARASITICS		
Anthelmintics		
<i>albendazole</i>	4	
<i>ivermectin tabs</i>	2	
Antiprotozoals		
<i>atovaquone</i>	5	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>atovaquone/proguanil</i>	2	
<i>chloroquine</i>	2	
COARTEM	3	
<i>hydroxychloroquine tab 200mg</i>	2	
<i>mefloquine</i>	2	
NEBUPENT NEBULIZER	4	[PA] [B vs D]
<i>nitazoxanide tabs</i>	5	
<i>pentamidine inhalation soln</i>	3	[PA] [B vs D]
<i>pentamidine inj</i>	4	
PRIMAQUINE	3	
<i>pyrimethamine</i>	5	[PA]
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	3	[PA]
ANTIPARKINSON AGENTS		
Anticholinergics		
<i>benztropine tabs</i>	2	
<i>trihexyphenidyl tabs</i>	2	
<i>trihexyphenidyl elixir</i>	2	
Antiparkinson Agents, Other		
<i>amantadine</i>	2	
<i>carbidopa & levodopa & entacapone</i>	4	
<i>entacapone</i>	4	
Dopamine Agonists		
<i>apomorphine hydrochloride inj</i>	5	[PA]
<i>bromocriptine</i>	2	
NEUPRO PATCH	4	
<i>pramipexole ir</i>	2	
<i>ropinirole ir</i>	2	
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
<i>carbidopa</i>	4	
<i>carbidopa & levodopa</i>	2	
<i>carbidopa & levodopa er</i>	2	
<i>carbidopa & levodopa odt</i>	2	

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 24.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors		
<i>rasagiline</i>	4	
<i>selegiline</i>	2	
ANTIPSYCHOTICS		
1st Generation/Typical		
<i>chlorpromazine oral</i>	4	
<i>fluphenazine oral</i>	2	
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	2	
<i>fluphenazine inj</i>	2	
<i>haloperidol oral</i>	2	
<i>haloperidol decanoate inj</i>	2	
<i>haloperidol lactate inj</i>	2	
<i>loxapine</i>	2	
<i>molindone</i>	2	
<i>perphenazine</i>	2	
<i>pimozide</i>	2	
<i>thioridazine</i>	2	
<i>thiothixene</i>	2	
<i>trifluoperazine</i>	2	
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY MAINTENA	5	
<i>aripiprazole odt</i>	5	
<i>aripiprazole soln 1mg/ml</i>	3	
<i>aripiprazole tabs</i>	3	
ARISTADA INJ	5	
ARISTADA INITIO INJ	4	
<i>asenapine maleate sublingual</i>	4	
CAPLYTA	5	
FANAPT	4	
FANAPT TITRATION PACK	4	
INVEGA HAFYERA	5	
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG	4	
INVEGA SUSTENNA INJ 78MG, 117MG, 156MG & 234MG	5	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
INVEGA TRINZA INJ	5	
LATUDA	5	
LYBALVI	5	[PA]
NUPLAZID	5	[PA]
<i>olanzapine tabs</i>	2	
<i>olanzapine odt</i>	2	
<i>olanzapine inj 10mg</i>	2	
<i>paliperidone er tabs</i>	4	
PERSERIS	5	
<i>quetiapine</i>	2	
<i>quetiapine er tabs</i>	3	
REXULTI	5	
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG & 25MG	4	
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG & 50MG	5	
<i>risperidone</i>	2	
<i>risperidone odt</i>	2	
SECUADO	5	[PA]
SEROQUEL XR	4	
VRAYLAR CAPSULES	5	
VRAYLAR DOSE PACK	4	
<i>ziprasidone inj</i>	3	
<i>ziprasidone oral</i>	2	
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	4	
Treatment-Resistant		
<i>clozapine</i>	2	
<i>clozapine odt</i>	4	
VERSACLOZ	5	
ANTISPASTICITY AGENTS		
Antispasticity Agents		
<i>baclofen</i>	2	
<i>tizanidine caps</i>	3	
<i>tizanidine tabs</i>	2	
ANTIVIRALS		
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
PREVYMIS	5	[PA]
<i>valganciclovir soln & tabs</i>	3	

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

[LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 53.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
<i>adefovir dipivoxil</i>	5	
BARACLUDE ORAL SOLN 0.05MG/ML	4	
<i>entecavir tabs</i>	4	
EPIVIR HBV SOLN 5MG/ML	4	
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	2	
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
EPCLUSA	5	[PA]
HARVONI	5	[PA]
LEDIPASVIR/ SOFOSBUVIR	5	[PA]
<i>ribavirin</i>	3	
SOFOSBUVIR/ VELPATASVIR	5	[PA]
VOSEVI	5	[PA]
Antitherpetic Agents		
<i>acyclovir caps & tabs</i>	2	
<i>acyclovir inj</i>	2	[PA] [B vs D]
<i>acyclovir oral susp</i>	4	
<i>famciclovir</i>	2	
<i>valacyclovir</i>	2	
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)		
BIKTARVY	5	
DOVATO	5	
GENVOYA	5	
ISENTRESS CHEW TABS 25MG	3	
ISENTRESS 100MG CHEW TABS	5	
ISENTRESS ORAL POWDER	5	
ISENTRESS TABS	5	
ISENTRESS HD TABS	5	
JULUCA	5	
STRIBILD	5	
TIVICAY TAB 10MG	4	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
TIVICAY TABS 25MG & 50MG	5	
TIVICAY PD	4	
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)		
COMPLERA	5	
DELSTRIGO	5	
EDURANT	5	
<i>efavirenz caps & tabs</i>	4	
<i>efavirenz & emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs 600mg-200mg-300mg</i>	5	
<i>efavirenz & lamivudine & tenofovir disoproxil fumarate tabs 400mg-300mg-300mg & 600mg-300mg-300mg</i>	5	
<i>etravirine tabs 100mg</i>	4	
<i>etravirine tabs 200mg</i>	5	
INTELENCE TAB 25MG	4	
<i>nevirapine er</i>	2	
<i>nevirapine susp & tabs</i>	2	
ODEFSEY	5	
PIFELTRO	5	
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)		
<i>abacavir soln</i>	4	
<i>abacavir tabs</i>	4	
<i>abacavir & lamivudine</i>	4	
CIMDUO	5	
DESCOVY	5	
<i>emtricitabine caps 200mg</i>	4	
<i>emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs</i>	5	
EMTRIVA SOLN	4	
<i>lamivudine tabs 150mg & 300mg</i>	2	
<i>lamivudine soln</i>	2	
<i>lamivudine & zidovudine</i>	2	

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

[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 24.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>tenofovir disoproxil fumarate tabs 300mg</i>	4	
TRIUMEQ	5	
TRIUMEQ PD	5	
TRIZIVIR	5	
VIREAD TABS 150MG, 200MG & 250MG	5	
VIREAD POWDER	4	
<i>zidovudine</i>	2	
Anti-HIV Agents, Other		
FUZEON INJ	3	
<i>maraviroc</i>	5	
RUKOBIA	5	
SELZENTRY SOLN	3	
SELZENTRY 25MG & 75MG	3	
TYBOST	3	
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)		
APTIVUS CAPS	5	
<i>atazanavir sulfate caps</i>	4	
EVOTAZ	5	
<i>fosamprenavir tabs</i>	5	
LEXIVA ORAL SUSP	4	
<i>lopinavir & ritonavir</i>	4	
NORVIR PACK & SOLN	3	
PREZCOBIX	5	
PREZISTA SUSP 100MG/ML	4	
PREZISTA TABS 75MG & 150MG	4	
PREZISTA TABS 600MG & 800MG	5	
REYATAZ ORAL POWDER	5	
<i>ritonavir tabs</i>	3	
SYMTUZA	5	
VIRACEPT	5	
Anti-influenza Agents		
<i>oseltamivir caps</i>	2	
<i>oseltamivir susp</i>	3	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
RELENZA DISKHALER	3	
<i>rimantadine</i>	2	
XOFLUZA	4	
ANXIOLYTICS		
Anxiolytics, Other		
<i>bupirone</i>	2	
<i>meprobamate</i>	4	
Benzodiazepines		
<i>alprazolam tabs</i>	2	
<i>alprazolam er tabs</i>	2	
<i>alprazolam intensol</i>	2	
<i>clorazepate</i>	2	
<i>diazepam tabs & soln</i>	2	
<i>lorazepam tabs</i>	2	
<i>lorazepam oral soln</i>	2	
<i>oxazepam</i>	3	
BIPOLAR AGENTS		
Mood Stabilizers		
<i>lithium carbonate</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lamotrigine chewable tabs</i>	2	
<i>lamotrigine immediate-release tabs</i>	2	
<i>lamotrigine starter kit</i>	4	
<i>lamotrigine titration kit</i>	4	
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
Antidiabetic Agents		
<i>acarbose</i>	2	
BYDUREON BCISE INJ	3	
BYETTA INJ	3	
CYCLOSET	3	
FARXIGA	3	
<i>glimepiride</i>	1	
<i>glimepiride & pioglitazone</i>	2	
<i>glipizide</i>	1	
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide & metformin tabs</i>	1	
GLYXAMBI	3	
JANUMET	3	
JANUMET XR	3	

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

[LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 53.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
JANUVIA	3	
JARDIANCE	3	
JENTADUETO	3	
JENTADUETO XR	3	
<i>metformin tabs</i>	1	
<i>metformin er uncoated tabs 500mg & 750mg</i>	1	
MOUNJARO	3	
<i>nateglinide</i>	2	
OZEMPIC	3	
<i>pioglitazone</i>	1	
<i>pioglitazone & metformin</i>	2	
<i>repaglinide</i>	2	
RYBELSUS	3	
SYMLINPEN INJ	5	
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
TRADJENTA	3	
TRIJARDY XR	3	
TRULICITY INJ	3	
VICTOZA INJ	3	
XIGDUO XR	3	
Glycemic Agents		
BAQSIMI	3	
<i>diazoxide</i>	4	
GLUCAGEN HYPOKIT	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT INJ	3	
GVOKE	3	
ZEGALOGUE	3	
Insulins		
HUMALOG CARTRIDGE INJ	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ	3	
HUMALOG KWIKPEN INJ	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ	3	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ	3	
HUMALOG MIX 50/50 VIAL INJ	3	
HUMALOG MIX 75/25 VIAL INJ	3	
HUMALOG VIAL INJ	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ	3	
HUMULIN 70/30 VIAL INJ	3	
HUMULIN N KWIKPEN INJ	3	
HUMULIN N VIAL INJ	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) KWIKPEN INJ	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) VIAL INJ	3	
HUMULIN R VIAL INJ	3	
LANTUS SOLOSTAR PEN INJ	3	
LANTUS VIAL INJ	3	
LYUMJEV INJ	3	
LYUMJEV KWIKPEN	3	
SOLIQUA	3	
TOUJEO SOLOSTAR	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
Anticoagulants		
ELIQUIS	3	
ELIQUIS STARTER PACK	3	
<i>enoxaparin inj syringe 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml 100mg/ml, 120mg/0.8ml & 150mg/ml</i>	4	

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

[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 24.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>fondaparinux inj 2.5mg/0.5ml & 5mg/0.4ml</i>	4	
<i>fondaparinux inj 7.5mg/0.6ml & 10mg/0.8ml</i>	5	
<i>heparin inj vials 1000u/ml, 5000u/ml, 10000u/ml & 20000u/ml</i>	2	[PA] [B vs D]
<i>jantoven</i>	1	
PRADAXA	4	
<i>warfarin</i>	1	
XARELTO ORAL SUSP & TABS	3	
XARELTO STARTER PACK	3	
Blood Products and Modifiers, Other		
<i>anagrelide</i>	2	
LEUKINE INJ	5	[PA]
NIVESTYM	5	[PA]
PROCRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML & 10000UNIT/ML	3	[PA]
PROCRIT INJ 20000UNIT/ML & 40000UNIT/ML	5	[PA]
PROMACTA	5	[PA] [LD]
RETACRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML, 10000UNIT /ML, 20000UNIT/2ML & 20000UNIT/ML	3	[PA]
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	5	[PA]
UDENYCA	5	[PA]
ZARXIO	5	[PA]
Hemostasis Agents		
<i>tranexamic acid tabs</i>	3	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
Platelet Modifying Agents		
BRILINTA	3	
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel tabs 75mg</i>	1	
<i>dipyridamole er & aspirin</i>	3	
<i>dipyridamole oral</i>	2	
<i>prasugrel</i>	2	
CARDIOVASCULAR AGENTS		
Alpha-adrenergic Agonists		
<i>clonidine patches</i>	4	
<i>clonidine tabs immediate-release</i>	1	
<i>droxidopa</i>	5	[PA]
<i>guanfacine ir</i>	2	
<i>midodrine tabs</i>	3	
Alpha-adrenergic Blocking Agents		
<i>doxazosin</i>	2	
<i>prazosin</i>	2	
<i>terazosin</i>	1	
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
<i>benazepril</i>	1	
<i>captopril</i>	1	
<i>enalapril tabs</i>	1	
<i>fosinopril</i>	1	
<i>lisinopril</i>	1	
<i>moexipril</i>	1	
<i>perindopril</i>	1	
<i>quinapril</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
Angiotensin II Receptor Antagonists		
<i>candesartan</i>	2	
<i>irbesartan</i>	1	
<i>losartan</i>	1	
<i>olmesartan</i>	2	
<i>telmisartan</i>	2	
<i>valsartan tabs</i>	1	

