

2024

SCAN Health Plan

List of Covered Drugs (Formulary)

SCAN Health Plan

보장 약 목록(처방집)



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

2024 *List of Covered Drugs* (Formulary)

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID, Version Number 24429, 22

This formulary was updated on 12/1/2024.

Important Message About What You Pay for Vaccines – Some vaccines are considered medical benefits. Other vaccines are considered Part D drugs. Our plan covers most Part D vaccines at no cost to you.

Important Message About What You Pay for Insulin - You won't pay more than \$0 of each insulin product covered by our plan.

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

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

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

This document includes a list of the drugs (formulary) for our plan which is current as of December, 2024. 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, 2025, and from time to time during the year.

You can get prescription drugs shipped to your home through our network mail-order delivery

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



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.

Introduction

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

Our contact information, along with the date we last updated the Drug List, appears on the front and back cover pages. Key terms and their definitions appear in the last chapter of the *Evidence of Coverage*.

12/1/2024 24C-CAF0976KO
Y0057_SCAN_20525_2024_C DHCS Approved 08292023



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

Table of Contents

A. Disclaimers.....	5
B. Frequently Asked Questions (FAQ).....	5
B1. What prescription drugs are on the <i>List of Covered Drugs (Formulary)</i> ? (We call the <i>List of Covered Drugs (Formulary)</i> the “Drug List” for short.)	5
B2. Does the Drug List ever change?	6
B3. What happens when there is a change to the Drug List?.....	7
B4. Are there any restrictions or limits on drug coverage or any required actions to take to get certain drugs?.....	8
B5. How will I know if the drug I want has limits or if there are required actions to take to get the drug?	9
B6. What happens if SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) changes their rules about how they cover some drugs (for example, prior authorization, or quantity limits restrictions)?	9
B7. How can I find a drug on the Drug List?	9
B8. What if the drug I want to take is not on the Drug List?	10
B9. What if I am a new SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) member and can’t find my drug on the Drug List or have a problem getting my drug?	10
B10. Can I ask for an exception to cover my drug?	11
B11. How can I ask for an exception?	11
B12. How long does it take to get an exception?	12
B13. What are generic drugs?	12
B14. What are OTC drugs?	12
B15. Does SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cover non-drug OTC products?	12
B16. Does SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cover long-term supplies of prescriptions?	12
B18. What is my copay?.....	13
C. Overview of the <i>List of Covered Drugs (Formulary)</i>	13

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



C1. Formulary Drugs Arranged by Therapeutic Class.....	30
C2. Formulary Drugs with Quantity Limits.....	64
D. Index	66

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



A. Disclaimers

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

- ❖ SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) is an HMO plan with a Medicare contract and a contract with the California Medi-Cal program. Enrollment in SCAN Health Plan depends on contract renewal.
- ❖ You can always check SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)'s up-to-date *List of Covered Drugs (Formulary)* online at www.scanhealthplan.com or by calling 1-866-722-6725. (TTY users should call 711) 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).
- ❖ You can get this document for free in other formats, such as large print, braille, or audio. Call SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free.
- ❖ This document is available for free in Spanish, Chinese, and Korean.
- ❖ Information written in other languages is also available.
- ❖ Please call Member Services to request materials in a language other than English or in an alternate format. You may ask Member Services to update your record with your language and/or format preference for future mailings.

B. Frequently Asked Questions (FAQ)

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

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

The drugs on the *List of Covered Drugs (Formulary)* that starts on page 30 are the drugs covered by SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP). A formulary is a list of covered drugs selected by SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) in consultation with a team of health care providers, which represents the prescription therapies believed to be a necessary part of a quality treatment program. The drugs are available at pharmacies within our network. A pharmacy is in our network if we have an agreement with them to work with us and provide you services. We refer to these pharmacies as “network

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



pharmacies.” The prescription drugs included on this List of Covered Drugs (Formulary) are covered by *SCAN Connections (HMO D-SNP)* and *SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)*. Select prescription and over-the-counter drugs, which are not on the Drug List, are covered for you under your Medi-Cal (Medicaid) benefits with your doctor’s prescription at our network pharmacies. Please contact Member Services (phone number is at the bottom of the page or visit our website (www.scanhealthplan.com) for additional information regarding which drugs are covered.

- SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) will generally cover the drugs listed on the Drug List as long as:
 - your doctor or other prescriber says you need them to get better or stay healthy,
 - SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) agrees that the drug is medically necessary for you,
 - you fill the prescription at a SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) network pharmacy, and
 - other plan rules are followed.
 - for more information on how to fill your prescriptions, please review your Evidence of Coverage.
- In some cases, you have to do something before you can get a drug. Refer to question B4 for more information.

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

B2. Does the Drug List ever change?

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

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

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

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



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

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

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

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

The enclosed formulary is current as of December, 2024. To get updated information about the drugs covered by SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP), please contact us. Our contact information appears at the bottom of the page.

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

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

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

A new generic drug becomes available. Sometimes, a new generic drug comes on the market that works as well as a brand name drug on the Drug List now. When that happens, we may remove the brand name drug, and add the new generic drug, but your cost for the new drug will remain \$0. When we add the new generic drug, we may also decide to keep the brand name drug on the list but change its coverage rules or limits.

- We may not tell you before we make this change, but we will send you information about the specific change we made once it happens.
- You or your provider can ask for an exception from these changes. We will send you a notice with the steps you can take to ask for an exception. Please refer to questions B10-B12 for more information on exceptions.

A drug is taken off the market. If the Food and Drug Administration (FDA) says a drug you are taking is not safe or the drug's manufacturer takes a drug off the market, we will

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



immediately take it off the Drug List and provide notice to members who take the drug. After you are notified, contact your doctor or other prescriber to discuss other options.

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

- The FDA provides new guidance or there are new clinical guidelines about a drug.
- We add a generic drug that is not new to the market **and**
 - Replace a brand name drug currently on the Drug List **or**
 - Change the coverage rules or limits for the brand name drug.

When these changes happen, we will:

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

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

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

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

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

- **Prior authorization:** For some drugs, you or your doctor or other prescriber must get authorization from SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) before you fill your prescription. Prior authorization is different from a referral. SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) may not cover the drug if you don't get prior authorization.
- **Quantity limits:** Sometimes SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) limits the amount of a drug you can get. For example, SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) provides 30 tablets per prescription for BELSOMRA. This may be in addition to a standard one-month or three-month supply.

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



You can find out if your drug has any additional requirements or limits by looking in the formulary that begins on page 30. You can also get more information about the restrictions applied to specific covered drugs by visiting our website at www.scanhealthplan.com. We have posted online a document that explain our prior authorization restriction. You may also ask us to send you a copy.

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

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

The table in the Drug List that's on page 30 has a column labeled "Requirements/Limits."

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

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

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

There are two ways to find a drug:

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

To search **alphabetically**, look for your drug in the Index section that begins on page 66. The Index provides an alphabetical list of all of the drugs included in this document. Both brand-name drugs and generic drugs are listed in the Index. Look in the Index and find your drug. Next to your drug, you will see the page number where you can find coverage information. Turn to the page listed in the Index and find the name of your drug in the first column of the list.

To search **by medical condition**, find the section labeled "Formulary Drugs Arranged by Therapeutic Class" on page 30. The drugs in this section are grouped into categories depending on the type of medical conditions they are used to treat. For example, if you have a heart condition, you should look in the category "Cardiovascular Agents". That is where you will find drugs that treat heart conditions.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

- We will cover one 31-day emergency supply of the drug you need (unless you have a prescription for fewer days) while you pursue a formulary exception.
- This is in addition to the temporary supply during the first 90 days you are a member of SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP).

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

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

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

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

- For example, SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) may limit the amount of a drug we will cover. If your drug has a limit, you can ask us to change the limit and cover more.
- Other example: You can ask us to drop the prior authorization requirements.
- You can ask us to cover a drug even if it is not on our formulary.

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

B11. How can I ask for an exception?

To ask for an exception, call Member Services. Member Services will work with you and your provider to help you ask for an exception. You can also read Chapter 9 of the *Evidence of Coverage* to learn more about exceptions.

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



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

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

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

B13. What are generic drugs?

Generic drugs are made up of the same active ingredients as brand name drugs. They usually cost less than the brand name drug and usually don't have well-known names. Generic drugs are approved by the Food and Drug Administration (FDA).

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

B14. What are OTC drugs?

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

B15. Does SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cover non-drug OTC products?

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

B16. Does SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cover long-term supplies of prescriptions?

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

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



A long-term supply is not available for Specialty drugs. To see which medications are available for a long-term supply, please refer to the Drug List, which starts on page 30.

B18. What is my copay?

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

Tiers are groups of drugs on our Drug List.

- Tier 1 Generic drugs have \$0 copay.
- Tier 1 Brand name drugs have \$0 copay

Select OTCs that are covered for you under your Medi-Cal (Medicaid) benefits have a \$0 copay when they are written as prescriptions by your provider. Select prescription and over-the-counter drugs, which are not on the Drug List, are covered for you under your Medi-Cal (Medicaid) benefits with your doctor's prescription at our network pharmacies. Please contact Member Services (phone number is at the bottom of the page or visit our website (www.scanhealthplan.com) for additional information regarding which drugs are covered. If you have questions, call Member Services at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711) 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day).

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

The *List of Covered Drugs (Formulary)* gives you information about the drugs covered by SCAN Connections (HMO D-SNP) and SCAN Connections at Home (HMO D-SNP). If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Index that begins on page 66 The index provides an alphabetical list of all of the drugs included in this document.

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

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

- The symbol [PA] indicates that prior authorization applies.

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



- 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 64.
- The symbol [LD] indicates that limited distribution applies. This prescription may be available only at certain pharmacies. For more information consult your Pharmacy Directory or call Member Services at 1-866-722-6725. (TTY users should call 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week from October 1 to March 31. From April 1 to September 30, hours are 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day) or visit www.scanhealthplan.com.
- The symbol [EDS] indicates that this drug is available for an extended day supply (e.g., greater than a 30-day supply) at mail-order and many retail pharmacies.