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

[LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 53.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
Antiarrhythmics		
<i>amiodarone tabs</i>	2	
<i>disopyramide phosphate</i>	4	
<i>dofetilide</i>	4	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine</i>	2	
MULTAQ	3	
<i>pacerone tabs</i>	2	
<i>propafenone</i>	2	
<i>quinidine gluconate cr</i>	4	
<i>quinidine sulfate</i>	2	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol tabs</i>	2	
Beta-adrenergic Blocking Agents		
<i>acebutolol</i>	2	
<i>atenolol</i>	1	
<i>bisoprolol</i>	2	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>carvedilol phosphate er</i>	4	
<i>labetalol oral</i>	2	
<i>metoprolol succinate er</i>	2	
<i>metoprolol tartrate tabs 25mg, 50mg & 100mg</i>	1	
<i>nadolol</i>	2	
<i>nebivolol hcl</i>	2	
<i>pindolol</i>	2	
<i>propranolol ir tabs</i>	1	
<i>propranolol er caps</i>	2	
<i>propranolol oral soln</i>	2	
<i>timolol oral</i>	1	
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
<i>amlodipine</i>	1	
<i>isradipine</i>	2	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>nicardipine caps</i>	2	
<i>nifedipine caps</i>	2	
<i>nifedipine er</i>	2	
<i>nimodipine caps</i>	4	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>nisoldipine er</i>	4	
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
<i>cartia xt</i>	2	
<i>diltiazem tabs</i>	2	
<i>diltiazem er caps</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>taztia xt</i>	2	
<i>tiadylt er</i>	2	
<i>verapamil ir</i>	1	
<i>verapamil er</i>	2	
<i>verapamil sr</i>	2	
Cardiovascular Agents, Other		
<i>aliskiren</i>	3	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>amlodipine & atorvastatin</i>	2	
<i>amlodipine & benazepril</i>	1	
<i>atenolol & chlorthalidone</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide</i>	2	
CORLANOR	4	
<i>digitek</i>	2	
<i>digox</i>	2	
<i>digoxin oral soln</i>	2	
<i>digoxin tabs 125mcg & 250mcg</i>	2	
<i>digoxin tab 62.5mcg</i>	3	
<i>enalapril & hydrochlorothiazide</i>	1	
ENTRESTO	3	
<i>fosinopril & hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>irbesartan hct</i>	1	
KERENDIA	3	
LANOXIN ORAL	3	

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

[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 24.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan hct</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>metyrosine caps</i>	5	[PA]
<i>olmesartan & amlodipine</i>	2	
<i>olmesartan hct</i>	2	
<i>olmesartan medoxomil & amlodipine & hydrochlorothiazide tabs</i>	2	
<i>pentoxifylline er</i>	2	
<i>quinapril & hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ranolazine er</i>	4	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>valsartan & amlodipine</i>	1	
<i>valsartan hct</i>	1	
Diuretics, Loop		
<i>bumetanide inj</i>	2	
<i>bumetanide tabs</i>	2	
<i>furosemide oral</i>	1	
<i>furosemide inj</i>	2	
<i>toremide oral</i>	2	
Diuretics, Potassium-sparing		
<i>amiloride</i>	2	
<i>eplerenone</i>	3	
<i>spironolactone</i>	1	
Diuretics, Thiazide		
<i>chlorthalidone</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>indapamide</i>	1	
<i>metolazone</i>	2	
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
<i>fenofibrate caps 43mg & 130mg</i>	2	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>fenofibrate micronized caps 67mg, 134mg & 200mg</i>	2	
<i>fenofibrate tabs 48mg, 54mg, 145mg & 160mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr caps</i>	3	
<i>gemfibrozil</i>	2	
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors		
<i>atorvastatin</i>	1	
<i>lovastatin</i>	1	
<i>pravastatin</i>	1	
<i>rosuvastatin</i>	1	
<i>simvastatin</i>	1	
Dyslipidemics, Other		
<i>cholestyramine</i>	2	
<i>cholestyramine light</i>	2	
<i>colesevelam</i>	4	
<i>colestipol pack</i>	2	
<i>colestipol tabs</i>	2	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe & simvastatin</i>	3	
<i>icosapent ethyl</i>	4	[PA]
JUXTAPID	5	[PA] [LD]
<i>niacin er tabs</i>	3	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	2	
<i>prevalite</i>	2	
REPATHA INJ	3	
VASCEPA CAPS	4	[PA]
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
<i>hydralazine oral</i>	2	
<i>minoxidil</i>	2	
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
<i>isosorbide dinitrate tabs 5mg, 10mg, 20mg & 30mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	2	
<i>nitro-bid oint</i>	2	
NITRO-DUR PATCHES 0.3MG/HR & 0.8MG/HR	3	

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

[LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 53.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>nitroglycerin lingual</i>	2	
<i>nitroglycerin patches</i>	2	
<i>nitroglycerin sublingual</i>	2	
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines		
<i>amphetamine & dextroamphetamine tabs</i>	2	[QL]
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 5mg & 10mg</i>	3	[QL]
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	4	[QL]
<i>zenzedi tabs 5mg & 10mg</i>	3	[QL]
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>atomoxetine</i>	3	
<i>clonidine er</i>	2	
<i>dexmethylphenidate ir tabs</i>	2	
<i>methylphenidate er tabs 10mg & 20mg</i>	3	
<i>methylphenidate ir tabs 5mg, 10mg & 20mg</i>	2	
Central Nervous System, Other		
AUSTEDO	5	[PA]
NUDEXTA	5	[PA]
<i>riluzole</i>	3	
<i>tetrabenazine</i>	5	[PA]
Fibromyalgia Agents		
<i>duloxetine hcl</i>	2	
SAVELLA	3	
SAVELLA TITRATION PACK	3	
Multiple Sclerosis Agents		
AUBAGIO	5	[PA]
AVONEX INJ	5	[PA]
AVONEX PEN INJ	5	[PA]
BETASERON INJ	5	[PA]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
COPAXONE INJ 40MG/ML	5	[PA]
<i>dalfampridine er</i>	3	[PA]
<i>dimethyl fumarate caps</i>	5	[PA]
<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	5	[PA]
GILENYA	5	[PA]
<i>glatiramer acetate inj</i>	5	[PA]
<i>glatopa inj</i>	5	[PA]
PLEGRIDY INJ	5	[PA]
REBIF INJ	5	[PA]
REBIF REBIDOSE INJ	5	[PA]
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK INJ	5	[PA]
REBIF TITRATION PACK INJ	5	[PA]
VUMERITY	5	[PA]
DENTAL AND ORAL AGENTS		
Dental and Oral Agents		
<i>cevimeline</i>	3	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	2	
<i>lidocaine viscous soln</i>	2	
<i>periogard</i>	2	
<i>pilocarpine tabs</i>	3	
<i>triamcinolone dental paste</i>	2	
DERMATOLOGICAL AGENTS		
Acne and Rosacea Agents		
<i>acitretin</i>	4	[PA]
<i>accutane</i>	4	
<i>adapalene cream 0.1%</i>	4	
<i>adapalene gel 0.3%</i>	4	
ALTRENO	3	[PA]
<i>amnestem caps</i>	4	
<i>claravis</i>	4	
<i>clindamycin & benzoyl peroxide gel 5%-1% & 5%-1.2%</i>	3	
<i>isotretinoin caps 10mg, 20mg, 30mg & 40mg</i>	4	

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

[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 24.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>myorisan</i>	4	
<i>tazarotene cream</i>	4	
TAZORAC CREAM 0.05%	4	
TAZORAC GEL	4	[QL]
<i>tretinoin cream & gel</i>	3	[PA]
<i>zenatane</i>	4	
Dermatitis and Pruritus Agents		
<i>alclometasone dipropionate</i>	2	
<i>ammonium lactate topical</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	2	
<i>betamethasone valerate cream, oint & lotion</i>	2	
CAPEX SHAMPOO	4	
<i>clobetasol propionate cream, foam, gel, oint & soln</i>	4	
<i>clobetasol propionate emollient</i>	4	
<i>desonide lotion, oint & cream</i>	3	[QL]
<i>desoximetasone topical cream, gel & oint 0.05%</i>	4	[QL]
<i>desoximetasone topical cream & oint 0.25%</i>	3	[QL]
<i>diflorasone diacetate</i>	4	[QL]
<i>fluocinolone acetonide cream, oint, soln</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide scalp oil</i>	3	
<i>fluocinonide cream 0.05%, gel & oint</i>	2	[QL]
<i>fluocinonide emulsified base cream</i>	2	[QL]
<i>fluocinonide soln</i>	2	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>fluticasone propionate cream & oint</i>	2	
<i>halobetasol propionate cream & ointment</i>	2	
<i>hydrocortisone cream, lotion & oint 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone butyrate cream, oint & soln</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate</i>	2	
<i>mometasone cream, oint & soln</i>	2	
<i>pimecrolimus</i>	4	[QL]
<i>prednicarbate</i>	2	
<i>selenium sulfide lotion</i>	2	
<i>tacrolimus oint</i>	4	[QL]
<i>triamcinolone acetonide topical cream & lotion</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide topical oint 0.025%, 0.1% & 0.5%</i>	2	
<i>triderm cream 0.1%</i>	2	
Dermatological Agents, Other		
<i>calcipotriene cream & oint</i>	4	[QL]
<i>calcipotriene soln</i>	3	
<i>clotrimazole & betamethasone</i>	2	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	3	
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	4	[PA]
FLUOROURACIL CREAM 0.5%	5	
<i>fluorouracil topical 2% and 5%</i>	3	
<i>imiquimod cream 3.75%</i>	5	
<i>imiquimod cream 5%</i>	3	
<i>methoxsalen</i>	5	
<i>nystatin & triamcinolone</i>	3	
<i>podofilox</i>	2	
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
REGANEX	5	[QL]
SANTYL	3	[QL]
<i>ssd</i>	2	

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

[LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 53.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
Pediculicides/Scabicides		
<i>malathion</i>	4	
<i>permethrin cream</i>	2	
Topical Anti-infectives		
<i>acyclovir cream & oint 5%</i>	4	[QL]
<i>ciclopirox cream & susp</i>	2	
<i>ciclopirox nail soln 8%</i>	2	
<i>ciclopirox gel & shampoo</i>	2	
<i>clindamycin topical gel, lotion, soln & swab</i>	2	
DENAVIR	5	
<i>erythromycin topical gel & soln</i>	2	
<i>mupirocin ointment</i>	2	
<i>mupirocin cream</i>	4	[QL]
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS		
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
<i>deferasirox granule pack</i>	5	[PA]
<i>deferasirox tabs 90mg</i>	4	[PA]
<i>deferasirox tabs 180mg & 360mg</i>	5	[PA]
<i>deferasirox tabs for soln</i>	5	[PA]
<i>deferiprone</i>	5	[PA]
FERRIPROX SOLN	5	[PA]
FERRIPROX TAB 1000MG	5	[PA]
INTRALIPID INJ	4	[PA] [B vs D]
<i>penicillamine tabs</i>	5	
<i>trientine</i>	5	
Electrolyte/Mineral Replacement		
<i>carglumic acid</i>	5	[PA]
CLINISOL SF INJ	4	[PA] [B vs D]
<i>dextrose inj</i>	2	
<i>dextrose (10%, 5% or 2.5%) & sodium chloride inj</i>	2	
<i>klor-con pack</i>	4	
<i>klor-con tabs</i>	2	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>magnesium sulfate inj</i>	2	
<i>plenamine inj</i>	2	[PA] [B vs D]
<i>potassium chloride oral soln</i>	4	
<i>potassium chloride inj</i>	2	
<i>potassium chloride pack 20meq</i>	4	
<i>potassium chloride er & cr</i>	2	
<i>potassium chloride & dextrose 20mEq/5% inj</i>	2	
<i>potassium chloride & dextrose & lactated ringers inj</i>	2	
<i>potassium chloride & dextrose & sodium chloride inj 30mEq/5%/0.45%</i>	2	
<i>potassium citrate er</i>	2	
PROSOL INJ	4	[PA] [B vs D]
<i>sodium chloride inj</i>	2	
TPN ELECTROLYTES INJ	3	
TRAVASOL INJ	4	[PA] [B vs D]
Phosphate Binders		
AURYXIA	5	[PA]
<i>calcium acetate</i>	2	
<i>lanthanum carbonate</i>	5	
<i>sevelamer carbonate powder</i>	5	
<i>sevelamer carbonate tabs</i>	4	
Potassium Binders		
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	2	
<i>sps suspension</i>	2	
VELTASSA	3	[PA]
Vitamins		
<i>prenatal multi-vitamin</i>	2	
GASTROINTESTINAL AGENTS		
Anti-Constipation Agents		
AMITIZA	3	

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

[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 24.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>constulose soln</i>	2	
<i>enulose</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>lactulose soln 10g/15ml</i>	2	
LINZESS	3	
LUBIPROSTONE	3	
MOVANTIK	3	
OSMOPREP	3	
RELISTOR INJ	5	[PA]
RELISTOR TABS	5	[PA]
SUPREP BOWEL PREP	3	
Anti-Diarrheal Agents		
<i>alose tron hcl tabs</i>	5	[PA]
<i>diphenoxylate & atropine</i>	2	
<i>loperamide caps 2mg</i>	2	
XERMELO	5	[PA]
Antispasmodics, Gastrointestinal		
<i>dicyclomine oral</i>	2	
<i>glycopyrrolate tabs 1mg & 2mg</i>	2	
Gastrointestinal Agents, Other		
<i>cromolyn sodium oral</i>	4	
GATTEX INJ	5	[PA]
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>metoclopramide oral tablets & soln</i>	2	
<i>peg 3350 & electrolytes</i>	2	
<i>peg 3350 & sodium chloride & sodium bicarbonate & potassium chloride</i>	2	
<i>peg 3350 & sodium sulfate & sodium chloride & potassium chloride & sodium ascorbate & ascorbic</i>	3	
PLENVU	3	
RECTIV	4	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ursodiol cap 300mg & tabs 250mg & 500mg</i>	3	
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists		
<i>cimetidine oral</i>	2	
<i>famotidine tabs</i>	1	
Protectants		
<i>misoprostol</i>	2	
<i>sucralfate tabs</i>	2	
Proton Pump Inhibitors		
<i>esomeprazole magnesium dr caps</i>	3	
<i>lansoprazole dr caps</i>	2	
<i>omeprazole caps</i>	1	
<i>pantoprazole tabs</i>	1	
<i>rabeprazole sodium</i>	3	
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
<i>betaine anhydrous</i>	5	
CERDELGA	5	[PA]
CREON DR	3	
CYSTAGON	3	
<i>miglustat</i>	5	[PA] [LD]
<i>nitisinone</i>	5	[PA]
ORFADIN CAPS 20MG	5	[PA] [LD]
ORFADIN SUSP	5	[PA] [LD]
RAVICTI	5	
<i>sapropterin</i>	5	
<i>sodium phenylbutyrate powder & tabs</i>	5	
SUCRAID	5	
GENITOURINARY AGENTS		
Antispasmodics, Urinary		
<i>flavoxate</i>	2	
<i>fesoterodine fumarate er</i>	3	
GEMTESA	4	
GELNIQUE	3	
MYRBETRIQ	3	

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

[LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 53.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>oxybutynin</i>	2	
<i>oxybutynin er</i>	2	
OXYTROL	4	
<i>solifenacin succinate</i>	3	
<i>tolterodine tartrate er</i>	2	
<i>tropium</i>	2	
<i>tropium er</i>	2	
Benign Prostatic Hypertrophy Agents		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	
<i>dutasteride</i>	3	
<i>dutasteride & tamsulosin</i>	3	
<i>finasteride tabs 5mg</i>	1	
<i>tamsulosin</i>	1	
Genitourinary Agents, Other		
<i>bethanechol</i>	2	
ELMIRON	4	
THIOLA EC	5	
<i>tiopronin</i>	5	
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (ADRENAL)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
<i>dexamethasone dose pack</i>	2	
<i>dexamethasone elixir</i>	2	
<i>dexamethasone tabs</i>	2	
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	
HEMADY	4	
<i>hydrocortisone oral</i>	2	
MEDROL TABS	4	[PA] [B vs D]
<i>methylprednisolone dose pack</i>	2	
<i>methylprednisolone oral</i>	2	[PA] [B vs D]
MILLIPRED	4	[PA] [B vs D]
ORAPRED ODT	4	[PA] [B vs D]
<i>prednisolone oral soln</i>	2	[PA] [B vs D]
<i>prednisolone odt</i>	4	[PA] [B vs D]
<i>prednisone tab pack</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (PITUITARY)		
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Pituitary)		
<i>desmopressin acetate nasal</i>	4	
<i>desmopressin acetate oral</i>	2	
GENOTROPIN INJ	5	[PA]
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG, 0.4MG, 0.6MG & 0.8MG	4	[PA]
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 1MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG & 2MG	5	[PA]
HUMATROPE INJ CARTRIDGE 6MG	4	[PA]
HUMATROPE INJ CARTRIDGE 12MG & 24MG	5	[PA]
INCRELEX INJ	5	[PA]
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (SEX HORMONES/ MODIFIERS)		
Anabolic Steroids		
<i>oxandrolone tab 2.5mg</i>	3	
<i>oxandrolone tab 10mg</i>	4	
Androgens		
<i>danazol</i>	3	
<i>testosterone cypionate inj</i>	2	
<i>testosterone enanthate inj</i>	2	
<i>testosterone gel 1% & 1.62%</i>	3	
<i>testosterone gel 25mg/2.5g, 20.25mg/1.25g, 40.5mg/2.5g & 50mg/5g</i>	3	
Estrogens		
<i>altavera</i>	2	

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

[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 24.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>alyacen 1/35</i>	2	
<i>amabelz</i>	3	
<i>apri</i>	2	
<i>aranelle</i>	2	
<i>aubra eq</i>	2	
<i>aviane</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2	
<i>briellyn</i>	2	
<i>caziant</i>	2	
<i>cyred eq</i>	2	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol</i>	2	
<i>dotti</i>	3	
<i>drospirenone & ethinyl estradiol 3mg/0.02mg</i>	2	
<i>emoquette</i>	2	
<i>enpresse-28</i>	2	
<i>enskyce</i>	2	
<i>estarylla</i>	2	
<i>estradiol oral</i>	2	
<i>estradiol patches</i>	3	
<i>estradiol vaginal cream</i>	3	
<i>estradiol vaginal tabs</i>	3	
<i>estradiol & norethindrone acetate 0.5mg/0.1mg & 1mg/0.5mg</i>	3	
<i>ethinyl estradiol & norethindrone acetate 5mcg/1mg & 2.5mcg-0.5mg</i>	3	
<i>ethinyl estradiol & ethynodiol</i>	2	
<i>norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 0.4mg/0.035mg</i>	2	
<i>norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 20mcg/75mg/1mg</i>	2	
<i>nylia 7/7/7 & 1/35</i>	2	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>falmina</i>	2	
<i>femynor</i>	2	
<i>fyavolv</i>	3	
<i>introvale</i>	2	
<i>isibloom</i>	2	
<i>jasmiel</i>	2	
<i>jinteli</i>	3	
<i>juleber</i>	2	
<i>junel 21 day</i>	2	
<i>junel fe 1/20</i>	2	
<i>kariva</i>	2	
<i>kelnor 1/35 & 1/50</i>	2	
<i>kurvelo</i>	2	
<i>larin</i>	2	
<i>larin fe</i>	2	
<i>larissia</i>	2	
<i>leena</i>	2	
<i>levonest</i>	2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol 0.1-0.02mg & 0.15-0.03mg & triphasic packs</i>	2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol and ethinyl estradiol 0.1/0.02mg-0.01mg packs</i>	2	
<i>levora</i>	2	
<i>loryna</i>	2	
<i>low-ogestrel</i>	2	
<i>lyllana</i>	3	
<i>marlissa 28 day</i>	2	
MENEST	3	
<i>microgestin 1/20 & 1.5/30</i>	2	
<i>microgestin 24 fe</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20 & 1.5/30</i>	2	
<i>mili</i>	2	
<i>mimvey</i>	3	
<i>necon</i>	2	

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

[LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 53.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>nikki</i>	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	2	
<i>nymyo</i>	2	
<i>pimtrea</i>	2	
<i>pirmella 1/35</i>	2	
PREMARIN ORAL	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM	3	
PREMPHASE	3	
PREMPRO	3	
<i>reclipsen</i>	2	
<i>setlakin</i>	2	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	2	
<i>tri-estarylla</i>	2	
<i>tri-lo-estarylla</i>	2	
<i>tri-lo-sprintec</i>	2	
<i>tri-mili</i>	2	
<i>tri-nymyo</i>	2	
<i>tri-sprintec</i>	2	
<i>tri-vylibra</i>	2	
<i>tri-vylibra lo</i>	2	
<i>trivora-28</i>	2	
<i>velivet</i>	2	
<i>vestura</i>	2	
<i>vienva</i>	2	
<i>vyfemla</i>	2	
<i>vylibra</i>	2	
<i>wymzya fe</i>	2	
<i>yuvafem</i>	3	
<i>zovia</i>	2	
Progestins		
<i>deblitane</i>	2	
<i>incassia</i>	2	
<i>lyleq</i>	2	
<i>lyza</i>	2	
<i>medroxyprogesterone acetate inj</i>	2	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>medroxyprogesterone acetate tabs</i>	2	
<i>megestrol acetate oral susp 40mg/ml</i>	2	
<i>megestrol tabs</i>	2	
<i>norethindrone</i>	2	
<i>progesterone caps</i>	2	
<i>sharobel</i>	2	
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
DUAVEE	3	
<i>raloxifene hcl</i>	3	
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (PROSTAGLANDINS)		
<i>Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Prostaglandins)</i>		
KORLYM	5	[PA]
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (THYROID)		
<i>Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Thyroid)</i>		
CYTOMEL	3	
<i>levothyroxine tabs</i>	1	
<i>levoxyl</i>	1	
<i>liothyronine tabs</i>	2	
SYNTHROID	3	
<i>unithroid</i>	1	
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal)</i>		
LYSODREN	5	
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)</i>		
<i>cabergoline</i>	2	
ELIGARD INJ	4	[PA]
<i>leuprolide acetate inj</i>	2	

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

[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 24.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
LUPRON DEPOT INJ	5	[PA]
<i>octreotide inj 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml & 500mcg/ml</i>	4	
<i>octreotide inj 1000mcg/ml</i>	5	
ORGOVYX	5	[PA] [LD]
SIGNIFOR INJ	5	[PA]
SOMAVERT INJ	5	[PA]
SYNAREL	4	
TRELSTAR MIXJECT	5	[PA]
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)		
Antithyroid Agents		
<i>methimazole</i>	2	
<i>propylthiouracil</i>	2	
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
Angioedema Agents		
CINRYZE INJ	5	[PA]
<i>icatibant inj</i>	5	[PA]
<i>sajazir inj</i>	5	[PA]
Immunoglobulins		
GAMMAGARD INJ	5	[PA] [B vs D]
GAMUNEX-C INJ	5	[PA] [B vs D]
Immunosuppressants		
ASTAGRAF XL	4	[PA] [B vs D]
AZASAN	4	[PA] [B vs D]
<i>azathioprine tabs 50mg</i>	2	[PA] [B vs D]
<i>azathioprine tabs 75mg & 100mg</i>	4	[PA] [B vs D]
CELLCEPT CAPS	4	[PA] [B vs D]
CELLCEPT ORAL SUSPENSION & TABS	5	[PA] [B vs D]
<i>cyclosporine caps</i>	3	[PA] [B vs D]
<i>cyclosporine modified</i>	2	[PA] [B vs D]
ENBREL INJ	5	[PA]
ENBREL MINI	5	[PA]
ENBREL SURECLICK INJ	5	[PA]
ENVARUSUS XR	4	[PA] [B vs D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>everolimus 0.25mg</i>	4	[PA] [B vs D]
<i>everolimus 0.5mg, 0.75mg & 1mg</i>	5	[PA] [B vs D]
<i>gengraf</i>	2	[PA] [B vs D]
HUMIRA INJ	5	[PA]
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS INJ	5	[PA]
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJ	5	[PA]
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK INJ	5	[PA]
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ	5	[PA]
HUMIRA PEN INJ	5	[PA]
IMURAN TABS	4	[PA] [B vs D]
<i>leflunomide</i>	2	
<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate oral</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil caps & tabs</i>	2	[PA] [B vs D]
<i>mycophenolate mofetil oral susp</i>	5	[PA] [B vs D]
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	[PA] [B vs D]
MYFORTIC	4	[PA] [B vs D]
NEORAL	4	[PA] [B vs D]
PROGRAF CAPS	4	[PA] [B vs D]
PROGRAF PACK	4	[PA] [B vs D]
RAPAMUNE SOLN	5	[PA] [B vs D]
RAPAMUNE TABS	4	[PA] [B vs D]
SANDIMMUNE ORAL SOLN 100MG/ML	4	[PA] [B vs D]
SANDIMMUNE CAPS 25MG & 100MG	4	[PA] [B vs D]
<i>sirolimus soln</i>	5	[PA] [B vs D]
<i>sirolimus tabs</i>	4	[PA] [B vs D]
<i>tacrolimus caps 0.5mg & 1mg</i>	3	[PA] [B vs D]
<i>tacrolimus caps 5mg</i>	4	[PA] [B vs D]

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

[LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 53.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
XATMEP	4	
ZORTRESS TABS 0.25MG	4	[PA] [B vs D]
ZORTRESS TABS 0.5MG, 0.75MG & 1MG	5	[PA] [B vs D]
Immunological Agents, Other		
ARCALYST INJ	5	[PA]
BENLYSTA INJ 200MG/ML	5	[PA]
COSENTYX	5	[PA]
COSENTYX SENSOREADY PEN	5	[PA]
DUPIXENT	5	[PA]
KINERET INJ	5	[PA]
ORENCIA INJ PF SYRINGE	5	[PA]
ORENCIA CLICKJET	5	[PA]
OTEZLA	5	[PA]
OTEZLA STARTER	5	[PA]
RIDAURA	5	
RINVOQ	5	[PA]
SKYRIZI	5	[PA]
STELARA INJ 45MG/0.5ML & 90MG/ML	5	[PA]
XELJANZ	5	[PA]
XELJANZ XR	5	[PA]
XOLAIR	5	[PA] [LD]
Immunostimulants		
ACTIMMUNE INJ	5	[PA]
INTRON-A INJ	3	
PEGASYS INJ	5	
Vaccines		
ACTHIB INJ	3	
ADACEL INJ	3	
BCG INJ	3	
BEXSERO INJ	3	
BOOSTRIX INJ	3	
DAPTACEL INJ	3	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
DIPHThERIA & TETANUS TOXOIDS PEDIATRIC INJ	3	
ENGERIX-B INJ	3	[PA] [B vs D]
GARDASIL 9 INJ	4	
HAVRIX INJ	3	
HIBERIX INJ	3	
IMOVAX RABIES INJ	3	
INFANRIX INJ	3	
IPOL INACTIVATED IPV INJ	3	
IXIARO INJ	4	
KINRIX SYRINGE	3	
MENACTRA INJ	3	
MENQUADFI INJ	3	
MENVEO-A/C/Y/W-135 INJ	3	
M-M-R II INJ	3	
PEDIARIX INJ	3	
PEDVAX HIB INJ	3	
PENTACEL INJ	3	
PREHEVBRIO	3	[PA] [B vs D]
PROQUAD INJ	3	
QUADRACEL INJ	3	
RABAVERT INJ	3	
RECOMBIVAX HB INJ	3	[PA] [B vs D]
ROTARIX	3	
ROTATEQ	3	
SHINGRIX	3	
TDVAX	3	
TENIVAC	3	
TICOVAC	4	
TRUMENBA INJ	3	
TWINRIX INJ	3	
TYPHIM VI INJ	3	
VAQTA INJ	3	
VARIVAX INJ	3	
YF-VAX INJ	3	