C1. Formulary Drugs Arranged by Therapeutic Class

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

C2. Formulary Drugs with Quantity Limits

D. Index

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

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



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

2024 년 보장 약 목록(처방집)

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

HPMS 승인 처방집 파일 제출 ID, 버전 번호 24429, 22

이 처방집은 12/1/2024 에 업데이트되었습니다.

백신 비용에 대한 중요 메시지 – 일부 백신은 의료 혜택으로 간주됩니다. 다른 백신은 파트 D 약으로 간주됩니다. 저희 플랜은 대부분의 파트 D 백신을 무료로 보장합니다.

인슐린 비용에 대한 중요 메시지 - 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품에 대해 \$0 이상을 지불하지 않습니다.

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

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

이 의약품 목록(처방집)에서 "저희" 또는 "당사"라는 말은 SCAN Health Plan 을 의미합니다. "플랜" 또는 "저희 플랜"은 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)을 의미합니다.

이 문서에는 2024 년 12 월 현재 저희 플랜의 최신 의약품 목록(처방집)이 포함되어 있습니다. 업데이트된 처방집을 원하시면 저희에게 문의해 주십시오. 처방집이 마지막으로 업데이트되었던 날짜와 함께 저희의 연락처 정보가 앞표지와 뒤표지에 표시됩니다.

처방약 혜택을 이용하시려면 일반적으로 네트워크 약국을 이용하셔야 합니다. 혜택, 처방집, 약국 네트워크 및/또는 자기부담금/공동보험은 2025 년 1 월 1 일에 그리고 연중에 수시로 변경될 수 있습니다.

당사 네트워크 우편 주문 배달 프로그램을 통해 가정에서 처방약을 받으실 수 있습니다. **Express Scripts PharmacySM**는 당사 우편 주문 약국 중 하나입니다. 처방약을 당사 네트워크 우편 주문 약국에서 조제 받을 수 있습니다. 일반적으로 **Express Scripts** 우편 주문 약국이 주문을 받은 날로부터 14일 이내에 처방약을 받을 수 있습니다. 이 기간 내에 약을 받지 못한다면 **SCAN Health Plan** 가입자 서비스부에 연락해 주십시오. 우편 주문 처방약은 자동 리필 프로그램을 이용할 수 있습니다. **Express Scripts Pharmacy**에 1-866-553-4125번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하여 가입할 수 있습니다. TTY 사용자는 711번으로 전화해 주십시오. 자동 배송은 언제든지 취소할 수 있습니다.

소개

이 문서를 *보장 약 목록(처방집)*(의약품 목록이라고도 함)이라고 합니다. 이 목록은 **SCAN Connections(HMO D-SNP)** 및 **SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)**에서 보장하는 처방약을 알려줍니다. 의약품 목록에는 **SCAN Connections(HMO D-SNP)** 및 **SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)**이 보장하는 약에 대한 특별 규칙이나 제약 사항이 있는지도 안내합니다.

의약품 목록을 마지막으로 업데이트한 날짜와 함께 저희 연락처 정보가 앞표지와 뒤표지에 있습니다. 주요 용어와 그 정의는 *보장 증명서*의 마지막 장에 나와 있습니다.

12/1/2024 24C-CAFOR976KO
Y0057_SCAN_20525_2024_C DHCS Approved 08292023

궁금한 점이 있으시면 **SCAN Connections(HMO SNP)** 및 **SCAN Connections at Home(HMO SNP)**에 1-866-722-6725 번으로 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 업무 시간은 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 8 시입니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.scanhealthplan.com 을 방문하여 확인해 주십시오.



목차

A. 고지 사항.....	19
B. 자주 묻는 질문(FAQ).....	19
B1. 보장 약 목록(처방집)에는 어떤 처방약이 있습니까? (보장 약 목록(처방집)을 다른 말로 "의약품 목록"이라고 합니다.).....	19
B2. 의약품 목록은 변경됩니까?.....	20
B3. 의약품 목록이 변경되면 어떻게 됩니까?.....	22
B4. 약 보장에 대한 제약 또는 제한이나 특정 약을 받기 위해 취해야 할 필수 조치가 있습니까?.....	23
B5. 원하는 약에 한도가 있는지 또는 약을 받기 위해 취해야 할 조치가 있는지 어떻게 알 수 있습니까?.....	24
B6. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)이 일부 의약품의 보장 방법에 대한 규칙을 변경하면(예: 사전 허가 또는 분량 제한) 어떻게 됩니까?.....	24
B7. 의약품 목록에서 의약품을 어떻게 찾을 수 있습니까?.....	24
B8. 쓰려는 약이 의약품 목록에 없으면 어떻게 합니까?.....	24
B9. 신규 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP) 가입자인데 의약품 목록에서 약을 찾을 수 없거나 약을 구입하는 데 문제가 있는 경우 어떻게 해야 합니까?.....	25
B10. 약 보장에 대한 예외를 요청할 수 있습니까?.....	26
B11. 예외를 요청하려면 어떻게 해야 합니까?.....	26
B12. 예외를 받는 데 얼마나 걸립니까?.....	27
B13. 복제약이란 무엇입니까?.....	27
B14. OTC 약이란 무엇입니까?.....	27
B15. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 비의약품 OTC 제품을 보장합니까?.....	27
B16. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 장기분 처방약을 보장합니까?.....	27
B18. 내 자기부담금은 얼마입니까?.....	28
C. 보장 약 목록(처방집) 개요.....	28

궁금한 점이 있으시면 SCAN Connections(HMO SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO SNP)에 1-866-722-6725 번으로 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 업무 시간은 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 8 시입니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.scanhealthplan.com 을 방문하여 확인해 주십시오.



C1. 치료 등급별로 배열된 처방집 의약품.....	30
C2. 분량 제한이 있는 처방집 의약품.....	64
D. 색인.....	66

궁금한 점이 있으시면 SCAN Connections(HMO SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO SNP)에 1-866-722-6725 번으로 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 업무 시간은 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 8 시입니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.scanhealthplan.com 을 방문하여 확인해 주십시오.



A. 고지 사항

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

- ❖ SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)는 Medicare 및 캘리포니아 Medi-Cal 프로그램과 계약을 맺은 HMO 플랜입니다. SCAN Health Plan 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다.
- ❖ SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)의 최신 보장 약 목록(처방집)은 온라인 www.scanhealthplan.com 에서 확인하시거나 1-866-722-6725 번으로 전화하여 확인할 수 있습니다. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 업무 시간은 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 8 시이며, 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1 일 이내에 답변을 드립니다.
- ❖ 이 문서는 대형 활자, 점자 또는 오디오와 같은 다른 형식으로 무료로 얻을 수 있습니다. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)에 1-866-722-6725 번으로 전화해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 업무 시간은 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 8 시입니다. 통화는 무료입니다.
- ❖ 이 문서는 한국어, 스페인어, 중국어로 무료로 제공됩니다.
- ❖ 다른 언어로 작성된 정보도 이용하실 수 있습니다.
- ❖ 영어 이외의 언어 또는 다른 형식으로 자료를 요청하시려면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. 가입자는 향후 발송되는 우편물을 선호하는 언어 및/또는 형식으로 받아볼 수 있도록 하기 위해 가입자 서비스부에 가입자의 기록을 업데이트해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

B. 자주 묻는 질문(FAQ)

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

B1. 보장 약 목록(처방집)에는 어떤 처방약이 있습니까? (보장 약 목록(처방집)을 다른 말로 "의약품 목록"이라고 합니다.)

궁금한 점이 있으시면 SCAN Connections(HMO SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO SNP)에 1-866-722-6725 번으로 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 업무 시간은 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 8 시입니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.scanhealthplan.com 을 방문하여 확인해 주십시오.



30 페이지에서 시작되는 **보장 약 목록(처방집)**의 약은 **SCAN Connections(HMO D-SNP)** 및 **SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)**에서 보장하는 약입니다. 처방집은 **SCAN Connections(HMO D-SNP)** 및 **SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)**이 의료 서비스 제공자 팀과 협의하여 선택한 보장 약 목록으로서, 양질의 치료 프로그램에 필수적인 것으로 여겨지는 처방약 치료법을 나타냅니다. 약은 당사 네트워크 내의 약국에서 이용할 수 있습니다. 어떤 약국이 당사와 협력하여 귀하에게 서비스를 제공하기로 합의한 경우 네트워크에 속해 있다고 합니다. 이러한 약국을 "네트워크 약국"이라고 합니다. 본 보장 약 목록(처방집)에 수록된 처방약은 **SCAN Connections(HMO D-SNP)** 및 **SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)**에서 보장합니다. 의약품 목록에 등재되지 않은 일부 처방약과 비처방 의약품은 의사의 처방전이 있는 경우 네트워크 약국에서 **Medi-Cal(Medicaid)** 혜택으로 보장됩니다. 보장되는 약에 관한 추가 정보는 가입자 서비스부(전화번호는 페이지 하단에 안내)로 문의하거나 저희 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문하여 확인해 주십시오.

- **SCAN Connections(HMO D-SNP)** 및 **SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)**은 다음의 경우에 의약품 목록에 수록된 의약품을 일반적으로 보장합니다.
 - 담당 의사 또는 다른 처방자가 귀하의 건강 회복을 위해 또는 건강 유지를 위해 필요하다고 말합니다.
 - **SCAN Connections(HMO D-SNP)** 및 **SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)**에서 해당 의약품이 의학적으로 귀하에게 필요하다는 데 동의합니다.
 - **SCAN Connections(HMO D-SNP)** 및 **SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)** 네트워크 약국에서 처방약을 조제하고, 또한
 - 다른 플랜 규칙을 따릅니다.
 - 처방약 조제 방법에 대한 자세한 정보는 보장 증명서를 검토해 주십시오.
- 어떤 경우에는 약을 받기 전에 귀하께서 조치를 해야 합니다. 자세한 내용은 질문 **B4** 를 참조하십시오.

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

B2. 의약품 목록은 변경되니까?

궁금한 점이 있으시면 **SCAN Connections(HMO SNP)** 및 **SCAN Connections at Home(HMO SNP)**에 **1-866-722-6725** 번으로 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 업무 시간은 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 8 시입니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은 www.scanhealthplan.com 을 방문하여 확인해 주십시오.**



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

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

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

이러한 의약품 규칙에 대한 자세한 내용은 질문 B4 를 참조하십시오.

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

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

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

동봉된 처방집은 2024 년 12 월 기준으로 최신 버전입니다. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)이 보장하는 의약품에 대한 최신 정보를 원하시면 저희에게 연락해 주십시오. 연락처 정보는 페이지 하단에 있습니다.

- www.scanhealthplan.com 에서 온라인으로 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)의 최신 의약품 목록을 언제든지 확인할 수 있습니다.
- 가입자 서비스부에 1-866-722-6725 번으로 전화하실 수도 있습니다. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 주 7 일, 오전 8 시-오후 8 시 중에 연락해 주십시오. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일-금요일 오전 8 시-오후 8 시(휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일로 1 일 이내에 답변을 드립니다.) 중에 연락하여 최신 의약품 목록을 확인해 주시기 바랍니다.

궁금한 점이 있으시면 SCAN Connections(HMO SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO SNP)에 1-866-722-6725 번으로 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 업무 시간은 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 8 시입니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.scanhealthplan.com 을 방문하여 확인해 주십시오.



B3. 의약품 목록이 변경되면 어떻게 됩니까?

의약품 목록의 일부 변경 사항은 즉시 적용됩니다. 예를 들어:

새로운 복제약을 이용할 수 있게 됩니다. 때때로, 현재 의약품 목록에 있는 브랜드 약뿐만 아니라 효과가 있는 새로운 복제약이 시장에 출시됩니다. 이 경우, 당사는 브랜드 약을 제외시키고 새로운 복제약을 추가할 수 있지만, 새 약에 대한 가입자의 비용은 \$0 로 유지됩니다. 당사가 새로운 복제약을 추가하는 경우, 브랜드 약을 목록에 계속 유지하기로 결정할 수도 있지만 보장 규칙이나 제한은 변경할 수 있습니다.

- 이러한 변경을 하기 전에 귀하에게 알리지 않을 수 있지만 변경 사항이 발생하면 특정 변경에 대한 정보를 보내드립니다.
- 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자는 이러한 변경에 대해 예외를 요청할 수 있습니다. 예외를 요청하기 위해 귀하가 취할 수 있는 단계가 포함된 통지서를 보내드립니다. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10-B12를 참조하십시오.

의약품 시판이 중지될 경우. 식품의약국(FDA)에서 가입자가 쓰는 약이 안전하지 않다고 말하거나 해당 약의 제조업체가 해당 약을 시장에서 철수하는 경우, 당사는 즉시 해당 약을 의약품 목록에서 제외하고 해당 약을 쓰는 가입자에게 통지합니다. 통지를 받으시면 의사나 다른 처방자에게 연락하여 다른 옵션에 대해 논의하십시오.

저희는 쓰시는 약에 영향을 줄 수 있는 기타 변경을 할 수 있습니다. 의약품 목록에 대한 기타 변경 사항에 대해 미리 알려 드릴 것입니다. 이러한 변경은 다음과 같은 경우에 발생할 수 있습니다.

- FDA가 새로운 지침을 제공하거나 약에 대한 새로운 임상 지침이 있는 경우
- 시중에 이미 있던 복제약을 저희가 추가하는 경우, **그리고**
 - 현재 의약품 목록에 있는 브랜드 약을 대체하는 경우, **또는**
 - 해당 브랜드 약에 대한 보장 규칙이나 제한을 변경하는 경우

이러한 변경 사항이 발생하면 저희는 다음을 수행합니다.

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

궁금한 점이 있으시면 SCAN Connections(HMO SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO SNP)에 1-866-722-6725 번으로 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 업무 시간은 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 8 시입니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.scanhealthplan.com 을 방문하여 확인해 주십시오.



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

- 의약품 목록에 유사한 약이 있는지 여부 확인 또는
- 이러한 변경의 예외를 요청할지 여부. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10-B12를 참조하십시오.

B4. 약 보장에 대한 제약 또는 제한이나 특정 약을 받기 위해 취해야 할 필수 조치가 있습니까?

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

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

가입자의 의약품에 어떤 추가 요건이 있는지 또는 제약이 있는지에 대해서는 30 페이지에서 시작되는 처방집을 찾아보시면 확인하실 수 있습니다. 또한 보장되는 특정 의약품에 해당되는 제약 사항에 대한 세부 정보는 저희 웹사이트 www.scanhealthplan.com 을 방문하시면 확인하실 수 있습니다. 사전 허가 제약 사항을 설명하는 문서를 온라인에 게시했습니다. 저희에게 사본을 보내달라고 요청하실 수도 있습니다.

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

궁금한 점이 있으시면 SCAN Connections(HMO SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO SNP)에 1-866-722-6725 번으로 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 업무 시간은 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 8 시입니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은 www.scanhealthplan.com 을 방문하여 확인해 주십시오.**



B5. 원하는 약에 한도가 있는지 또는 약을 받기 위해 취해야 할 조치가 있는지 어떻게 알 수 있습니까?

30 페이지에 있는 의약품 목록의 표에 "요건/제한"이라는 열이 있습니다.

B6. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)이 일부 의약품의 보장 방법에 대한 규칙을 변경하면(예: 사전 허가 또는 분량 제한) 어떻게 됩니까?

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

B7. 의약품 목록에서 의약품을 어떻게 찾을 수 있습니까?

약을 찾는 방법에는 두 가지가 있습니다.

- 알파벳순으로 검색 또는
- 질환별로 검색할 수 있습니다.

알파벳순으로 검색하려면 66 페이지에서 시작되는 색인 섹션에서 해당 의약품을 찾으십시오. 색인은 이 문서에 포함된 모든 의약품들의 알파벳순 목록을 제공합니다. 브랜드 약과 복제약 모두 색인에 기재되어 있습니다. 색인을 살펴보고 의약품을 찾으십시오. 의약품 이름 옆에 페이지 수가 있고 그 페이지에서 보장 정보를 찾을 수 있습니다. 색인에 기재된 페이지로 가서 목록의 첫 번째 열에서 의약품 명을 찾으십시오.

질환별로 검색하려면 30 페이지에서 "치료 등급별로 정렬된 처방집 의약품" 섹션을 찾으십시오. 이 섹션의 약은 치료 질환 유형에 따라 카테고리 그룹화됩니다. 예를 들어, 심장 질환이 있는 경우 "심혈관 제제" 카테고리를 살펴봐야 합니다. 이 카테고리에서 심장 질환을 치료하는 약을 찾을 수 있습니다.

B8. 쓰려는 약이 의약품 목록에 없으면 어떻게 합니까?

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

궁금한 점이 있으시면 SCAN Connections(HMO SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO SNP)에 1-866-722-6725 번으로 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 업무 시간은 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 8 시입니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.scanhealthplan.com 을 방문하여 확인해 주십시오.



- SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)에서 보장하는 유사 의약품의 목록을 가입자 서비스부에 문의할 수 있습니다. 그런 다음 의사나 다른 처방자에게 목록을 보여주십시오. 이들은 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)이 보장하는 유사한 약을 처방할 수 있습니다. 또는
- SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)에 귀하의 의약품 보장해달라고 예외를 적용해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 예외에 대한 자세한 정보는 질문 B10-B12 를 참조하십시오.

B9. 신규 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP) 가입자인데 의약품 목록에서 약을 찾을 수 없거나 약을 구입하는 데 문제가 있는 경우 어떻게 해야 합니까?

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

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

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

- 당사의 의약품 목록에 없는 약을 쓰고 있는 경우, 또는
- 플랜 규정에 따라 처방자가 주문한 약을 받을 수 없는 경우, 또는
- 의약품이 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)의 사전 허가를 필요로 하는 경우

장기 진료 시설에 있지 않아 최초 30 일분, 장기 진료 시설에 거주해서 31 일분이 제공된 후에는 가입자가 플랜에 가입한 지 90 일 미만이라고 해도 저희가 의약품 비용을 부담하지 않습니다.

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

궁금한 점이 있으시면 SCAN Connections(HMO SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO SNP)에 1-866-722-6725 번으로 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 업무 시간은 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 8 시입니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.scanhealthplan.com 을 방문하여 확인해 주십시오.



- 귀하께서 처방집 예외를 신청하는 동안 필요한 약의 31 일 응급분(보다 적은 일수의 처방전을 가지고 있는 경우가 아닌 한)을 보장합니다.
- 이것은 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)의 가입자가 되고 첫 90 일 동안 제공되는 임시 분량에 추가되는 것입니다.

현재 다른 치료 레벨로 전환 중인 가입자의 경우, 당사의 의약품 목록에 없는 약을 처방 받을 수 있거나 약을 받는 것이 제한될 수 있습니다. 이러한 경우, 가입자는 담당 의사와 처방집에서 이용 가능한 대체 치료법에 대해 상담해야 합니다. 처방집에 적절한 대체 치료법이 없을 경우, 가입자나 담당 의사는 예외를 요청하고 플랜에게 해당 의약품의 보장을 요청하거나 약에 대한 제한을 없애도록 요청할 수 있습니다. 가입자가 의사와 어떤 조치를 취해야 할지 상담하는 동안 장기 진료 시설, 병원, 응급실, 전문 간호 시설 또는 호스피스에서 자택으로 전환하는 경우 30 일분을, 또는 자택이나 병원에서 장기 진료 시설로 전환하는 경우 31 일분의 전환 공급분을 받을 수 있습니다.

B10. 약 보장에 대한 예외를 요청할 수 있습니까?

예. 그렇습니다. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)에 의약품 목록에 없는 의약품을 보장해달라고 예외를 적용해줄 것을 요청할 수 있습니다.

저희에게 의약품에 대한 규칙을 변경하도록 요청하실 수도 있습니다.