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

[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 24.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS		
Aminosalicylates		
<i>balsalazide</i>	3	
DIPENTUM	5	
<i>mesalamine dr 400mg</i>	3	
<i>mesalamine enema</i>	4	
<i>mesalamine er caps</i>	4	
PENTASA	4	
<i>sulfasalazine</i>	2	
Glucocorticoids		
<i>budesonide ec caps</i>	4	
<i>budesonide er tabs 9mg</i>	5	
<i>hydrocortisone enema</i>	2	
<i>prednisone tabs</i>	1	[PA] [B vs D]
<i>prednisone oral soln</i>	2	[PA] [B vs D]
PREDNISONE INTENSOL	4	[PA] [B vs D]
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>procto-pak</i>	2	
<i>proctosol hc</i>	2	
<i>proctozone-hc</i>	2	
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>alendronate tabs</i>	1	
<i>alendronate oral soln</i>	2	
<i>calcitonin-salmon nasal</i>	2	
<i>calcitriol caps</i>	2	[PA] [B vs D]
<i>doxercalciferol oral</i>	3	[PA] [B vs D]
FORTEO INJ	5	[PA]
<i>ibandronate oral</i>	2	
<i>paricalcitol caps</i>	3	[PA] [B vs D]
PROLIA	4	[PA]
<i>risedronate sodium</i>	3	
<i>risedronate sodium dr</i>	3	
<i>cinacalcet tabs 30mg</i>	3	[PA] [B vs D]
<i>cinacalcet tabs 60mg & 90mg</i>	5	[PA] [B vs D]
<i>teriparatide inj</i>	5	[PA]
TYMLOS	5	[PA]
XGEVA INJ	5	[PA]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
Miscellaneous Therapeutic Agents		
<i>alcohol pads</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultrafine</i>	2	
<i>bd insulin syringe safetyglide</i>	2	
<i>bd pen needle ultrafine</i>	2	
<i>pmdd fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg</i>	2	
<i>gauze pads 2"x2"</i>	2	
<i>levocarnitine oral</i>	2	[PA] [B vs D]
<i>paroxetine mesylate</i>	3	
NATPARA	5	[PA] [LD]
OPHTHALMIC AGENTS		
Ophthalmic Agents, Other		
<i>atropine sulfate soln</i>	2	
BLEPHAMIDE S.O.P.	3	
<i>brimonidine & timolol maleate</i>	3	
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	3	
CYSTARAN	5	
<i>dorzolamide & timolol maleate</i>	2	
LACRISERT	4	
<i>neomycin & polymyxin & gramicidin ophthalmic</i>	2	
<i>neomycin & polymyxin & dexamethasone</i>	2	
<i>neomycin & polymyxin & bacitracin & hydrocortisone</i>	2	
<i>neomycin & polymyxin & bacitracin</i>	2	
<i>neomycin & polymyxin & hydrocortisone</i>	2	
ROCKLATAN	3	
<i>sulfacetamide sodium & prednisolone sodium phosphate ophthalmic</i>	2	
TOBRADEX OINT	3	

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

[LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 53.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>tobramycin & dexamethasone ophthalmic suspension</i>	2	
XIIDRA	3	
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
<i>azelastine 0.05%</i>	2	
<i>cromolyn sodium ophthalmic soln</i>	2	
<i>olopatadine soln 0.1%</i>	2	
<i>olopatadine soln 0.2%</i>	2	
Ophthalmic Anti-infectives		
AZASITE	3	
<i>bacitracin ophthalmic ointment</i>	2	
<i>bacitracin & polymyxin b ointment</i>	2	
<i>ciprofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin ophthalmic oint</i>	2	
<i>gentamicin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic</i>	2	
NATACYN	4	
<i>ofloxacin ophthalmic</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate & trimethoprim sulfate ophthalmic soln</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic oint & soln 10%</i>	2	
<i>tobramycin ophthalmic solution</i>	2	
<i>trifluridine</i>	2	
ZIRGAN	4	
Ophthalmic Anti-inflammatories		
<i>dexamethasone ophthalmic soln</i>	2	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	2	
<i>difluprednate</i>	3	
<i>fluorometholone</i>	2	
<i>ketorolac soln 0.4% & 0.5%</i>	2	
PRED MILD	3	
<i>prednisolone acetate</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	2	
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>betaxolol soln</i>	2	
<i>carteolol</i>	1	
<i>levobunolol</i>	2	
<i>timolol ophthalmic gel forming</i>	2	
<i>timolol ophth soln 12 hours 0.25% & 0.5%</i>	1	
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
<i>acetazolamide tabs</i>	2	
<i>acetazolamide er caps</i>	2	
ALPHAGAN P 0.1%	3	
<i>brimonidine tartrate soln 0.15%</i>	3	
<i>brimonidine tartrate soln 0.2%</i>	2	
<i>dorzolamide</i>	2	
<i>methazolamide</i>	4	
<i>pilocarpine soln</i>	2	
RHOPRESSA	3	
Ophthalmic Prostaglandin and Prostanamide Analogs		
<i>latanoprost</i>	1	
LUMIGAN	3	
VYZULTA	4	

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

[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 24.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
OTIC AGENTS		
Otic Agents		
<i>acetic acid & hydrocortisone</i>	2	
CIPRO HC	3	
<i>ciprofloxacin & dexamethasone otic susp</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide otic soln</i>	3	
<i>neomycin & polymyxin & hydrocortisone</i>	2	
<i>ofloxacin otic</i>	2	
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
Antihistamines		
<i>azelastine nasal 0.1%</i>	2	
<i>azelastine nasal 0.15%</i>	2	
<i>cyproheptadine</i>	2	
<i>desloratadine tabs</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl tabs</i>	2	
<i>levocetirizine</i>	2	
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids		
ARNUITY ELLIPTA	3	
ASMANEX HFA	3	
ASMANEX TWISTHALER	3	
<i>budesonide nebulizer</i>	3	[PA] [B vs D]
FLOVENT DISKUS	3	
FLOVENT HFA	3	
<i>flunisolide nasal</i>	2	[QL]
<i>fluticasone propionate nasal</i>	2	[QL]
<i>mometasone furoate nasal</i>	3	[QL]
PULMICORT NEBULIZER	4	[PA] [B vs D]
QVAR REDHALER	3	
Antileukotrienes		
<i>montelukast</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	2	
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT HFA	3	[QL]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ipratropium bromide nasal</i>	2	[QL]
<i>ipratropium bromide nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D]
SPIRIVA HANDHALER	3	
SPIRIVA RESPIMAT	3	
YUPELRI	5	[PA] [B vs D]
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol sulfate hfa 6.7gm inhaler</i>	2	[QL]
<i>albuterol sulfate hfa 8.5gm inhaler</i>	2	[QL]
<i>albuterol sulfate nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D]
<i>albuterol sulfate syrup</i>	2	
<i>albuterol sulfate tabs</i>	3	
<i>arformoterol tartrate nebulizer</i>	4	[PA] [B vs D]
BROVANA NEBULIZER	4	[PA] [B vs D]
EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR 0.15MG/0.3ML & 0.3MG/0.3ML	3	
<i>formoterol fumarate nebulizer</i>	5	[PA] [B vs D]
<i>levalbuterol nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D]
PERFOROMIST NEBULIZER	5	[PA] [B vs D]
PROAIR RESPICLICK	3	
SEREVENT DISKUS	3	
STRIVERDI RESPIMAT	3	
SYMJEPI	3	
<i>terbutaline sulfate oral</i>	2	
XOPENEX NEBULIZER	4	[PA] [B vs D]
Cystic Fibrosis Agents		
BETHKIS	5	[PA] [B vs D]
CAYSTON	5	[PA] [LD]
KALYDECO	5	[PA]
ORKAMBI	5	[PA]
PULMOZYME	5	[PA] [B vs D]
TOBI SOLN	5	[PA] [B vs D]
TOBI PODHALER	5	
<i>tobramycin nebulizer</i>	5	[PA] [B vs D]

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

[LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 53.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
TRIKAFTA	5	[PA]
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn sodium nebulizer soln</i>	4	[PA] [B vs D]
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
DALIRESP	3	
<i>theophylline er tabs</i>	2	
Pulmonary Antihypertensives		
ADEMPAS	5	[PA] [LD]
<i>alyq</i>	5	[PA]
<i>ambrisentan</i>	5	[PA] [LD]
<i>bosentan tabs 62.5mg & 125mg</i>	5	[PA] [LD]
OPSUMIT	5	[PA] [LD]
<i>sildenafil tab 20mg</i>	3	[PA]
<i>tadalafil tab 20mg</i>	5	[PA]
TRACLEER 32MG	5	[PA] [LD]
UPTRAVI	5	[PA]
VENTAVIS	5	[PA] [B vs D]
Pulmonary Fibrosis Agents		
ESBRIET CAPS 267MG	5	[PA]
<i>pirfenidone tabs</i>	5	[PA]
OFEV	5	[PA]
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine nebulizer soln</i>	2	[PA] [B vs D]
ADVAIR HFA	3	
ANORO ELLIPTA	3	
BEVESPI AEROSPHERE	3	
BREO ELLIPTA	3	
COMBIVENT RESPIMAT	3	
DULERA	3	
FASENRA	5	[PA]
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus 100mcg-50mcg, 250mcg-50mcg & 500mcg-50mcg</i>	2	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>ipratropium bromide & albuterol sulfate nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D]
PROLASTIN C INJ	5	[PA] [LD]
STIOLTO RESPIMAT	3	
TRELEGY ELLIPTA	3	
<i>wixela inhub</i>	2	
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
Skeletal Muscle Relaxants		
<i>chlorzoxazone tabs 500mg</i>	2	
<i>cyclobenzaprine hcl ir</i>	2	
<i>methocarbamol tabs</i>	2	
SLEEP DISORDER AGENTS		
Sleep Promoting Agents		
BELSOMRA	3	[QL]
<i>doxepin tabs</i>	3	
<i>estazolam</i>	2	
<i>flurazepam</i>	2	
HETLIOZ	5	[PA]
HETLIOZ LQ	5	[PA]
<i>temazepam caps 7.5mg, 15mg & 30mg</i>	2	
<i>temazepam caps 22.5mg</i>	3	
<i>triazolam</i>	2	
<i>zolpidem ir tabs 5mg & 10mg</i>	2	
<i>ramelteon</i>	3	
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil</i>	3	[PA]
<i>modafinil</i>	4	[PA]
XYREM	5	[PA] [LD]
XYWAV	5	[PA] [LD]

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

[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 24.

Additional Drugs Covered in Select SCAN Plans:

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

- SCAN Classic (HMO): Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, Ventura, Alameda, San Mateo Counties
- Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO): San Diego County
- Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO): San Diego County
- SCAN Alta (HMO): San Diego County
- SCAN Venture (HMO): Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino Counties
- SCAN Prime (HMO): Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino Counties
- SCAN Affirm partnered with Included LGBTQ+ Health (HMO): Los Angeles, Riverside Counties
- SCAN Options (HMO): Ventura County

This prescription drug is not normally covered in a Medicare Prescription Drug Plan. The amount you pay when you fill a prescription for this drug does not count towards your total drug costs (that is, the amount you pay does not help you qualify for catastrophic coverage). In addition, if you are receiving extra help to pay for your prescriptions, you will not get any extra help to pay for this drug. This drug has a quantity limit of 4 tablets per 30 days (a maximum of 49 tablets per year).

Medicamentos adicionales cubiertos en los planes selectos de SCAN:

Su plan tiene cobertura adicional para los medicamentos con receta que figuran a continuación si está inscrito en uno de estos planes:

- SCAN Classic (HMO): Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, Ventura, Alameda y San Mateo
- Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO): Condado de San Diego
- Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO): Condado de San Diego
- SCAN Alta (HMO): Condado de San Diego
- SCAN Venture (HMO): Condados de Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino
- SCAN Prime (HMO): Condados de Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino
- SCAN Affirm partnered with Included LGBTQ+ Health (HMO): Condados de Los Angeles y Riverside
- SCAN Options (HMO): Condado de Ventura

Normalmente, este medicamento con receta no está cubierto en un plan de Medicare para medicamentos con receta. El monto que paga cuando surte una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, el monto que paga no le ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, no recibirá ayuda adicional para pagar este medicamento. Este medicamento tiene un límite de cantidad de 4 comprimidos cada 30 días (un máximo de 49 comprimidos por año).

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/limitaciones
ERECTILE DYSFUNCTION		
Generic Viagra		
<i>sildenafil tabs 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	[QL]

**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>amphetamine & dextroamphetamine</i>	60 tabs per 30 days
ATROVENT HFA	2 inhalers per 30 days
BELSOMRA	30 tabs per 30 days
<i>butorphanol tartrate nasal</i>	4 bottles 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>desonide lotion, oint & cream</i>	cream & oint: 120gm per 30 days lotion: 118ml per 30 days
<i>desoximetasone topical cream, gel & oint 0.05%</i>	120gm per 30 days
<i>desoximetasone topical cream & oint 0.25%</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>diflorasone diacetate</i>	60gm per 30 days
<i>endocet tabs 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg</i>	5-325mg: 360 tabs per 30 days; 7.5-325mg: 240 tabs per 30 days; 10-325mg: 180 tabs per 30 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>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

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

Drug Name Nombre del Medicamento	Quantity Limits Límites de Cantidad
<i>hydrocodone & ibuprofen tabs 5-200mg, 7.5-200mg & 10-200mg</i>	150 tabs per 30 days
<i>ipratropium bromide nasal</i>	1 bottle per 30 days
<i>lidocaine ointment</i>	1 tube per 30 days
<i>lidocaine topical soln</i>	1 bottle per 30 days
<i>lidocaine & prilocaine</i>	30gm: 1 tube per 30 days
<i>mometasone furoate nasal</i>	3 bottles per 30 days
<i>morphine sulfate er tabs</i>	120 tabs per 30 days
<i>mupirocin cream</i>	30gm per 30 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	60 tabs per 30 days
<i>pimecrolimus</i>	30gm: 3 tubes per 30 days
REGRANEX	2 tubes per 30 days
SANTYL	90gm per 30 days
<i>tacrolimus oint</i>	100g per 30days
TAZORAC GEL	30gm: 3 tubes per 30 days; 100gm: 1 tube per 30 days
<i>tramadol er tabs</i>	30 tabs per 30 days
<i>tramadol ir tab 100mg</i>	120 tabs per 30 days
<i>tramadol & acetaminophen tabs 37.5-325mg</i>	240 tabs per 30 days
<i>zenzedi</i>	5mg: 120 tabs per 30 days 10mg: 180 tabs per 30 days

INDEX ÍNDICE

- abacavir & lamivudine*, 64
abacavir soln, 64
abacavir tabs, 64
ABELCET INJ, 59
ABILIFY MAINTENA, 63
abiraterone acetate, 60
acamprosate calcium dr, 54
acarbose, 65
accutane, 70
acebutolol, 68
acetaminophen & codeine, 54, 84
acetazolamide er caps, 80
acetazolamide tabs, 80
acetic acid & hydrocortisone, 81
acetylcysteine nebulizer soln, 82
acitretin, 70
ACTHIB INJ, 78
ACTIMMUNE INJ, 78
acyclovir caps & tabs, 64
acyclovir cream, 84
acyclovir cream & oint 5%, 72
acyclovir inj, 64
acyclovir ointment, 84
acyclovir oral susp, 64
ADACEL INJ, 78
adapalene cream 0.1%, 70
adapalene gel 0.3%, 70
adefovir dipivoxil, 64
ADEMPAS, 82
ADVAIR HFA, 82
AIMOVIG, 60
albendazole, 62
albuterol sulfate hfa 6.7gm inhaler, 81, 84
albuterol sulfate hfa 8.5gm inhaler, 81, 84
albuterol sulfate nebulizer, 81
albuterol sulfate syrup, 81
albuterol sulfate tabs, 81
alclometasone dipropionate, 71
alcohol pads, 79
ALECENSA, 61
alendronate oral soln, 79
alendronate tabs, 79
alfuzosin hcl er, 74
aliskiren, 68
allopurinol tab, 59
alosetron hcl tabs, 73
ALPHAGAN P 0.1%, 80
alprazolam er tabs, 65
alprazolam intensol, 65
alprazolam tabs, 65
altavera, 74
ALTRENO, 70
ALUNBRIG, 61
ALUNBRIG INITIATION PACK, 61
alyacen 1/35, 75
alyq, 82
amabelz, 75
amantadine, 62
AMBISOME INJ, 59
ambrisentan, 82
amikacin inj, 55
amiloride, 69
amiloride & hydrochlorothiazide, 68
amiodarone tabs, 68
AMITIZA, 72
amitriptyline, 59
amlodipine, 68
amlodipine & atorvastatin, 68
amlodipine & benazepril, 68
ammonium lactate topical, 71
amnesteem caps, 70
amoxapine, 59
amoxicillin, 56
amoxicillin & clavulanate potassium, 56
amoxicillin & clavulanate potassium er, 56
amphetamine & dextroamphetamine, 84
amphetamine & dextroamphetamine tabs, 70
amphotericin b inj, 59
ampicillin & sulbactam inj 10-5gm, 2-1gm & 1-0.5gm, 56

ampicillin inj, 56
ampicillin oral, 56
anagrelide, 67
anastrozole, 61
 ANORO ELLIPTA, 82
apomorphine hydrochloride inj, 62
aprepitant caps 80mg & 125mg, 59
aprepitant pack, 59
apri, 75
 APTIOM, 57
 APTIVUS CAPS, 65
aranelle, 75
 ARCALYST INJ, 78
arformoterol tartrate nebulizer, 81
aripiprazole odt, 63
aripiprazole soln 1mg/ml, 63
aripiprazole tabs, 63
 ARISTADA INITIO INJ, 63
 ARISTADA INJ, 63
armodafinil, 82
 ARNUITY ELLIPTA, 81
asenapine maleate sublingual, 63
 ASMANEX HFA, 81
 ASMANEX TWISTHALER, 81
 ASTAGRAF XL, 77
atazanavir sulfate caps, 65
atenolol, 68
atenolol & chlorthalidone, 68
atomoxetine, 70
atorvastatin, 69
atovaquone, 62
atovaquone/proguanil, 62
atropine sulfate soln, 79
 ATROVENT HFA, 81, 84
 AUBAGIO, 70
aubra eq, 75
 AURYXIA, 72
 AUSTEDO, 70
aviane, 75
 AVONEX INJ, 70
 AVONEX PEN INJ, 70
 AYYAKIT, 61
 AZASAN, 77
 AZASITE, 80
azathioprine tabs 50mg, 77
azathioprine tabs 75mg & 100mg, 77
azelastine 0.05%, 80
azelastine nasal 0.1%, 81
azelastine nasal 0.15%, 81
azithromycin inj, 56
azithromycin tabs & oral susp, 56
aztreonam inj, 55
bacitracin & polymyxin b ointment, 80
bacitracin ophthalmic ointment, 80
baclofen, 63
balsalazide, 79
 BALVERSA, 61
 BAQSIMI, 66
 BARACLUDGE ORAL SOLN 0.05MG/ML, 64
 BCG INJ, 78
bd insulin syringe safetyglide, 79
bd insulin syringe ultrafine, 79
bd pen needle ultrafine, 79
 BELSOMRA, 82, 84
benazepril, 67
benazepril & hydrochlorothiazide, 68
 BENLYSTA INJ 200MG/ML, 78
benztropine tabs, 62
 BESREMI, 61
betaine anhydrous, 73
betamethasone dipropionate, 71
betamethasone dipropionate augmented, 71
betamethasone valerate cream, oint & lotion, 71
 BETASERON INJ, 70
betaxolol soln, 80
bethanechol, 74
 BETHKIS, 81
 BEVESPI AEROSPHERE, 82
bexarotene, 62
 BEXSERO INJ, 78
bicalutamide, 60
 BICILLIN L-A INJ, 56
 BIKTARVY, 64
bisoprolol, 68

bisoprolol & hydrochlorothiazide, 68
 BLEPHAMIDE S.O.P., 79
blisovi fe 1.5/30, 75
 BOOSTRIX INJ, 78
bosentan tabs 62.5mg & 125mg, 82
 BOSULIF TABS, 61
 BRAFTOVI, 61
 BREO ELLIPTA, 82
briellyn, 75
 BRILINTA, 67
brimonidine & timolol maleate, 79
brimonidine tartrate soln 0.15%, 80
brimonidine tartrate soln 0.2%, 80
 BRIVIACT ORAL SOLN, 57
 BRIVIACT TABS, 57
bromocriptine, 62
 BROVANA NEBULIZER, 81
 BRUKINSA, 61
budesonide ec caps, 79
budesonide er tabs 9mg, 79
budesonide nebulizer, 81
bumetanide inj, 69
bumetanide tabs, 69
buprenorphine & naloxone sublingual film, 54
buprenorphine & naloxone sublingual tabs, 55
buprenorphine oral, 54
bupropion, 58
bupropion sr, 58
bupropion sr 150mg, 55
bupropion xl 150mg & 300mg, 58
bupropion xl 450mg, 58
bupirone, 65
butorphanol tartrate nasal, 54, 84
 BYDUREON BCISE INJ, 65
 BYETTA INJ, 65
cabergoline, 76
 CABOMETYX, 61
caffeine-ergotamine, 60
calcipotriene cream, 84
calcipotriene cream & oint, 71
calcipotriene oint, 84
calcipotriene soln, 71
calcitonin-salmon nasal, 79
calcitriol caps, 79
calcium acetate, 72
 CALQUENCE, 61
candesartan, 67
 CAPEX SHAMPOO, 71
 CAPLYTA, 63
 CAPRELSA, 61
captopril, 67
carbamazepine er tabs & caps, 57
carbamazepine tabs, chewable tabs & oral susp, 57
carbidopa, 62
carbidopa & levodopa, 62
carbidopa & levodopa & entacapone, 62
carbidopa & levodopa er, 62
carbidopa & levodopa odt, 62
carglumic acid, 72
carteolol, 80
cartia xt, 68
carvedilol, 68
carvedilol phosphate er, 68
caspofungin inj 50mg, 59
caspofungin inj 70mg, 59
 CAYSTON, 81
caziant, 75
cefaclor, 56
cefaclor er, 56
cefadroxil caps & tabs, 56
cefazolin inj, 56
cefdinir, 56
cefepime inj, 56
cefixime caps, 56
cefixime susp, 56
cefoxitin sodium, 56
cefpodoxime tabs, 56
cefprozil, 56
ceftazidime inj 1gm, 2gm & 6gm, 56
ceftriaxone inj, 56
cefuroxime inj, 56
cefuroxime oral, 56
celecoxib, 55
 CELLCEPT CAPS, 77
 CELLCEPT ORAL SUSPENSION & TABS, 77
 CELONTIN, 57
cephalexin caps & tabs 250mg & 500mg, 56

cephalexin oral susp, 56
 CERDELGA, 73
cevimeline, 70
chlorhexidine gluconate, 70
chloroquine, 62
chlorpromazine oral, 63
chlorthalidone, 69
chlorzoxazone tabs 500mg, 82
cholestyramine, 69
cholestyramine light, 69
ciclopirox cream & susp, 72
ciclopirox gel & shampoo, 72
ciclopirox nail soln 8%, 72
cilastatin/imipenem inj, 56
cilostazol, 67
 CIMDUO, 64
cimetidine oral, 73
cinacalcet tabs 30mg, 79
cinacalcet tabs 60mg & 90mg, 79
 CINRYZE INJ, 77
 CIPRO HC, 81
ciprofloxacin & dexamethasone otic susp, 81
ciprofloxacin in d5w inj, 56
ciprofloxacin ophthalmic soln 0.3%, 80
ciprofloxacin tabs immediate-release 250mg, 500mg & 750mg, 56
citalopram oral soln, 58
citalopram tabs, 58
claravis, 70
clarithromycin, 56
clarithromycin er, 56
 CLEOCIN VAGINAL SUPP, 55
clindamycin & benzoyl peroxide gel 5%-1% & 5%-1.2%, 70
clindamycin oral, 55
clindamycin phosphate inj, 55
clindamycin phosphate/dextrose inj, 55
clindamycin topical gel, lotion, soln & swab, 72
clindamycin vaginal cream, 55
 CLINISOL SF INJ, 72
clobazam, 57
clobetasol propionate cream, foam, gel, oint & soln, 71
clobetasol propionate emollient, 71
clomipramine, 59
clonazepam, 57
clonazepam odt, 57
clonidine er, 70
clonidine patches, 67
clonidine tabs immediate-release, 67
clopidogrel tabs 75mg, 67
clorazepate, 65
clotrimazole & betamethasone, 71
clotrimazole cream 1%, 59
clotrimazole topical soln 1%, 59
clotrimazole troche, 59
clozapine, 63
clozapine odt, 63
 COARTEM, 62
codeine sulfate, 54
 COLCHICINE CAPS, 59
colchicine tabs, 59
colesevelam, 69
colestipol pack, 69
colestipol tabs, 69
colistimethate inj, 55
 COMBIVENT RESPIMAT, 82
 COMETRIQ, 61
 COMPLERA, 64
compro, 59
constulose soln, 73
 COPAXONE INJ 40MG/ML, 70
 COPIKTRA, 61
 CORLANOR, 68
 COSENTYX, 78
 COSENTYX SENSOREADY PEN, 78
 COTELLIC, 61
 CREON DR, 73
 CRESEMBA ORAL, 59
cromolyn sodium nebulizer soln, 82
cromolyn sodium ophthalmic soln, 80
cromolyn sodium oral, 73
cyclobenzaprine hcl ir, 82

cyclophosphamide caps & tabs, 60
 CYCLOSET, 65
cyclosporine caps, 77
cyclosporine emulsion 0.05%, 79
cyclosporine modified, 77
cyproheptadine, 81
cyred eq, 75
 CYSTAGON, 73
 CYSTARAN, 79
 CYTOMEL, 76
dalfampridine er, 70
 DALIRESP, 82
danazol, 74
dapsone tabs, 60
 DAPTACEL INJ, 78
daptomycin inj, 55
 DAURISMO, 61
deblitane, 76
deferasirox, 72
deferiprone, 72
 DELSTRIGO, 64
demeclocycline, 57
 DENAVIR, 72
 DESCOVY, 64
desipramine, 59
desloratadine tabs, 81
desmopressin acetate nasal, 74
desmopressin acetate oral, 74
desogestrel & ethinyl estradiol, 75
desonide lotion, oint & cream, 71, 84
desoximetasone topical cream & oint 0.25%, 71, 84
desoximetasone topical cream, gel & oint 0.05%, 71, 84
 DESVENLAFAXINE ER, 58
desvenlafaxine succinate er, 58
dexamethasone dose pack, 74
dexamethasone elixir, 74
dexamethasone ophthalmic soln, 80
dexamethasone tabs, 74
dexmethylphenidate ir tabs, 70
dextroamphetamine sulfate, 84
dextroamphetamine sulfate er, 70, 84
dextroamphetamine sulfate tabs 5mg & 10mg, 70
dextrose (10%, 5% or 2.5%) & sodium chloride inj, 72
dextrose inj, 72
 DIACOMIT, 57
 DIAZEPAM RECTAL GEL, 57
diazepam tabs & soln, 65
diazoxide, 66
diclofenac potassium tab 50mg, 55
diclofenac sodium dr, 55
diclofenac sodium er, 55
diclofenac sodium gel 1%, 71
diclofenac sodium gel 3%, 71
diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%, 80
dicloxacillin sodium, 56
dicyclomine oral, 73
 DIFICID, 56
diflorasone diacetate, 71, 84
diflunisal, 55
difluprednate, 80
digitek, 68
digox, 68
digoxin oral soln, 68
digoxin tab 62.5mcg, 68
digoxin tabs 125mcg & 250mcg, 68
dihydroergotamine mesylate nasal, 60
 DILANTIN CAPS 100MG, 57
 DILANTIN CAPS 30MG, 57
 DILANTIN INFATABS, 57
 DILANTIN SUSP, 57
diltiazem er caps, 68
diltiazem tabs, 68
dilt-xr, 68
dimethyl fumarate caps, 70
dimethyl fumarate starter pack, 70
 DIPENTUM, 79
diphenoxylate & atropine, 73
 DIPHTHERIA & TETANUS TOXOIDS PEDIATRIC INJ, 78
dipyridamole er & aspirin, 67
dipyridamole oral, 67
disopyramide phosphate, 68
disulfiram tabs, 54

divalproex sodium, 57
divalproex sodium dr, 57
divalproex sodium er, 57
dofetilide, 68
donepezil odt, 58
donepezil tabs 5mg & 10mg, 58
dorzolamide, 80
dorzolamide & timolol maleate, 79
dotti, 75
DOVATO, 64
doxazosin, 67
doxepin caps, 59
doxepin oral soln, 59
doxepin tabs, 82
doxercalciferol oral, 79
doxy 100 inj, 57
doxycycline immediate-release tabs, caps & oral susp, 57
DRIZALMA SPRINKLE, 58
dronabinol, 59
drospirenone & ethinyl estradiol 3mg/0.02mg, 75
droxidopa, 67
DUAVEE, 76
DULERA, 82
duloxetine hcl, 70
DUPIXENT, 78
dutasteride, 74
dutasteride & tamsulosin, 74
econazole nitrate, 59
EDURANT, 64
efavirenz & lamivudine & tenofovir disoproxil fumarate tabs 400mg-300mg-300mg & 600mg-300mg-300mg, 64
efavirenz caps & tabs, 64
efavirenz& emtricitabine&tenofovir disoproxil fumarate tabs 600mg-200mg-300mg, 64
ELIGARD INJ, 76
ELIQUIS, 66
ELIQUIS STARTER PACK, 66
ELMIRON, 74
EMCYT, 60
emoquette, 75
EMSAM, 58
emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs, 64
emtricitabine caps 200mg, 64
EMTRIVA SOLN, 64
enalapril & hydrochlorothiazide, 68
enalapril tabs, 67
ENBREL INJ, 77
ENBREL MINI, 77
ENBREL SURECLICK INJ, 77
endocet, 84
endocet 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg, 54
ENGERIX-B INJ, 78
enoxaparin inj syringe 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml 100mg/ml, 120mg/0.8ml & 150mg/ml, 66
enpresse-28, 75
enskyce, 75
entacapone, 62
entecavir tabs, 64
ENTRESTO, 68
enulose, 73
ENVARUSUS XR, 77
EPCLUSA, 64
EPIDIOLEX, 57
EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR
0.15MG/0.3ML & 0.3MG/0.3ML, 81
epitol, 57
EPIVIR HBV SOLN 5MG/ML, 64
eplerenone, 69
EPRONTIA, 57
ergoloid mesylates, 58
ERIVEDGE, 61
ERLEADA, 60
erlotinib, 61
ertapenem inj, 56
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INJ, 56
erythrocin stearate, 56
erythromycin caps & tabs, 56
erythromycin dr, 56
erythromycin ophthalmic oint, 80
erythromycin topical gel & soln, 72