- 예를 들어, SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 저희가 보장하는 약의 양을 제한하는 경우가 있습니다. 귀하의 약에 한도가 있는 경우 한도를 변경하고 더 많이 보장해주도록 요청하실 수 있습니다.
- 다른 예: 사전 허가 요건을 취소해줄 것을 요청할 수 있습니다.
- 약이 처방집에 없는 경우라도 의약품 보장을 요청하실 수 있습니다.

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

B11. 예외를 요청하려면 어떻게 해야 합니까?

예외를 요청하시려면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오. 가입자 서비스부는 귀하 및 귀하의 서비스 제공자와 협력하여 귀하가 예외를 요청할 수 있도록 도와드릴 것입니다. 예외에 대한 자세한 사항은 **보장 증명서 9 장** 내용을 읽어보시기 바랍니다.

궁금한 점이 있으시면 SCAN Connections(HMO SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO SNP)에 1-866-722-6725 번으로 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 업무 시간은 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 8 시입니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은 www.scanhealthplan.com 을 방문하여 확인해 주십시오.**



B12. 예의를 받는 데 얼마나 걸립니까?

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

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

B13. 복제약이란 무엇입니까?

복제약은 브랜드 약과 동일한 활성 성분으로 구성됩니다. 복제약은 일반적으로 브랜드 약보다 비용이 적게 들고 일반적으로 잘 알려진 이름이 없습니다. 복제약은 식품의약국(FDA)의 승인을 받았습니다.

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

B14. OTC 약이란 무엇입니까?

OTC는 "over-the-counter"의 약자입니다. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 서비스 제공자가 처방한 일부 OTC 의약품을 보장합니다. 보장되는 OTC 약에 관한 추가 정보는 가입자 서비스부(전화번호는 페이지 하단에 안내)로 문의하거나 당사 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문하여 확인해 주십시오.

B15. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 비의약품 OTC 제품을 보장합니까?

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

B16. SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)은 장기분 처방약을 보장합니까?

- **우편 주문 프로그램.** 저희는 처방약을 최대 100 일치까지 집에서 받을 수 있는 우편 주문 프로그램을 제공합니다. 100 일치의 자기부담금은 1 개월치와 같습니다.
- **100 일치 소매 약국 프로그램.** 일부 소매 약국은 보장되는 처방약을 최대 100 일치까지 제공할 수도 있습니다. 100 일치의 자기부담금은 1 개월치와 같습니다.

궁금한 점이 있으시면 SCAN Connections(HMO SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO SNP)에 1-866-722-6725 번으로 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 업무 시간은 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 8 시입니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.scanhealthplan.com 을 방문하여 확인해 주십시오.



특수 의약품의 경우 장기분을 이용할 수 없습니다. 장기분으로 이용할 수 있는 의약품을 확인하려면 30 페이지에서 시작되는 의약품 목록을 참조해 주십시오.

B18. 내 자기부담금은 얼마입니까?

SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP) 가입자는 의약품 목록에서 보장되는 모든 파트 D 처방약을 \$0의 자기부담금으로 이용할 수 있으며, 가입자가 플랜의 규칙을 준수하는 경우 Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 보장되는 일부 처방약, OTC 의약품 및 비의약품을 \$0의 자기부담금으로 이용할 수 있습니다. OTC 의약품 및 비의약품에 대한 자세한 정보는 B14 및 B15 질문을 참조하십시오.

단계는 의약품 목록에 있는 의약품 그룹입니다.

- 1 단계 복제약은 자기부담금이 \$0입니다.
- 1 단계 브랜드 약은 자기부담금이 \$0입니다.

Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 보장되는 일부 OTC는 서비스 제공자가 처방하면 \$0의 자기부담금으로 이용할 수 있습니다. 의약품 목록에 없는 일부 처방약 및 비처방 의약품은 의사의 처방전이 있으면 당사의 네트워크 약국에서 Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 보장이 됩니다. 보장되는 약에 관한 추가 정보는 가입자 서비스부(전화번호는 페이지 하단에 안내)로 문의하거나 저희 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문하여 확인해 주십시오. 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부에 1-866-722-6725 번으로 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10월 1일부터 3월 31일까지 업무 시간은 주 7일 오전 8시-오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지 업무 시간은 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시입니다(휴일과 업무 시간 외 시간에 수신된 메시지는 업무일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.).

C. 보장 약 목록(처방집) 개요

보장 약 목록(처방집)은 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)에서 보장하는 약에 대한 정보를 제공합니다. 목록에서 의약품을 찾는 데 어려움이 있는 경우, 66 페이지에서 시작되는 색인을 참조해 주십시오. 색인은 이 문서에 포함된 모든 의약품의 알파벳순 목록입니다.

표의 첫 번째 열에 의약품 이름이 나와 있습니다. 브랜드 약은 대문자로 되어 있고(예: JANUVIA), 복제약은 소문자 기울임꼴로 되어 있습니다(예: *metformin*).

요건/제한 사항 열에 나와 있는 정보는 SCAN Connections(HMO D-SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)에 의약품 보장에 대한 특별한 요건이 있는지를 나타냅니다.

궁금한 점이 있으시면 SCAN Connections(HMO SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO SNP)에 1-866-722-6725 번으로 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10월 1일부터 3월 31일까지 업무 시간은 주 7일 오전 8시-오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8시-오후 8시입니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.scanhealthplan.com 을 방문하여 확인해 주십시오.



- [PA]라는 기호는 사전 허가가 적용됨을 나타냅니다.
- [B 또는 D]라는 기호는 상황에 따라 Medicare 파트 B 또는 파트 D에 의하여 보장될 수 있는 약임을 나타냅니다. 결정을 내리기 위해 약의 용도 및 배경에 대한 설명이 포함된 정보를 제출해야 할 수 있습니다.
- [QL]이라는 기호는 조제 수량이 제한되어 있음을 나타냅니다. 처방집 의약품에 대한 분량 제한을 확인하려면 64 페이지를 참조하십시오.
- [LD]라는 기호는 제한적 유통이 적용됨을 의미합니다. 이 처방약은 특정 약국에서만 구할 수 있습니다. 자세한 내용은 약국 명부를 참조하거나 가입자 서비스부에 1-866-722-6725 번으로 문의해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 업무 시간은 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일 오전 8 시-오후 8 시입니다(휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1 일 이내에 답변을 드립니다.). 저희에게 전화로 연락하시거나 www.scanhealthplan.com 을 방문해 자세한 사항을 확인해 주십시오.
- [EDS] 기호는 이 약이 우편 주문 및 많은 소매 약국에서 장기분(예: 30 일 분량 이상)으로 제공됨을 나타냅니다.

C1. 치료 등급별로 배열된 처방집 의약품

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

C2. 분량 제한이 있는 처방집 의약품

D. 색인

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

궁금한 점이 있으시면 SCAN Connections(HMO SNP) 및 SCAN Connections at Home(HMO SNP)에 1-866-722-6725 번으로 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 업무 시간은 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 8 시입니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.scanhealthplan.com 을 방문하여 확인해 주십시오.



FORMULARY DRUGS ARRANGED BY THERAPEUTIC CLASS

치료 등급별로 배열된 처방집 의약품

Formulary ID: 24429 (Version 22)

처방집: 24429 (버전22)

Updated: 12/2024

업데이트: 12/2024

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
ANALGESICS		
Opioid Analgesics, Long-acting		
<i>fentanyl patches</i> 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr & 100mcg/hr	1	[QL] [EDS]
<i>methadone oral</i>	1	[EDS]
<i>morphine sulfate er tabs</i>	1	[QL] [EDS]
OXYCODONE ER TABS	1	[QL] [EDS]
<i>tramadol er tabs</i>	1	[QL] [EDS]
Opioid Analgesics, Short-acting		
<i>acetaminophen & codeine</i>	1	[QL] [EDS]
<i>butorphanol tartrate nasal</i>	1	[QL] [EDS]
<i>codeine sulfate</i>	1	[EDS]
<i>endocet</i>	1	[QL] [EDS]
<i>hydrocodone & acetaminophen soln</i> 7.5-325mg/15ml	1	[QL] [EDS]
<i>hydrocodone & acetaminophen soln</i> 10-325mg/15ml	1	[QL] [EDS]
<i>hydrocodone & acetaminophen tabs</i> 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg	1	[QL] [EDS]
<i>hydrocodone & ibuprofen</i>	1	[QL] [EDS]