ESBRIET CAPS 267MG, 82
escitalopram, 58
esomeprazole magnesium dr caps, 73
estarylla, 75
estazolam, 82
estradiol & norethindrone acetate 0.5mg/0.1mg & 1mg/0.5mg, 75
estradiol oral, 75
estradiol patches, 75
estradiol vaginal cream, 75
estradiol vaginal tabs, 75
ethambutol, 60
ethinyl estradiol & ethynodiol, 75
ethinyl estradiol & norethindrone acetate 5mcg/1mg & 2.5mcg-0.5mg, 75
ethosuximide, 57
etodolac, 55
etodolac er, 55
etravirine tabs 100mg, 64
etravirine tabs 200mg, 64
everolimus 0.25mg, 77
everolimus 0.5mg, 0.75mg, 1mg, 77
everolimus tabs 2.5mg, 5mg, 7.5mg & 10mg, 61
everolimus tabs for suspension 2mg, 3mg & 5mg, 61
 EVOTAZ, 65
exemestane, 61
 EXKIVITY, 61
ezetimibe, 69
ezetimibe & simvastatin, 69
falmina, 75
famciclovir, 64
famotidine tabs, 73
 FANAPT, 63
 FANAPT TITRATION PACK, 63
 FARXIGA, 65
 FASENRA, 82
febuxostat, 59
felbamate oral susp 600mg/5ml, 57
felbamate tabs 400mg, 57
felbamate tabs 600mg, 57
felodipine er, 68
femynor, 75
fenofibrate caps 43mg & 130mg, 69
fenofibrate micronized caps 67mg, 134mg & 200mg, 69
fenofibrate tabs 48mg, 54mg, 145mg & 160mg, 69
fenofibric acid dr caps, 69
fentanyl citrate lozenges 200mcg, 54
fentanyl citrate lozenges 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg & 1600mcg, 54
fentanyl patches, 84
fentanyl patches 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr & 75mcg/hr, 100mcg/hr, 54
 FERRIPROX SOLN, 72
 FERRIPROX TAB 1000MG, 72
fesoterodine fumarate er, 73
 FETZIMA, 58
 FETZIMA TITRATION PACK, 58
finasteride tabs 5mg, 74
 FINTEPLA, 57
flavoxate, 73
flecainide acetate, 68
 FLOVENT DISKUS, 81
 FLOVENT HFA, 81
fluconazole in sodium chloride inj, 59
fluconazole oral, 59
flucytosine, 59
fludrocortisone acetate, 74
flunisolide nasal, 81, 84
fluocinolone acetonide cream, oint, soln, 71
fluocinolone acetonide otic soln, 81
fluocinolone acetonide scalp oil, 71
fluocinonide cream 0.05%, gel & oint, 71
fluocinonide cream, gel & ointment, 84
fluocinonide emulsified base cream, 71
fluocinonide soln, 71
fluorometholone, 80
 FLUOROURACIL CREAM 0.5%, 71
fluorouracil topical 2% and 5%, 71
fluoxetine hcl caps 10mg, 20mg & 40mg, 58
fluoxetine hcl oral soln, 58
fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg, 58
fluphenazine decanoate inj, 63
fluphenazine inj, 63
fluphenazine oral, 63
flurazepam, 82

fluticasone propionate cream & oint, 71
fluticasone propionate nasal, 81, 84
fluticasone propionate/salmeterol diskus
 100mcg-50mcg, 250mcg-50mcg & 500mcg-
 50mcg, 82
fluvoxamine, 58
fluvoxamine er, 58
fondaparinux inj 2.5mg/0.5ml & 5mg/0.4ml, 67
fondaparinux inj 7.5mg/0.6ml & 10mg/0.8ml, 67
 FORFIVO XL, 58
formoterol fumarate nebulizer, 81
 FORTEO INJ, 79
fosamprenavir tabs, 65
fosinopril, 67
fosinopril & hydrochlorothiazide, 68
 FOTIVDA, 60
furosemide inj, 69
furosemide oral, 69
 FUZEON INJ, 65
fyavolv, 75
 FYCOMPA, 57
gabapentin caps, tabs & oral soln, 57
galantamine, 58
galantamine er, 58
galantamine oral soln, 58
 GAMMAGARD INJ, 77
 GAMUNEX-C INJ, 77
 GARDASIL 9 INJ, 78
 GATTEX INJ, 73
gauze pads 2, 79
gavilyte-c, 73
gavilyte-g, 73
 GAVRETO, 61
 GELNIQUE, 73
gemfibrozil, 69
 GEMTESA, 73
generlac, 73
gengraf, 77
 GENOTROPIN INJ, 74
 GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG, 0.4MG,
 0.6MG & 0.8MG, 74
 GENOTROPIN MINIQUICK INJ 1MG, 1.2MG,
 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG & 2MG, 74
gentamicin cream 0.1% & oint 0.1%, 55
gentamicin inj 40mg/ml, 55
gentamicin ophthalmic soln 0.3%, 80
 GENVOYA, 64
 GILENYA, 70
 GILOTRIF, 61
glatiramer acetate inj, 70
glatopa inj, 70
glimepiride, 65
glimepiride & pioglitazone, 65
glipizide, 65
glipizide & metformin tabs, 65
glipizide er, 65
 GLUCAGEN HYPOKIT, 66
 GLUCAGON EMERGENCY KIT INJ, 66
glycopyrrolate tabs 1mg & 2mg, 73
 GLYXAMBI, 65
granisetron oral, 59
griseofulvin microsize, 59
guanfacine ir, 67
 GVOKE, 66
halobetasol propionate cream & ointment, 71
haloperidol decanoate inj, 63
haloperidol lactate inj, 63
haloperidol oral, 63
 HARVONI, 64
 HAVRIX INJ, 78
 HEMADY, 74
heparin inj vials 1000u/ml, 5000u/ml, 10000u/ml
 & 20000u/ml, 67
 HETLIOZ, 82
 HETLIOZ LQ, 82
 HIBERIX INJ, 78
 HUMALOG CARTRIDGE INJ, 66
 HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ, 66
 HUMALOG KWIKPEN INJ, 66
 HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ, 66
 HUMALOG MIX 50/50 VIAL INJ, 66
 HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ, 66
 HUMALOG MIX 75/25 VIAL INJ, 66

HUMALOG VIAL INJ, 66
 HUMATROPE INJ CARTRIDGE 12MG & 24MG,
 74
 HUMATROPE INJ CARTRIDGE 6MG, 74
 HUMIRA INJ, 77
 HUMIRA PEDIATRIC CROHNS INJ, 77
 HUMIRA PEN INJ, 77
 HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJ, 77
 HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER
 PACK INJ, 77
 HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ, 77
 HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ, 66
 HUMULIN 70/30 VIAL INJ, 66
 HUMULIN N KWIKPEN INJ, 66
 HUMULIN N VIAL INJ, 66
 HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)
 KWIKPEN INJ, 66
 HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) VIAL
 INJ, 66
 HUMULIN R VIAL INJ, 66
hydralazine oral, 69
hydrochlorothiazide, 69
hydrocodone & acetaminophen soln, 84
hydrocodone & acetaminophen soln 7.5-
325mg/15ml, 54
hydrocodone & acetaminophen tabs, 84
hydrocodone & acetaminophen tabs 5-325mg,
7.5-325mg & 10-325mg, 54
hydrocodone & ibuprofen, 54, 85
hydrocortisone butyrate cream, oint & soln, 71
hydrocortisone cream, lotion & oint 2.5%, 71
hydrocortisone enema, 79
hydrocortisone oral, 74
hydrocortisone valerate, 71
hydromorphone immediate-release oral soln &
tabs, 54
hydromorphone inj, 54
hydroxychloroquine tab 200mg, 62
hydroxyurea, 61
hydroxyzine hcl tabs, 81
ibandronate oral, 79
 IBRANCE, 61
ibu, 55
ibuprofen, 55
icatibant inj, 77
 ICLUSIG, 61
icosapent ethyl, 69
 IDHIFA, 61
imatinib, 61
 IMBRUVICA, 61
imipramine hcl tabs, 59
imiquimod cream 3.75%, 71
imiquimod cream 5%, 71
 IMOVAX RABIES INJ, 78
 IMURAN TABS, 77
incassia, 76
 INCRELEX INJ, 74
indapamide, 69
indomethacin er, 55
indomethacin ir caps, 55
 INFANRIX INJ, 78
 INLYTA, 61
 INQOVI, 61
 INREBIC, 61
 INTELENCE TAB 25MG, 64
 INTRALIPID INJ, 72
 INTRON-A INJ, 78
introvale, 75
 INVEGA HAFYERA, 63
 INVEGA SUSTENNA 39MG, 63
 INVEGA SUSTENNA INJ 78MG, 117MG,
 156MG & 234MG, 63
 INVEGA TRINZA INJ, 63
 IPOL INACTIVATED IPV INJ, 78
ipratropium bromide & albuterol sulfate
nebulizer, 82
ipratropium bromide nasal, 81, 85
ipratropium bromide nebulizer, 81
irbesartan, 67
irbesartan hct, 68
 IRESSA, 61
 ISENTRESS 100MG CHEW TABS, 64
 ISENTRESS CHEW TABS 25MG, 64
 ISENTRESS HD TABS, 64
 ISENTRESS ORAL POWDER, 64
 ISENTRESS TABS, 64
isibloom, 75
isoniazid oral, 60

isosorbide dinitrate tabs 5mg, 10mg, 20mg & 30mg, 69
isosorbide mononitrate, 69
isosorbide mononitrate er, 69
isotretinoin caps 10mg, 20mg, 30mg & 40mg, 70
isradipine, 68
itraconazole, 59
ivermectin tabs, 62
IXIARO INJ, 78
JAKAFI, 61
jantoven, 67
JANUMET, 65
JANUMET XR, 65
JANUVIA, 66
JARDIANCE, 66
jasmiel, 75
JENTADUETO, 66
JENTADUETO XR, 66
jinteli, 75
juleber, 75
JULUCA, 64
junel 21 day, 75
junel fe 1/20, 75
JUXTAPID, 69
KALYDECO, 81
kariva, 75
kelnor 1/35, 1/50, 75
KERENDIA, 68
ketoconazole cream, shampoo & tabs, 59
ketorolac oral tabs, 55
ketorolac soln 0.4% & 0.5%, 80
KINERET INJ, 78
KINRIX SYRINGE, 78
KISQALI, 61
KISQALI FEMARA CO-PACK, 61
klor-con pack, 72
klor-con tabs, 72
KLOXXADO, 55
KORLYM, 76
kurvelo, 75
labetalol oral, 68
lacosamide oral, 57

LACRISERT, 79
lactulose soln 10g/15ml, 73
lamivudine & zidovudine, 64
lamivudine soln, 64
lamivudine tabs 100mg, 64
lamivudine tabs 150mg & 300mg, 64
lamotrigine chewable tabs, 65
lamotrigine immediate-release tabs, 65
lamotrigine starter kit, 65
lamotrigine titration kit, 65
LANOXIN ORAL, 68
lansoprazole dr caps, 73
lanthanum carbonate, 72
LANTUS SOLOSTAR PEN INJ, 66
LANTUS VIAL INJ, 66
lapatinib, 61
larin, 75
larin fe, 75
larissia, 75
latanoprost, 80
LATUDA, 63
LAZANDA, 54
LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR, 64
leena, 75
leflunomide, 77
lenalidomide, 60
LENVIMA, 61
letrozole, 61
leucovorin oral, 62
LEUKERAN, 60
LEUKINE INJ, 67
leuprolide acetate inj, 76
levalbuterol nebulizer, 81
levetiracetam er, 57
levetiracetam oral, 57
levobunolol, 80
levocarnitine oral, 79
levocetirizine, 81
levofloxacin inj, 56
levofloxacin oral soln, 56
levofloxacin tabs, 56
levonest, 75

levonorgestrel & ethinyl estradiol 0.1-0.02mg &
0.15-0.03mg & triphasic packs, 75
levonorgestrel & ethinyl estradiol and ethinyl
estradiol 0.1/0.02mg-0.01mg packs, 75
levora, 75
levothyroxine tabs, 76
levoxyl, 76
LEXIVA ORAL SUSP, 65
lidocaine & prilocaine, 54, 85
lidocaine ointment, 54, 85
lidocaine patch, 54
lidocaine topical soln, 54, 85
lidocaine viscous soln, 70
linezolid inj, 55
linezolid oral susp, 55
LINZESS, 73
liothyronine tabs, 76
lisinopril, 67
lisinopril & hydrochlorothiazide, 69
lithium carbonate, 65
lithium carbonate er, 65
LODINE TABS, 55
LONSURF, 61
loperamide caps 2mg, 73
lopinavir & ritonavir, 65
lorazepam oral soln, 65
lorazepam tabs, 65
LORBRENA, 61
loryna, 75
losartan, 67
losartan hct, 69
lovastatin, 69
low-ogestrel, 75
loxapine, 63
LUBIPROSTONE, 73
LUMAKRAS, 61
LUMIGAN, 80
LUPRON DEPOT INJ, 77
LYBALVI, 63
lyleq, 76
lyllana, 75
LYNPARZA, 61
LYSODREN, 76
LYUMJEV INJ, 66