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

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 14.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Opioid Dependence		
<i>buprenorphine sublingual tabs</i>	1	[EDS]
<i>buprenorphine & naloxone sublingual film</i>	1	[EDS]
<i>buprenorphine & naloxone sublingual tabs</i>	1	[EDS]
<i>naltrexone</i>	1	[EDS]
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO	1	[EDS]
<i>naloxone inj</i>	1	[EDS]
Smoking Cessation Agents		
<i>bupropion sr 150mg</i>	1	[EDS]
NICOTROL INHALER	1	[EDS]
NICOTROL NASAL	1	[EDS]
<i>varenicline starting month box</i>	1	[EDS]
<i>varenicline tartrate</i>	1	[EDS]
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
<i>celecoxib</i>	1	[EDS]
<i>diclofenac potassium tab 50mg</i>	1	[EDS]
<i>diclofenac sodium dr</i>	1	[EDS]
<i>diclofenac sodium er</i>	1	[EDS]
<i>diflunisal</i>	1	[EDS]
<i>etodolac</i>	1	[EDS]
<i>etodolac er</i>	1	[EDS]
<i>ibu</i>	1	[EDS]
<i>ibuprofen</i>	1	[EDS]
<i>indomethacin er</i>	1	[EDS]
<i>indomethacin ir caps</i>	1	[EDS]
<i>ketorolac oral tabs</i>	1	[EDS]
LODINE TABS	1	[EDS]
<i>meloxicam tabs</i>	1	[EDS]
<i>nabumetone</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg & 500mg</i>	1	[EDS]
<i>naproxen dr tabs</i>	1	[EDS]
<i>naproxen sodium ir tabs</i>	1	[EDS]
<i>piroxicam</i>	1	[EDS]
<i>sulindac</i>	1	[EDS]
ANTIBACTERIALS		
Aminoglycosides		
<i>amikacin inj</i>	1	[EDS]
<i>gentamicin cream 0.1% & oint 0.1%</i>	1	[EDS]
<i>gentamicin inj 40mg/ml</i>	1	[EDS]
<i>neomycin sulfate oral</i>	1	[EDS]
<i>streptomycin inj</i>	1	[EDS]
<i>tobramycin sulfate inj</i>	1	[EDS]
Antibacterials, Other		
<i>aztreonam inj</i>	1	[EDS]
CLEOCIN VAGINAL SUPP	1	[EDS]
<i>clindamycin oral</i>	1	[EDS]
<i>clindamycin phosphate inj</i>	1	[EDS]
<i>clindamycin phosphate/dextrose inj</i>	1	[EDS]
<i>clindamycin vaginal cream</i>	1	[EDS]
<i>colistimethate inj</i>	1	[EDS]
<i>daptomycin inj</i>	1	[EDS]
<i>fosfomycin pack</i>	1	[EDS]
<i>linezolid inj</i>	1	[EDS]
<i>linezolid oral susp and tabs</i>	1	[EDS]
<i>methenamine hippurate</i>	1	[EDS]
<i>metronidazole inj</i>	1	[EDS]
<i>metronidazole oral</i>	1	[EDS]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>metronidazole topical</i>	1	[EDS]
<i>metronidazole vaginal gel</i>	1	[EDS]
<i>nitrofurantoin caps</i>	1	[EDS]
SIVEXTRO TABS & INJ	1	
<i>tigecycline inj</i>	1	
<i>trimethoprim</i>	1	[EDS]
<i>vancomycin caps</i>	1	[EDS]
<i>vancomycin inj 500mg, 750mg, 1gm & 10gm</i>	1	[EDS]
<i>vancomycin oral soln 250mg/5ml</i>	1	[EDS]
<i>vandazole</i>	1	[EDS]
XIFAXAN TABS 200MG	1	[PA] [EDS]
XIFAXAN TABS 550MG	1	[PA]
Beta-lactam, Cephalosporins		
<i>cefactor</i>	1	[EDS]
<i>cefactor er</i>	1	[EDS]
<i>cefadroxil caps & tabs</i>	1	[EDS]
<i>cefazolin inj</i>	1	[EDS]
<i>cefdinir</i>	1	[EDS]
<i>cefepime inj</i>	1	[EDS]
<i>cefixime caps</i>	1	[EDS]
<i>cefixime susp</i>	1	[EDS]
<i>cefoxitin sodium</i>	1	[EDS]
<i>cefpodoxime tabs</i>	1	[EDS]
<i>cefprozil</i>	1	[EDS]
<i>ceftazidime inj</i>	1	[EDS]
<i>ceftriaxone inj</i>	1	[EDS]
<i>cefuroxime oral</i>	1	[EDS]
<i>cefuroxime inj</i>	1	[EDS]
<i>cephalexin caps & tabs 250mg & 500mg</i>	1	[EDS]
<i>cephalexin oral susp</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>tazicef inj</i>	1	[EDS]
TEFLARO INJ	1	
ZERBAXA INJ	1	
Beta-lactam, Penicillins		
<i>amoxicillin</i>	1	[EDS]
<i>amoxicillin-clavulanate potassium chew tabs 400-57mg</i>	1	[EDS]
<i>amoxicillin & clavulanate potassium</i>	1	[EDS]
<i>amoxicillin & clavulanate potassium er</i>	1	[EDS]
<i>amoxicillin & clavulanate potassium oral susp & tabs</i>	1	[EDS]
<i>ampicillin inj</i>	1	[EDS]
<i>ampicillin oral</i>	1	[EDS]
<i>ampicillin & sulbactam inj 10-5gm, 2-1gm & 1-0.5gm</i>	1	[EDS]
BICILLIN L-A INJ	1	[EDS]
<i>dicloxacillin sodium</i>	1	[EDS]
<i>nafcillin sodium inj</i>	1	[EDS]
<i>penicillin g inj 5 million units & 20 million units</i>	1	[EDS]
<i>penicillin v potassium</i>	1	[EDS]
<i>piperacillin/tazobactam inj</i>	1	[EDS]
ZOSYN INJ	1	[EDS]
Carbapenems		
<i>cilastatin/meropenem inj</i>	1	[EDS]
<i>ertapenem inj</i>	1	[EDS]
<i>meropenem inj</i>	1	[EDS]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 14.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Macrolides		
<i>azithromycin tabs & oral susp bottle</i>	1	[EDS]
<i>azithromycin inj</i>	1	[EDS]
<i>clarithromycin</i>	1	[EDS]
<i>clarithromycin er</i>	1	[EDS]
DIFICID	1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INJ	1	[EDS]
<i>erythromycin caps & tabs</i>	1	[EDS]
<i>erythromycin dr</i>	1	[EDS]
Quinolones		
<i>ciprofloxacin in d5w inj</i>	1	[EDS]
<i>ciprofloxacin tabs immediate-release 250mg, 500mg & 750mg</i>	1	[EDS]
<i>levofloxacin in d5w inj</i>	1	[EDS]
<i>levofloxacin oral soln</i>	1	[EDS]
<i>levofloxacin tabs</i>	1	[EDS]
<i>moxifloxacin inj</i>	1	[EDS]
<i>moxifloxacin oral</i>	1	[EDS]
<i>ofloxacin oral</i>	1	[EDS]
Sulfonamides		
<i>sulfacetamide sodium topical lotion 10%</i>	1	[EDS]
<i>sulfadiazine tabs</i>	1	[EDS]
<i>sulfamethoxazole & trimethoprim tabs</i>	1	[EDS]
<i>sulfamethoxazole & trimethoprim ds tabs</i>	1	[EDS]
<i>sulfamethoxazole & trimethoprim oral susp</i>	1	[EDS]
Tetracyclines		
<i>demeclocycline</i>	1	[EDS]
<i>doxy 100 inj</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>doxycycline immediate-release tabs, caps & oral susp</i>	1	[EDS]
<i>minocycline ir</i>	1	[EDS]
<i>tetracycline</i>	1	[EDS]
ANTICONVULSANTS		
Anticonvulsants, Other		
BRIVIACT ORAL SOLN	1	[EDS]
BRIVIACT TABS	1	
EPIDIOLEX	1	[PA] [LD]
EPRONTIA	1	[EDS]
<i>felbamate tabs 400mg</i>	1	[EDS]
<i>felbamate tabs 600mg</i>	1	[EDS]
<i>felbamate oral susp 600mg/5ml</i>	1	
FINTEPLA	1	[PA] [LD]
FYCOMPA	1	[EDS]
<i>levetiracetam er</i>	1	[EDS]
<i>levetiracetam oral</i>	1	[EDS]
NAYZILAM	1	[EDS]
<i>roweepra 500mg</i>	1	[EDS]
SPRITAM	1	[EDS]
<i>valproic acid oral caps & soln</i>	1	[EDS]
XCOPRI TAB 25MG	1	[EDS]
XCOPRI TABS 50MG, 100MG, 150MG & 200MG	1	
XCOPRI MAINTENANCE PACK	1	
XCOPRI TITRATION PACK 12.5-25MG	1	[EDS]
XCOPRI TITRATION PACK 50-100MG, & 150-200MG	1	
ZTALMY SUSP	1	[LD]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Calcium Channel Modifying Agents		
CELONTIN	1	[EDS]
<i>ethosuximide</i>	1	[EDS]
<i>methsuximide</i>	1	[EDS]
Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Augmenting Agents		
<i>clobazam</i>	1	[EDS]
<i>clonazepam</i>	1	[EDS]
<i>clonazepam odt</i>	1	[EDS]
DIACOMIT	1	[PA]
DIAZEPAM RECTAL GEL	1	[EDS]
<i>divalproex sodium dr</i>	1	[EDS]
<i>divalproex sodium er</i>	1	[EDS]
<i>gabapentin caps, ir tabs & oral soln</i>	1	[EDS]
LIBERVANT	1	[EDS]
<i>phenobarbital elixir & tabs</i>	1	[EDS]
<i>pregabalin</i>	1	[EDS]
<i>primidone tabs 50mg & 250mg</i>	1	[EDS]
PRIMIDONE TABS 125MG	1	[EDS]
SYMPAZAN 5MG	1	[EDS]
SYMPAZAN 10MG & 20MG	1	[EDS]
<i>tiagabine</i>	1	[EDS]
VALTOCO	1	[EDS]
<i>vigabatrin</i>	1	[LD]
<i>vigadrone</i>	1	[LD]
VIGAFYDE	1	[EDS]
<i>vigpoder</i>	1	[LD]
Sodium Channel Agents		
APTIOM	1	[EDS]
<i>carbamazepine tabs, chewable tabs & oral susp</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>carbamazepine er tabs & caps</i>	1	[EDS]
DILANTIN CAPS	1	[EDS]
DILANTIN INFATABS	1	[EDS]
DILANTIN SUSP	1	[EDS]
<i>epitol</i>	1	[EDS]
<i>lacosamide oral</i>	1	[EDS]
<i>oxcarbazepine tabs</i>	1	[EDS]
<i>oxcarbazepine susp</i>	1	[EDS]
<i>phenytek</i>	1	[EDS]
<i>phenytoin suspension & chewable tabs</i>	1	[EDS]
<i>phenytoin er</i>	1	[EDS]
<i>phenytoin oral susp</i>	1	[EDS]
<i>rufinamide</i>	1	[EDS]
TEGRETOL	1	[EDS]
TEGRETOL XR	1	[EDS]
TRILEPTAL	1	[EDS]
ZONISADE	1	[EDS]
<i>zonisamide</i>	1	[EDS]
ANTIDEMENTIA AGENTS		
Antidementia Agents, Other		
<i>ergoloid mesylates</i>	1	[PA] [EDS]
Cholinesterase Inhibitors		
<i>donepezil tabs 5mg & 10mg</i>	1	[EDS]
<i>donepezil odt</i>	1	[EDS]
<i>galantamine tabs</i>	1	[EDS]
<i>galantamine er caps</i>	1	[EDS]
<i>galantamine soln</i>	1	[EDS]
<i>rivastigmine caps</i>	1	[EDS]
<i>rivastigmine patches</i>	1	[EDS]
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonists		
<i>memantine hcl immediate release</i>	1	[EDS]
<i>memantine hcl soln</i>	1	[EDS]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 14.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>memantine hcl titration pack</i>	1	[EDS]
ANTIDEPRESSANTS		
Antidepressants, Other		
AUVELITY	1	
<i>bupropion hcl tabs</i>	1	[EDS]
<i>bupropion sr</i>	1	[EDS]
<i>bupropion xl 150mg & 300mg</i>	1	[EDS]
<i>bupropion xl 450mg</i>	1	[EDS]
FORFIVO XL	1	[EDS]
<i>mirtazapine</i>	1	[EDS]
<i>mirtazapine odt</i>	1	[EDS]
<i>nefazodone</i>	1	[EDS]
<i>perphenazine & amitriptyline</i>	1	[EDS]
<i>trazodone</i>	1	[EDS]
TRINTELLIX	1	[EDS]
ZURZUVAE	1	[PA]
Monoamine Oxidase Inhibitors		
EMSAM	1	
MARPLAN	1	[EDS]
<i>phenelzine</i>	1	[EDS]
<i>tranylcypromine</i>	1	[EDS]
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin & Norepinephrine Reuptake Inhibitors)		
<i>citalopram tabs</i>	1	[EDS]
<i>citalopram oral soln</i>	1	[EDS]
DESVENLAFAXINE ER	1	[EDS]
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	1	[EDS]
DRIZALMA SPRINKLE	1	[EDS]
<i>escitalopram</i>	1	[EDS]
FETZIMA	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
FETZIMA TITRATION PACK	1	[EDS]
<i>fluoxetine hcl caps 10mg, 20mg & 40mg</i>	1	[EDS]
<i>fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg</i>	1	[EDS]
<i>fluoxetine hcl oral soln</i>	1	[EDS]
<i>fluvoxamine</i>	1	[EDS]
<i>fluvoxamine er</i>	1	[EDS]
<i>paroxetine hcl ir tabs</i>	1	[EDS]
<i>paroxetine hcl er</i>	1	[EDS]
<i>paroxetine hcl susp</i>	1	[EDS]
<i>sertraline tabs</i>	1	[EDS]
<i>sertraline oral soln</i>	1	[EDS]
VENLAFAXINE BESYLATE ER TAB 112.5MG	1	[EDS]
<i>venlafaxine ir tabs</i>	1	[EDS]
<i>venlafaxine hcl er tabs</i>	1	[EDS]
<i>venlafaxine hcl er caps</i>	1	[EDS]
<i>vilazodone</i>	1	[EDS]
Tricyclics		
<i>amitriptyline</i>	1	[EDS]
<i>amoxapine</i>	1	[EDS]
<i>clomipramine</i>	1	[EDS]
<i>desipramine</i>	1	[EDS]
<i>doxepin caps</i>	1	[EDS]
<i>doxepin oral soln</i>	1	[EDS]
<i>imipramine hcl tabs</i>	1	[EDS]
<i>nortriptyline</i>	1	[EDS]
<i>protriptyline</i>	1	[EDS]
<i>trimipramine maleate</i>	1	[EDS]
ANTIEMETICS		
Antiemetics, Other		
<i>compro</i>	1	[EDS]
<i>meclizine</i>	1	[EDS]
<i>prochlorperazine oral</i>	1	[EDS]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>prochlorperazine suppositories</i>	1	[EDS]
<i>promethazine suppositories</i>	1	[EDS]
<i>promethazine syrup</i>	1	[EDS]
<i>promethazine tabs</i>	1	[EDS]
<i>promethegan</i>	1	[EDS]
<i>scopolamine patch</i>	1	[EDS]
Emetogenic Therapy Adjuncts		
<i>aprepitant caps 80mg & 125mg</i>	1	[PA] [EDS]
<i>aprepitant pack</i>	1	[PA] [EDS]
<i>dronabinol</i>	1	[PA] [EDS]
<i>granisetron oral</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>ondansetron odt</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>ondansetron oral soln</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>ondansetron tabs 4mg & 8mg</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
ANTIFUNGALS		
Antifungals		
ABELCET INJ	1	[PA] [B vs D] [EDS]
AMBISOME INJ	1	[PA] [B vs D]
<i>amphotericin b inj</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>amphotericin b liposome inj</i>	1	[PA] [B vs D]
<i>casprofungin inj 50mg</i>	1	
<i>casprofungin inj 70mg</i>	1	[EDS]
<i>clotrimazole cream 1%</i>	1	[EDS]
<i>clotrimazole topical soln 1%</i>	1	[EDS]
<i>clotrimazole troche</i>	1	[EDS]
CRESEMBA ORAL	1	[PA]
<i>econazole nitrate</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>fluconazole in sodium chloride inj</i>	1	[EDS]
<i>fluconazole oral</i>	1	[EDS]
<i>flucytosine</i>	1	
<i>griseofulvin microsize</i>	1	[EDS]
<i>itraconazole</i>	1	[EDS]
<i>ketoconazole cream, shampoo & tabs</i>	1	[EDS]
<i>nyamyc</i>	1	[EDS]
<i>nystatin</i>	1	[EDS]
<i>nystop</i>	1	[EDS]
<i>posaconazole dr tabs</i>	1	[PA]
<i>posaconazole suspension</i>	1	[PA] [EDS]
<i>terbinafine</i>	1	[EDS]
<i>terconazole</i>	1	[EDS]
<i>voriconazole inj</i>	1	[PA]
<i>voriconazole oral suspension</i>	1	
<i>voriconazole tabs</i>	1	[EDS]
ANTIGOUT AGENTS		
Antigout Agents		
<i>allopurinol tabs 100mg & 300mg</i>	1	[EDS]
COLCHICINE CAPS	1	[EDS]
<i>colchicine tabs</i>	1	[EDS]
<i>febuxostat</i>	1	[EDS]
<i>probenecid</i>	1	[EDS]
<i>probenecid & colchicine</i>	1	[EDS]
ANTIMIGRAINE AGENTS		
Antimigraine Agents, Other		
UBRELVY	1	[PA] [EDS]
Ergot Alkaloids		
<i>caffeine-ergotamine</i>	1	[EDS]
<i>dihydroergotamine mesylate nasal</i>	1	
<i>migergot suppository</i>	1	[EDS]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 14.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Prophylactic		
AIMOVIG INJ	1	[PA] [EDS]
EMGALITY INJ	1	[PA] [EDS]
NURTEC ODT	1	[PA] [EDS]
QULIPTA TABS	1	[PA] [EDS]
<i>topiramate immediate-release</i>	1	[EDS]
Serotonin (5-HT) Receptor Agonist		
<i>naratriptan</i>	1	[EDS]
<i>rizatriptan</i>	1	[EDS]
<i>rizatriptan odt</i>	1	[EDS]
<i>sumatriptan nasal</i>	1	[EDS]
<i>sumatriptan succinate inj</i>	1	[EDS]
<i>sumatriptan succinate tabs</i>	1	[EDS]
<i>zolmitriptan nasal soln 5mg</i>	1	[EDS]
<i>zolmitriptan tabs</i>	1	[EDS]
<i>zolmitriptan odt</i>	1	[EDS]
ANTIMYASTHENIC AGENTS		
Parasympathomimetics		
<i>pyridostigmine soln</i>	1	[EDS]
<i>pyridostigmine tabs 60mg</i>	1	[EDS]
<i>pyridostigmine er tabs 180mg</i>	1	[EDS]
ANTIMYCOBACTERIALS		
Antimycobacterials, Other		
<i>dapsone tabs</i>	1	[EDS]
<i>rifabutin</i>	1	[EDS]
Antituberculars		
<i>ethambutol</i>	1	[EDS]
<i>isoniazid</i>	1	[EDS]
PRIFTIN	1	[EDS]
<i>pyrazinamide</i>	1	[EDS]
<i>rifampin oral and inj</i>	1	[EDS]
<i>rifampin inj</i>	1	[EDS]
SIRTURO	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
TRECTOR	1	[EDS]
ANTINEOPLASTICS		
Alkylating Agents		
<i>cyclophosphamide</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
GLEOSTINE	1	[EDS]
LEUKERAN	1	[EDS]
MATULANE	1	
VALCHLOR	1	[PA]
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate</i>	1	[PA]
<i>bicalutamide</i>	1	[EDS]
ERLEADA	1	[PA]
<i>nilutamide</i>	1	
NUBEQA	1	[PA] [LD]
XTANDI	1	[PA]
YONSA	1	[PA]
Antiangiogenic Agents		
FOTIVDA	1	[PA] [LD]
<i>lenalidomide</i>	1	[PA] [LD]
POMALYST	1	[PA] [LD]
QINLOCK	1	[PA] [LD]
REVLIMID	1	[PA] [LD]
TABRECTA	1	[PA]
THALOMID	1	[PA]
Antiestrogens/Modifiers		
SOLTAMOX	1	[EDS]
<i>tamoxifen</i>	1	[EDS]
<i>toremifene citrate</i>	1	
Antimetabolites		
<i>hydroxyurea</i>	1	[EDS]
<i>mercaptopurine</i>	1	[EDS]