LYUMJEV KWIKPEN, 66
lyza, 76
magnesium sulfate inj, 72
malathion, 72
maraviroc, 65
marlissa 28 day, 75
MARPLAN, 58
MATULANE, 60
meclizine, 59
MEDROL TABS, 74
medroxyprogesterone acetate inj, 76
medroxyprogesterone acetate tabs, 76
mefloquine, 62
megestrol acetate oral susp 40mg/ml, 76
megestrol tabs, 76
MEKINIST, 61
MEKTOVI, 61
meloxicam tabs, 55
memantine hcl immediate release, 58
memantine hcl soln, 58
memantine hcl titration pack, 58
MENACTRA INJ, 78
MENEST, 75
MENQUADFI INJ, 78
MENVEO-A/C/Y/W-135 INJ, 78
meprobamate, 65
mercaptopurine, 61
meropenem inj, 56
mesalamine dr 400mg, 79
mesalamine enema, 79
mesalamine er caps, 79
MESNEX TABS, 62
metformin er uncoated tabs 500mg & 750mg, 66
metformin tabs, 66
methadone oral, 54
methazolamide, 80
methenamine hippurate, 55
methimazole, 77
methocarbamol tabs, 82
methotrexate inj 50mg/2ml, 77
methotrexate oral, 77
methoxsalen, 71
methylphenidate er tabs 10mg & 20mg, 70
methylphenidate ir tabs 5mg, 10mg & 20mg, 70

methylprednisolone dose pack, 74
methylprednisolone oral, 74
metoclopramide oral tablets & soln, 73
metolazone, 69
metoprolol & hydrochlorothiazide, 69
metoprolol succinate er, 68
metoprolol tartrate tabs 25mg,50mg & 100mg,
68
metronidazole inj, 55
metronidazole oral, 55
metronidazole topical, 55
metronidazole vaginal, 55
metyrosine caps, 69
mexiletine, 68
microgestin 1/20 & 1.5/30, 75
microgestin 24 fe, 75
microgestin fe 1/20 & 1.5/30, 75
midodrine tabs, 67
migergot suppository, 60
miglustat, 73
mili, 75
MILLIPRED, 74
mimvey, 75
minocycline ir, 57
minoxidil, 69
mirtazapine, 58
mirtazapine odt, 58
misoprostol, 73
M-M-R II INJ, 78
modafinil, 82
moexipril, 67
molindone, 63
mometasone cream, oint & soln, 71
mometasone furoate nasal, 81
mometasone furoate nasal, 85
montelukast, 81
morphine sulfate er tabs, 54, 85
morphine sulfate oral, 54
MOUNJARO, 66
MOVANTIK, 73
moxifloxacin hcl ophthalmic, 80
moxifloxacin oral, 56

MULTAQ, 68
mupirocin cream, 72, 85
mupirocin ointment, 72
mycophenolate mofetil caps & tabs, 77
mycophenolate mofetil oral susp, 77
mycophenolic acid dr, 77
MYFORTIC, 77
myorisan, 71
MYRBETRIQ, 73
nabumetone, 55
nadolol, 68
nafcillin sodium inj, 56
naloxone inj 0.4mg/ml & 2mg/2ml, 55
naloxone nasal, 55
naltrexone, 55
naproxen dr tabs, 55
naproxen sodium ir tabs, 55
naproxen tabs 250mg, 375mg & 500mg, 55
naratriptan, 60
NATACYN, 80
nateglinide, 66
NATPARA, 79
NAYZILAM, 57
nebivolol hcl, 68
NEBUPENT NEBULIZER, 62
necon, 75
nefazodone, 58
neomycin & polymyxin & bacitracin, 79
neomycin & polymyxin & bacitracin &
hydrocortisone, 79
neomycin & polymyxin & dexamethasone, 79
neomycin & polymyxin & gramicidin ophthalmic,
79
neomycin & polymyxin & hydrocortisone, 79, 81
neomycin sulfate oral, 55
NEORAL, 77
NERLYNX, 61
NEUPRO PATCH, 62
nevirapine er, 64
nevirapine susp & tabs, 64
niacin er tabs, 69
nicardipine caps, 68

NICOTROL INHALER, 55
 NICOTROL NASAL, 55
nifedipine caps, 68
nifedipine er, 68
nikki, 76
nilutamide, 60
nimodipine caps, 68
 NINLARO, 61
nisoldipine er, 68
nitazoxanide tabs, 62
nitisinone, 73
nitro-bid oint, 69
 NITRO-DUR PATCHES 0.3MG/HR &
 0.8MG/HR, 69
nitrofurantoin caps, 55
nitroglycerin lingual, 70
nitroglycerin patches, 70
nitroglycerin sublingual, 70
 NIVESTYM, 67
norethindrone, 76
norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate
0.4mg/0.035mg, 75
norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate
20mcg/75mg/1mg, 75
norgestimate-ethinyl estradiol, 76
nortriptyline oral, 59
 NORVIR PACK & SOLN, 65
 NOXAFIL SUSPENSION, 59
 NUBEQA, 60
 NUEDEXTA, 70
 NUPLAZID, 63
 NURTEC ODT, 60
nyamyc, 59
nylia 7/7/7 & 1/35, 75
nymyo, 76
nystatin, 59
nystatin & triamcinolone, 71
nystop, 59
octreotide inj 1000mcg/ml, 77
octreotide inj 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml
& 500mcg/ml, 77
 ODEFSEY, 64
 ODOMZO, 61
 OFEV, 82
ofloxacin ophthalmic, 80
ofloxacin oral, 56
ofloxacin otic, 81
olanzapine inj 10mg, 63
olanzapine odt, 63
olanzapine tabs, 63
olmesartan, 67
olmesartan & amlodipine, 69
olmesartan hct, 69
olmesartan medoxomil & amlodipine &
hydrochlorothiazide tabs, 69
olopatadine soln 0.1%, 80
olopatadine soln 0.2%, 80
omega-3-acid ethyl esters, 69
omeprazole caps, 73
ondansetron odt, 59
ondansetron oral soln, 59
ondansetron tabs 4mg & 8mg, 59
 ONUREG, 61
 OPSUMIT, 82
 ORAPRED ODT, 74
 ORENCIA CLICKJET, 78
 ORENCIA INJ PF SYRINGE, 78
 ORFADIN CAPS 20MG, 73
 ORFADIN SUSP, 73
 ORGOVYX, 77
 ORKAMBI, 81
oseltamivir caps, 65
oseltamivir susp, 65
 OSMOPREP, 73
 OTEZLA, 78
 OTEZLA STARTER, 78
oxandrolone tab 10mg, 74
oxandrolone tab 2.5mg, 74
oxazepam, 65
oxcarbazepine susp, 58
oxcarbazepine tabs, 58
oxybutynin, 74
oxybutynin er, 74
oxycodone & acetaminophen, 85
oxycodone & acetaminophen 2.5-325mg, 5-
325mg, 7.5-325mg & 10-325mg, 54
 OXYCODONE ER, 54
 OXYCODONE ER, 85

oxycodone immediate-release, 54
oxycodone oral soln, 54
 OXYTROL, 74
 OZEMPIC, 66
pacerone tabs, 68
paliperidone er tabs, 63
 PANRETIN, 62
pantoprazole tabs, 73
paricalcitol caps, 79
paromomycin, 55
paroxetine hcl er, 58
paroxetine hcl immediate-release, 58
paroxetine hcl susp, 58
paroxetine mesylate, 79
 PASER, 60
 PEDIARIX INJ, 78
 PEDVAX HIB INJ, 78
peg 3350 & electrolytes, 73
peg 3350 & sodium chloride & sodium bicarbonate & potassium chloride, 73
peg 3350 & sodium sulfate & sodium chloride & potassium chloride & sodium ascorbate & ascorbic, 73
 PEGASYS INJ, 78
 PEMAZYRE, 61
penicillamine tabs, 72
penicillin g inj 5 million units & 20 million units, 56
penicillin v potassium, 56
pentamidine inhalation soln, 62
pentamidine inj, 62
 PENTASA, 79
pentoxifylline er, 69
 PERFOROMIST NEBULIZER, 81
perindopril, 67
periogard, 70
permethrin cream, 72
perphenazine, 63
perphenazine & amitriptyline, 58
 PERSERIS, 63
 PETACEL INJ, 78
phenelzine, 58
phenobarbital elixir, 57
phenobarbital tabs, 57
phenyteck, 58
phenytoin chewable tabs, 58
phenytoin er, 58
phenytoin oral susp, 58
 PIFELTRO, 64
pilocarpine soln, 80
pilocarpine tabs, 70
pimecrolimus, 71, 85
pimozide, 63
pimtree, 76
pindolol, 68
pioglitazone, 66
pioglitazone & metformin, 66
piperacillin/tazobactam inj, 56
 PIQRAY, 61
pirfenidone tabs, 82
pirmella 1/35, 76
piroxicam, 55
 PLEGRIDY INJ, 70
plenamine inj, 72
 PLENVU, 73
pmdd fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg, 79
podofilox, 71
polymyxin b sulfate & trimethoprim sulfate ophthalmic soln, 80
 POMALYST, 60
posaconazole dr tabs, 59
potassium chloride & dextrose & lactated ringers inj, 72
potassium chloride & dextrose & sodium chloride inj 30mEq/5%/0.45%, 72
potassium chloride & dextrose 20mEq/5% inj, 72
potassium chloride er & cr, 72
potassium chloride inj, 72
potassium chloride oral soln, 72
potassium chloride pack 20meq, 72
potassium citrate er, 72
 PRADAXA, 67
pramipexole ir, 62
prasugrel, 67

pravastatin, 69
prazosin, 67
 PRED MILD, 80
prednicarbate, 71
prednisolone acetate, 80
prednisolone odt, 74
prednisolone oral soln, 74
prednisolone sodium phosphate, 80
 PREDNISON INTENSOL, 79
prednisone oral soln, 79
prednisone tab pack, 74
prednisone tabs, 79
pregabalin, 57
 PREHEVBRIO, 78
 PREMARIN ORAL, 76
 PREMARIN VAGINAL CREAM, 76
 PREMPHASE, 76
 PREMPRO, 76
prenatal multi-vitamin, 72
prevalite, 69
 PREVYMIS, 63
 PREZCOBIX, 65
 PREZISTA SUSP 100MG/ML, 65
 PREZISTA TABS 600MG & 800MG, 65
 PREZISTA TABS 75MG & 150MG, 65
 PRIFTIN, 60
 PRIMAQUINE, 62
primidone, 57
 PROAIR RESPICLICK, 81
probenecid, 60
probenecid & colchicine, 60
prochlorperazine oral, 59
prochlorperazine suppositories, 59
 PROCRT INJ 20000UNIT/ML &
 40000UNIT/ML, 67
 PROCRT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML,
 4000UNIT/ML & 10000UNIT/ML, 67
procto-med hc, 79
procto-pak, 79
proctosol hc, 79
proctozone-hc, 79
progesterone caps, 76
 PROGRAF CAPS, 77
 PROGRAF PACK, 77
 PROLASTIN C INJ, 82
 PROLIA, 79
 PROMACTA, 67
promethazine suppositories, 59
promethazine syrup, 59
promethazine tabs 12.5mg, 25mg & 50mg, 59
promethegan, 59
propafenone, 68
propranolol er caps, 68
propranolol ir tabs, 68
propranolol oral soln, 68
propylthiouracil, 77
 PROQUAD INJ, 78
 PROSOL INJ, 72
protriptyline, 59
 PULMICORT NEBULIZER, 81
 PULMOZYME, 81
 PURIXAN, 61
pyrazinamide, 60
pyridostigmine er tabs 180mg, 60
pyridostigmine soln, 60
pyridostigmine tabs 60mg, 60
pyrimethamine, 62
 QINLOCK, 60
 QUADRACEL INJ, 78
quetiapine, 63
quetiapine er tabs, 63
quinapril, 67
quinapril & hydrochlorothiazide, 69
quinidine gluconate cr, 68
quinidine sulfate, 68
quinine sulfate caps 324mg, 62
 QVAR REDIHALER, 81
 RABAVERT INJ, 78
rabeprazole sodium, 73
raloxifene hcl, 76
ramelteon, 82
ramipril, 67
ranolazine er, 69
 RAPAMUNE SOLN, 77
 RAPAMUNE TABS, 77
rasagiline, 63
 RAVICTI, 73
 REBIF INJ, 70

REBIF REBIDOSE INJ, 70
 REBIF REBIDOSE TITRATION PACK INJ, 70
 REBIF TITRATION PACK INJ, 70
reclipsen, 76
 RECOMBIVAX HB INJ, 78
 RECTIV, 73
 REGRANEX, 71, 85
 RELENZA DISKHALER, 65
 RELISTOR INJ, 73
 RELISTOR TABS, 73
repaglinide, 66
 REPATHA INJ, 69
 RETACRIT INJ 20000UNIT/ML &
 40000UNIT/ML, 67
 RETACRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML,
 4000UNIT/ML, 10000UNIT/ML &
 20000UNIT/2ML, 67
 RETEVMO, 61
 REVLIMID CAPS 2.5MG & 20MG, 60
 REXULTI, 63
 REYATAZ ORAL POWDER, 65
 RHOPRESSA, 80
ribavirin, 64
 RIDAURA, 78
rifabutin, 60
rifampin inj, 60
rifampin oral, 60
riluzole, 70
rimantadine, 65
 RINVOQ, 78
risedronate sodium, 79
risedronate sodium dr, 79
 RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG & 25MG, 63
 RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG & 50MG, 63
risperidone, 63
risperidone odt, 63
ritonavir tabs, 65
rivastigmine caps, 58
rivastigmine patches, 58
rizatRIPTAN, 60
rizatRIPTAN odt, 60
 ROCKLATAN, 79
ropinirole ir, 62
rosuvastatin, 69
 ROTARIX, 78
 ROTATEQ, 78
roweepra 500mg, 57
 ROZLYTREK, 61
 RUBRACA, 61
rufinamide oral susp & tabs, 58
 RUKOBIA, 65
 RYBELSUS, 66
 RYDAPT, 61
sajazir inj, 77
 SANDIMMUNE CAPS 25MG & 100MG, 77
 SANDIMMUNE ORAL SOLN 100MG/ML, 77
 SANTYL, 71, 85
sapropterin, 73
 SAVELLA, 70
 SAVELLA TITRATION PACK, 70
 SCEMBLIX, 61
scopolamine patch, 59
 SECUADO, 63
selegiline, 63
selenium sulfide lotion, 71
 SELZENTRY 25MG & 75MG, 65
 SELZENTRY SOLN, 65
 SEREVENT DISKUS, 81
 SEROQUEL XR, 63
sertraline oral soln, 58
sertraline tabs, 58
setlakin, 76
sevelamer carbonate powder, 72
sevelamer carbonate tabs, 72
sharobel, 76
 SHINGRIX, 78
 SIGNIFOR INJ, 77
sildenafil tab 20mg, 82
sildenafil tab 25mg, 50mg & 100mg, 83
silver sulfadiazine, 71
simvastatin, 69
sirolimus soln, 77
sirolimus tabs, 77
 SIRTURO, 60