PURIXAN	1	
TABLOID	1	[EDS]
Antineoplastics, Other		
AKEEGA	1	[PA] [LD]
BESREMI INJ	1	[PA] [LD]
GAVRETO	1	[PA] [LD]
IDHIFA	1	[PA] [LD]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
INREBIC	1	[PA] [LD]
IWILFIN	1	[PA] [LD]
KRAZATI	1	[PA]
LAZCLUZE	1	[PA] [LD]
LONSURF	1	[PA]
LUMAKRAS	1	[PA]
LYTGOBI TABS	1	[PA] [LD]
NINLARO	1	[PA]
OGSIVEO	1	[PA]
ONUREG	1	[PA]
ORSERDU TABS	1	[PA]
PEMAZYRE	1	[PA] [LD]
RETEVMO	1	[PA] [LD]
ROZLYTREK	1	[PA]
TAZVERIK	1	[PA] [LD]
TUKYSA	1	[PA] [LD]
VONJO	1	[PA]
XPOVIO	1	[PA] [LD]
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
<i>anastrozole</i>	1	[EDS]
<i>exemestane</i>	1	[EDS]
<i>letrozole</i>	1	[EDS]
Enzyme Inhibitors		
BALVERSA	1	[PA]
ZOLINZA	1	[PA]
Molecular Target Inhibitors		
AUGTYRO	1	[PA]
ALECENSA	1	[PA]
ALUNBRIG	1	[PA]
ALUNBRIG INITIATION PACK	1	[PA]
AYVAKIT	1	[PA] [LD]
BOSULIF	1	[PA]
BRAFTOVI	1	[PA] [LD]
BRUKINSA	1	[PA] [LD]
CABOMETYX	1	[PA]
CALQUENCE	1	[PA] [LD]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
CAPRELSA	1	[PA]
COMETRIQ	1	[PA]
COPIKTRA	1	[PA] [LD]
COTELLIC	1	[PA]
<i>dasatinib</i>	1	[PA]
DAURISMO	1	[PA]
ERIVEDGE	1	[PA]
<i>erlotinib</i>	1	[PA]
<i>everolimus tabs 2.5mg, 5mg, 7.5mg & 10mg</i>	1	[PA]
<i>everolimus tabs for suspension 2mg, 3mg & 5mg</i>	1	[PA]
FRUZAQLA	1	[PA]
<i>gefitinib</i>	1	[PA]
GILOTRIF	1	[PA]
IBRANCE	1	[PA]
ICLUSIG	1	[PA]
<i>imatinib</i>	1	[PA]
IMBRUVICA	1	[PA]
INLYTA	1	[PA]
INQOVI	1	[PA]
IRESSA	1	[PA]
JAKAFI	1	[PA]
JAYPIRCA TABS	1	[PA]
KISQALI	1	[PA]
KISQALI FEMARA CO-PACK	1	[PA]
<i>lapatinib</i>	1	[PA]
LENVIMA	1	[PA]
LORBRENA	1	[PA]
LYNPARZA	1	[PA]
MEKINIST	1	[PA]
MEKTOVI	1	[PA] [LD]
NERLYNX	1	[PA] [LD]
ODOMZO	1	[PA]
OJEMDA	1	[PA]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 14.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
OJJAARA	1	[PA]
<i>pazopanib</i>	1	[PA]
PIQRAY	1	[PA]
REZLIDHIA CAPS	1	[PA]
RUBRACA	1	[PA] [LD]
RYDAPT	1	[PA]
SCEMBLIX	1	[PA]
<i>sorafenib</i>	1	[PA]
SPRYCEL	1	[PA]
STIVARGA	1	[PA]
<i>sunitinib malate</i>	1	[PA]
TAFINLAR	1	[PA]
TAGRISSO	1	[PA]
TALZENNA	1	[PA]
TASIGNA	1	[PA]
TEPMETKO	1	[PA] [LD]
TIBSOVO	1	[PA]
<i>torpenz</i>	1	[PA]
TRUQAP	1	[PA]
TURALIO	1	[PA] [LD]
VANFLYTA	1	[PA]
VENCLEXTA TABS 10MG & 50MG	1	[PA] [EDS]
VENCLEXTA TABS 100MG	1	[PA]
VENCLEXTA STARTING PACK	1	[PA]
VERZENIO	1	[PA] [LD]
VITRAKVI	1	[PA] [LD]
VIZIMPRO	1	[PA]
VORANIGO	1	[PA]
VOTRIENT	1	[PA]
WELIREG	1	[PA] [LD]
XALKORI	1	[PA]
XOSPATA	1	[PA] [LD]
ZEJULA TABS	1	[PA] [LD]
ZELBORAF	1	[PA]
ZYDELIG	1	[PA]
ZYKADIA TABS	1	[PA]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Retinoids		
<i>bexarotene</i>	1	[PA]
PANRETIN	1	
<i>tretinoin caps</i>	1	
Treatment Adjuncts		
<i>leucovorin oral</i>	1	[EDS]
MESNEX TABS	1	[EDS]
ANTIPARASITICS		
Anthelmintics		
<i>albendazole</i>	1	[EDS]
<i>ivermectin tabs</i>	1	[EDS]
Antiprotozoals		
<i>atovaquone susp</i>	1	[EDS]
<i>atovaquone/proguanil</i>	1	[EDS]
<i>chloroquine</i>	1	[EDS]
COARTEM	1	[EDS]
<i>hydroxychloroquine tab 200mg</i>	1	[EDS]
<i>mefloquine</i>	1	[EDS]
NEBUPENT NEBULIZER	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>nitazoxanide</i>	1	
<i>pentamidine inhalation soln</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>pentamidine inj</i>	1	[EDS]
PRIMAQUINE	1	[EDS]
<i>pyrimethamine</i>	1	[PA]
<i>quinine sulfate caps</i>	1	[PA] [EDS]
ANTIPARKINSON AGENTS		
Anticholinergics		
<i>benztropine tabs</i>	1	[EDS]
<i>trihexyphenidyl elixir & tabs</i>	1	[EDS]
Antiparkinson Agents, Other		
<i>amantadine</i>	1	[EDS]
<i>carbidopa & levodopa & entacapone</i>	1	[EDS]
<i>entacapone</i>	1	[EDS]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Dopamine Agonists		
apomorphine hydrochloride inj	1	[PA]
bromocriptine	1	[EDS]
NEUPRO PATCH	1	[EDS]
pramipexole ir	1	[EDS]
ropinirole ir	1	[EDS]
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
carbidopa	1	[EDS]
carbidopa & levodopa ir, er, odt	1	[EDS]
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors		
rasagiline	1	[EDS]
selegiline	1	[EDS]
ANTIPSYCHOTICS		
1st Generation/Typical		
chlorpromazine oral	1	[EDS]
fluphenazine oral	1	[EDS]
fluphenazine decanoate inj	1	[EDS]
fluphenazine inj	1	[EDS]
haloperidol oral	1	[EDS]
haloperidol decanoate inj	1	[EDS]
haloperidol lactate inj	1	[EDS]
loxapine	1	[EDS]
molindone	1	[EDS]
perphenazine	1	[EDS]
pimozide	1	[EDS]
thioridazine	1	[EDS]
thiothixene	1	[EDS]
trifluoperazine	1	[EDS]
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY ASIMTUFII INJ	1	
ABILIFY MAINTENA INJ	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
aripiprazole odt	1	
aripiprazole soln	1	[EDS]
aripiprazole tabs	1	[EDS]
ARISTADA INJ	1	
ARISTADA INITIO INJ	1	[EDS]
asenapine maleate sublingual	1	[EDS]
CAPLYTA	1	
FANAPT	1	[EDS]
FANAPT TITRATION PACK	1	[EDS]
INVEGA HAFYERA INJ	1	
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG	1	[EDS]
INVEGA SUSTENNA INJ 78MG, 117MG, 156MG & 234MG	1	
INVEGA TRINZA INJ	1	
lurasidone hcl tabs	1	
LYBALVI	1	[PA]
NUPLAZID	1	[PA]
olanzapine inj, tabs & odt tabs	1	[EDS]
paliperidone er tabs	1	[EDS]
PERSERIS INJ	1	
quetiapine fumarate 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg & 400mg tabs	1	[EDS]
QUETIAPINE FUMARATE 150MG TABS	1	[EDS]
quetiapine er tabs	1	[EDS]
REXULTI	1	
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG & 25MG	1	[EDS]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 14.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG & 50MG	1	
<i>risperidone</i>	1	[EDS]
<i>risperidone er inj 12.5mg & 25mg</i>	1	[EDS]
<i>risperidone er inj 37.5mg & 50mg</i>	1	
<i>risperidone odt</i>	1	[EDS]
SECUADO	1	[PA]
SEROQUEL XR	1	[EDS]
UZEDY INJ	1	
VRAYLAR CAPSULES	1	
<i>ziprasidone inj</i>	1	[EDS]
<i>ziprasidone oral</i>	1	[EDS]
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	1	[EDS]
Treatment-Resistant		
<i>clozapine</i>	1	[EDS]
<i>clozapine odt</i>	1	[EDS]
VERSACLOZ	1	
ANTISPASTICITY AGENTS		
Antispasticity Agents		
<i>baclofen tabs</i>	1	[EDS]
<i>tizanidine caps</i>	1	[EDS]
<i>tizanidine tabs</i>	1	[EDS]
ANTIVIRALS		
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
PREVYMIS	1	[PA]
<i>valganciclovir</i>	1	[EDS]
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
<i>adefovir dipivoxil</i>	1	[EDS]
BARACLUDE ORAL SOLN 0.05MG/ML	1	[EDS]
<i>entecavir tabs</i>	1	[EDS]
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	1	[EDS]
VEMLIDY	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
EPCLUSA	1	[PA]
HARVONI	1	[PA]
LEDIPASVIR/ SOFOSBUVIR	1	[PA]
<i>ribavirin</i>	1	[EDS]
SOFOSBUVIR/ VELPATASVIR	1	[PA]
VOSEVI	1	[PA]
Antiherpetic Agents		
<i>acyclovir caps & tabs</i>	1	[EDS]
<i>acyclovir inj</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>acyclovir oral susp</i>	1	[EDS]
<i>famciclovir</i>	1	[EDS]
<i>valacyclovir</i>	1	[EDS]
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)		
BIKTARVY	1	
DOVATO	1	
GENVOYA	1	
ISENTRESS CHEW TABS 25MG	1	[EDS]
ISENTRESS 100MG CHEW TABS	1	
ISENTRESS ORAL POWDER	1	
ISENTRESS TABS	1	
ISENTRESS HD TABS	1	
JULUCA	1	
STRIBILD	1	
TIVICAY TAB 10MG	1	[EDS]
TIVICAY TABS 25MG & 50MG	1	
TIVICAY PD	1	[EDS]
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)		