SIVEXTRO, 55
 SKYRIZI, 78
sodium chloride inj, 72
sodium phenylbutyrate powder & tabs, 73
sodium polystyrene sulfonate powder, 72
 SOFOSBUVIR/VELPATASVIR, 64
solifenacin succinate, 74
 SOLIQUA, 66
 SOLTAMOX, 60
 SOMAVERT INJ, 77
sorafenib, 61
sorine, 68
sotalol tabs, 68
 SPIRIVA HANDIHALER, 81
 SPIRIVA RESPIMAT, 81
spironolactone, 69
spironolactone & hydrochlorothiazide, 69
 SPRITAM, 57
 SPRYCEL, 61
sps suspension, 72
ssd, 71
 STELARA INJ 45MG/0.5ML & 90MG/ML, 78
 STIOLTO RESPIMAT, 82
 STIVARGA, 62
streptomycin inj, 55
 STRIBILD, 64
 STRIVERDI RESPIMAT, 81
 SUCRAID, 73
sucrafate tabs, 73
sulfacetamide sodium & prednisolone sodium phosphate ophthalmic, 79
sulfacetamide sodium ophthalmic oint & soln 10%, 80
sulfacetamide sodium topical lotion 10%, 56
sulfadiazine tabs, 56
sulfamethoxazole & trimethoprim ds tabs, 57
sulfamethoxazole & trimethoprim oral susp, 57
sulfamethoxazole & trimethoprim tabs, 56
sulfasalazine, 79
sulindac, 55
sumatriptan nasal, 60
sumatriptan succinate inj, 60
sumatriptan succinate tabs, 60
sunitinib malate, 62
 SUPRAX ORAL SUSP 500MG/5ML, 56
 SUPREP BOWEL PREP, 73
 SYMJEPI, 81
 SYMLINPEN INJ, 66
 SYMPAZAN 10MG & 20MG, 57
 SYMPAZAN 5MG, 57
 SYMTUZA, 65
 SYNAREL, 77
 SYNJARDY, 66
 SYNJARDY XR, 66
 SYNRIPO INJ, 61
 SYNTHROID, 76
 TABLOID, 61
 TABRECTA, 60
tacrolimus caps 0.5mg & 1mg, 77
tacrolimus caps 5mg, 77
tacrolimus oint, 71, 85
tadalafil tab 20mg, 82
 TAFINLAR, 62
 TAGRISSO, 62
 TALZENNA, 62
tamoxifen, 60
tamsulosin, 74
tarina fe 1/20 eq, 76
 TASIGNA, 62
tazarotene cream, 71
tazicef inj, 56
 TAZORAC CREAM 0.05%, 71
 TAZORAC GEL, 71, 85
taztia xt, 68
 TAZVERIK, 61
 TDVAX, 78
 TEFLARO INJ, 56
 TEGRETOL, 58
 TEGRETOL XR, 58
telmisartan, 67
temazepam caps 22.5mg, 82
temazepam caps 7.5mg, 15mg & 30mg, 82
 TENIVAC, 78
tenofovir disoproxil fumarate tabs 300mg, 65
 TEPMETKO, 62
terazosin, 67
terbinafine, 59
terbutaline sulfate oral, 81

terconazole, 59
teriparatide inj, 79
testosterone cypionate inj, 74
testosterone enanthate inj, 74
testosterone gel 1% & 1.62%, 74
testosterone gel 25mg/2.5g, 20.25mg/1.25g, 40.5mg/2.5g & 50mg/5g, 74
tetrabenazine, 70
tetracycline, 57
 THALOMID, 60
theophylline er tabs, 82
 THIOLA EC, 74
thioridazine, 63
thiothixene, 63
tiadylt er, 68
tiagabine tabs, 57
 TIBSOVO, 62
 TICOVAC, 78
 TIGECYCLINE INJ, 55
timolol ophth soln 12 hours 0.25% & 0.5%, 80
timolol ophthalmic gel forming, 80
timolol oral, 68
tiopronin, 74
 TIVICAY PD, 64
 TIVICAY TAB 10MG, 64
 TIVICAY TABS 25MG & 50MG, 64
tizanidine caps, 63
tizanidine tabs, 63
 TOBI PODHALER, 81
 TOBI SOLN, 81
 TOBRADEX OINT, 79
tobramycin & dexamethasone ophthalmic suspension, 80
tobramycin nebulizer, 81
tobramycin ophthalmic solution, 80
tobramycin sulfate inj, 55
tolterodine tartrate er, 74
topiramate immediate-release, 60
toremifene citrate, 60
toremide oral, 69
 TOUJEO MAX SOLOSTAR, 66
 TOUJEO SOLOSTAR, 66
 TPN ELECTROLYTES INJ, 72
 TRACLEER 32MG, 82
 TRADJENTA, 66
tramadol & acetaminophen, 54, 85
tramadol er tabs, 54, 85
tramadol ir tab 100mg, 54, 85
tramadol tab 50mg, 54
trandolapril, 67
tranexamic acid tabs, 67
tranylcypromine, 58
 TRAVASOL INJ, 72
trazodone, 58
 TRECATOR, 60
 TRELEGY ELLIPTA, 82
 TRELSTAR MIXJECT, 77
tretinoin caps, 62
tretinoin cream & gel, 71
triamcinolone acetonide topical cream & lotion, 71
triamcinolone acetonide topical oint 0.025%, 0.1% & 0.5%, 71
triamcinolone dental paste, 70
triamterene & hydrochlorothiazide, 69
triazolam, 82
triderm cream 0.1%, 71
trientine, 72
tri-estarylla, 76
trifluoperazine, 63
trifluridine, 80
trihexyphenidyl elixir, 62
trihexyphenidyl tabs, 62
 TRIJARDY XR, 66
 TRIKAFTA, 82
 TRILEPTAL, 58
tri-lo-estarylla, 76
tri-lo-sprintec, 76
trimethoprim, 55
tri-mili, 76
trimipramine maleate, 59
 TRINTELLIX, 58
tri-nymyo, 76
tri-sprintec, 76

TRIUMEQ, 65
 TRIUMEQ PD, 65
trivora-28, 76
tri-vylibra, 76
tri-vylibra lo, 76
 TRIZIVIR, 65
trospium, 74
trospium er, 74
 TRULICITY INJ, 66
 TRUMENBA INJ, 78
 TRUSELTIQ, 61
 TUKYSA, 61
 TURALIO, 62
 TWINRIX INJ, 78
 TYBOST, 65
 TYMLOS, 79
 TYPHIM VI INJ, 78
 UBRELVY, 60
 UDENYCA, 67
unithroid, 76
 UPTRAVI, 82
ursodiol cap 300mg & tabs 250mg & 500mg, 73
valacyclovir, 64
 VALCHLOR, 60
valganciclovir soln & tabs, 63
valproic acid oral caps soln, 57
valsartan & amlodipine, 69
valsartan hct, 69
valsartan tabs, 67
 VALTOCO, 57
vancomycin caps 125mg & 250mg, 55
vancomycin inj 500mg, 750mg, 1gm & 10gm, 55
vancomycin oral soln, 55
vandazole, 55
 VAQTA INJ, 78
varenicline starting month box, 55
varenicline tartrate, 55
 VARIVAX INJ, 78
 VASCEPA CAPS, 69
velivet, 76
 VELTASSA, 72
 VENCLEXTA STARTING PACK, 62
 VENCLEXTA TABS 100MG, 62
 VENCLEXTA TABS 10MG & 50MG, 62
venlafaxine er caps & tabs, 59
venlafaxine ir tabs, 58
 VENTAVIS, 82
verapamil er, 68
verapamil ir, 68
verapamil sr, 68
 VERSACLOZ, 63
 VERZENIO, 62
vestura, 76
 VICTOZA INJ, 66
vienna, 76
vigabatrin powder for oral soln & tabs, 57
vigadrone powder for oral soln, 57
 VIIBRYD STARTER PACK, 59
vilazodone, 59
 VIRACEPT, 65
 VIREAD POWDER, 65
 VIREAD TABS 150MG, 200MG & 250MG, 65
 VITRAKVI, 62
 VIZIMPRO, 62
 VONJO, 61
voriconazole inj, 59
voriconazole oral suspension, 59
voriconazole tabs 50mg & 200mg, 59
 VOSEVI, 64
 VOTRIENT, 62
 VRAYLAR CAPSULES, 63
 VRAYLAR DOSE PACK, 63
 VUMERITY, 70
vyfemla, 76
vylibra, 76
 VYZULTA, 80
warfarin, 67
 WELIREG, 62
wixela inhub, 82
wymzya fe, 76
 XALKORI, 62
 XARELTO ORAL SUSP & TABS, 67
 XARELTO STARTER PACK, 67
 XATMEP, 78
 XCOPRI MAINTENANCE PACK, 57
 XCOPRI TABS, 57
 XCOPRI TITRATION PACK 50-100MG, & 150-200MG, 57

XCOPRI TITRATION PACK 12.5MG/25MG, 57
XELJANZ, 78
XELJANZ XR, 78
XERMELO, 73
XGEVA INJ, 79
XIFAXAN TABS 200MG, 55
XIFAXAN TABS 550MG, 56
XIGDUO XR, 66
XIIDRA, 80
XOFLUZA, 65
XOLAIR, 78
XOPENEX NEBULIZER, 81
XOSPATA, 62
XPOVIO, 61
XTANDI, 60
XYREM, 82
XYWAV, 82
YF-VAX INJ, 78
YONSA, 60
YUPELRI, 81
yuvafem, 76
zafirlukast, 81
ZARXIO, 67
ZEGALOGUE, 66

ZEJULA, 62
ZELBORAF, 62
zenatane, 71
zenzedi, 85
zenzedi tabs 5mg & 10mg, 70
ZERBAXA INJ, 56
zidovudine, 65
ziprasidone inj, 63
ziprasidone oral, 63
ZIRGAN, 80
ZOLINZA, 61
zolmitriptan nasal soln 5mg, 60
zolmitriptan odt, 60
zolmitriptan tabs, 60
zolpidem tabs 5mg & 10mg, 82
ZOMIG NASAL 2.5MG, 60
zonisamide, 58
ZORTRESS TABS 0.25MG, 78
ZORTRESS TABS 0.5MG, 0.75MG & 1MG, 78
ZOSYN INJ 2GM/0.25GM & 3GM/0.375GM, 56
zovia, 76
ZYDELIG, 62
ZYKADIA TABS, 62
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG, 63

SCAN Health Plan and SCAN Desert Health Plan comply 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 and SCAN Desert Health Plan provide 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 and SCAN Desert Health Plan provide 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 or SCAN Desert 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 Member Services

Attention: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22616, Long Beach, CA 90801-5616

SCAN Health Plan, California 1-800-559-3500 FAX: 1-562-989-0958

SCAN Health Plan, Nevada 1-855-827-7226 FAX: 1-562-989-0958

SCAN Health Plan, Texas 1-855-844-7226 FAX: 1-562-989-0958

SCAN Desert Health Plan, Arizona 1-855-650-7226 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 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/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 y SCAN Desert Health Plan cumplen 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 y SCAN Desert Health Plan ofrecen 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 y SCAN Desert Health Plan ofrecen 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 y SCAN Desert Health Plan no le han proporcionado estos servicios o lo han discriminado por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo personalmente, por teléfono, por correo o por fax:

SCAN Member Services

Attention: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22616, Long Beach, CA 90801-5616

SCAN Health Plan, California 1-800-559-3500 FAX: 1-562-989-0958

SCAN Health Plan, Nevada 1-855-827-7226 FAX: 1-562-989-0958

SCAN Health Plan, Texas 1-855-844-7226 FAX: 1-562-989-0958

SCAN Desert Health Plan, Arizona 1-855-650-7226 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 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/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.

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 (CA: 1-800-559-3500) (AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llame al (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese 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 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226) (NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) 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 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 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226) (NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch, chỉ cần gọi theo số (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Tagalog: Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226) (NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226) (NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Armenian: Առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226) (TX: 1-855-844-7226) հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

Persian: توجه: ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سوالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیست با شماره (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226) (NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) تماس بگیرید. شخصی که به زبان فارسی صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226) (TX: 1-855-844-7226). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит на русском языке. Данная услуга бесплатная.

Japanese: 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご利用になるには、(CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226)にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخطتنا الصحية أو جدول الدواء. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه الخدمة المجانية.

Punjabi: ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Mon-Khmer, Cambodian: យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្តល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226)។ មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบสนองข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພາກແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.



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

This formulary was updated on 08/01/2022. For more recent information or other questions, please contact SCAN Health Plan Member Services at 1-800-559-3500 (Medicare and Medi-Cal eligible members should call 1-866-722-6725) (TTY users should call 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day), or visit www.scanhealthplan.com.

El formulario y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Este formulario se actualizó el 08/01/2022. Para obtener información más reciente o si tiene dudas, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN Health Plan al 1-800-559-3500 (los miembros elegibles para Medicare y Medi-Cal deben llamar 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, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 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.

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