COMPLERA	1	
DELSTRIGO	1	
EDURANT	1	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>efavirenz tabs</i>	1	[EDS]
<i>efavirenz & emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs</i>	1	
<i>efavirenz & lamivudine & tenofovir disoproxil fumarate tabs</i>	1	
<i>etravirine tabs 100mg</i>	1	[EDS]
<i>etravirine tabs 200mg</i>	1	
INTELENCE TAB 25MG	1	[EDS]
<i>nevirapine er</i>	1	[EDS]
<i>nevirapine susp & tabs</i>	1	[EDS]
ODEFSEY	1	
PIFELTRO	1	
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)		
<i>abacavir soln & tabs</i>	1	[EDS]
<i>abacavir & lamivudine</i>	1	[EDS]
CIMDUO	1	
DESCOVY	1	
<i>emtricitabine caps 200mg</i>	1	[EDS]
<i>emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg-300mg</i>	1	[EDS]
<i>emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg-150mg, 133mcg-200mg & 167mg-250mg</i>	1	
EMTRIVA SOLN	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>lamivudine tabs 150mg & 300mg</i>	1	[EDS]
<i>lamivudine soln</i>	1	[EDS]
<i>lamivudine & zidovudine</i>	1	[EDS]
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	[EDS]
TRIUMEQ	1	
TRIUMEQ PD	1	
VIREAD TABS 150MG, 200MG & 250MG	1	
VIREAD POWDER	1	[EDS]
<i>zidovudine</i>	1	[EDS]
Anti-HIV Agents, Other		
FUZEON INJ	1	[EDS]
<i>maraviroc</i>	1	
RUKOBIA	1	
SELZENTRY SOLN	1	[EDS]
SELZENTRY 25MG & 75MG	1	[EDS]
SUNLENCA	1	
TYBOST	1	[EDS]
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)		
APTIVUS CAPS	1	
<i>atazanavir sulfate caps</i>	1	[EDS]
<i>darunavir tab 600mg</i>	1	[EDS]
<i>darunavir tab 800mg</i>	1	
EVOTAZ	1	
<i>fosamprenavir tabs</i>	1	
<i>lopinavir & ritonavir</i>	1	[EDS]
NORVIR POWDER	1	[EDS]
PREZCOBIX	1	
PREZISTA SUSP 100MG/ML	1	[EDS]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 14.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
PREZISTA TABS 75MG & 150MG	1	[EDS]
PREZISTA TABS 600MG & 800MG	1	
REYATAZ ORAL POWDER	1	
<i>ritonavir tabs</i>	1	[EDS]
SYMTUZA	1	
VIRACEPT	1	
Anti-influenza Agents		
<i>oseltamivir caps</i>	1	[EDS]
<i>oseltamivir susp</i>	1	[EDS]
RELENZA DISKHALER	1	[EDS]
<i>rimantadine</i>	1	[EDS]
XOFLUZA	1	[EDS]
ANXIOLYTICS		
Anxiolytics, Other		
<i>bupirone</i>	1	[EDS]
<i>meprobamate</i>	1	[EDS]
Benzodiazepines		
<i>alprazolam ir tabs</i>	1	[EDS]
<i>alprazolam er tabs</i>	1	[EDS]
<i>alprazolam soln</i>	1	[EDS]
<i>clorazepate</i>	1	[EDS]
<i>diazepam soln & tabs</i>	1	[EDS]
<i>lorazepam soln & tabs</i>	1	[EDS]
<i>oxazepam</i>	1	[EDS]
BIPOLAR AGENTS		
Mood Stabilizers		
<i>lamotrigine odt</i>	1	[EDS]
<i>lamotrigine odt kit</i>	1	[EDS]
<i>lamotrigine chewable tabs</i>	1	[EDS]
<i>lamotrigine immediate-release tabs</i>	1	[EDS]
<i>lamotrigine starter kit</i>	1	[EDS]
<i>lamotrigine titration kit</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>lithium carbonate</i>	1	[EDS]
<i>lithium carbonate er</i>	1	[EDS]
<i>lithium citrate oral soln</i>	1	[EDS]
<i>subvenite starter kit</i>	1	[EDS]
<i>subvenite tabs</i>	1	[EDS]
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
Antidiabetic Agents		
<i>acarbose</i>	1	[EDS]
BYDUREON BCISE INJ	1	[EDS]
BYETTA INJ	1	[EDS]
CYCLOSET	1	[EDS]
FARXIGA	1	[EDS]
<i>glimepiride</i>	1	[EDS]
<i>glimepiride & pioglitazone</i>	1	[EDS]
<i>glipizide er</i>	1	[EDS]
<i>glipizide tabs 5mg & 10mg</i>	1	[EDS]
<i>glipizide & metformin tabs</i>	1	[EDS]
GLYXAMBI	1	[EDS]
JANUMET	1	[EDS]
JANUMET XR	1	[EDS]
JANUVIA	1	[EDS]
JARDIANCE	1	[EDS]
JENTADUETO	1	[EDS]
JENTADUETO XR	1	[EDS]
<i>metformin tabs</i>	1	[EDS]
<i>metformin er uncoated tabs 500mg & 750mg</i>	1	[EDS]
MOUNJARO INJ	1	[EDS]
<i>nateglinide</i>	1	[EDS]
OZEMPIC INJ	1	[EDS]
<i>pioglitazone</i>	1	[EDS]
<i>pioglitazone & metformin</i>	1	[EDS]
<i>repaglinide</i>	1	[EDS]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
RYBELSUS	1	[EDS]
SYMLINPEN INJ	1	
SYNJARDY	1	[EDS]
SYNJARDY XR	1	[EDS]
TRADJENTA	1	[EDS]
TRIJARDY XR	1	[EDS]
TRULICITY INJ	1	[EDS]
VICTOZA INJ	1	[EDS]
XIGDUO XR	1	[EDS]
Glycemic Agents		
BAQSIMI	1	[EDS]
<i>diazoxide</i>	1	[EDS]
GLUCAGON EMERGENCY KIT INJ	1	[EDS]
GVOKE INJ	1	[EDS]
ZEGALOGUE INJ	1	[EDS]
Insulins		
HUMALOG CARTRIDGE INJ	1	[EDS]
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ	1	[EDS]
HUMALOG KWIKPEN INJ	1	[EDS]
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ	1	[EDS]
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ	1	[EDS]
HUMALOG MIX 75/25 VIAL INJ	1	[EDS]
HUMALOG VIAL INJ	1	[EDS]
HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ	1	[EDS]
HUMULIN 70/30 VIAL INJ	1	[EDS]
HUMULIN N KWIKPEN INJ	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
HUMULIN N VIAL INJ	1	[EDS]
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) KWIKPEN INJ	1	[EDS]
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) VIAL INJ	1	[EDS]
HUMULIN R VIAL INJ	1	[EDS]
INSULIN LISPRO VIAL INJ	1	[EDS]
LANTUS SOLOSTAR PEN INJ	1	[EDS]
LANTUS VIAL INJ	1	[EDS]
LEVEMIR VIAL INJ	1	[EDS]
LEVEMIR FLEXPEN INJ	1	[EDS]
LYUMJEV VIAL INJ	1	[EDS]
LYUMJEV KWIKPEN INJ	1	[EDS]
SOLIQUA INJ	1	[EDS]
TOUJEO SOLOSTAR INJ	1	[EDS]
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJ	1	[EDS]
TRESIBA VIAL INJ	1	[EDS]
TRESIBA FLEXTOUCH INJ	1	[EDS]
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
Anticoagulants		
<i>dabigatran etexilate</i>	1	[EDS]
ELIQUIS STARTER PACK & TABS	1	[EDS]
<i>enoxaparin inj syringe</i>	1	[EDS]
<i>fondaparinux inj 2.5mg/0.5ml & 5mg/0.4ml</i>	1	[EDS]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 14.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>fondaparinux inj 7.5mg/0.6ml & 10mg/0.8ml</i>	1	
<i>heparin inj vials 1000u/ml, 5000u/ml, 10000u/ml & 20000u/ml</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>jantoven</i>	1	[EDS]
<i>warfarin</i>	1	[EDS]
XARELTO ORAL SUSP & TABS	1	[EDS]
XARELTO STARTER PACK	1	[EDS]
Blood Products and Modifiers, Other		
<i>anagrelide</i>	1	[EDS]
LEUKINE INJ	1	[PA]
NIVESTYM INJ	1	[PA]
PROCRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML & 10000UNIT/ML	1	[PA] [EDS]
PROCRIT INJ 20000UNIT/ML & 40000UNIT/ML	1	[PA]
PROMACTA	1	[PA] [LD]
RETACRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML, 10000 UNIT/ML, 20000UNIT/2ML & 20000UNIT/ML	1	[PA] [EDS]
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	1	[PA]
UDENYCA INJ	1	[PA]
ZARXIO INJ	1	[PA]
Hemostasis Agents		
<i>tranexamic acid tabs</i>	1	[EDS]

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

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>isradipine</i>	1	[EDS]
<i>nicardipine caps</i>	1	[EDS]
<i>nifedipine caps</i>	1	[EDS]
<i>nifedipine er</i>	1	[EDS]
<i>nimodipine</i>	1	[EDS]
<i>nisoldipine er</i>	1	[EDS]
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
<i>cartia xt</i>	1	[EDS]
<i>diltiazem tabs</i>	1	[EDS]
<i>diltiazem er caps</i>	1	[EDS]
<i>dilt-xr</i>	1	[EDS]
<i>tiadylt er</i>	1	[EDS]
<i>verapamil ir</i>	1	[EDS]
<i>verapamil er</i>	1	[EDS]
<i>verapamil sr</i>	1	[EDS]
Cardiovascular Agents, Other		
<i>aliskiren</i>	1	[EDS]
<i>amiloride & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>amlodipine & atorvastatin</i>	1	[EDS]
<i>amlodipine & benazepril</i>	1	[EDS]
<i>amlodipine & valsartan & hydrochlorothiazide tabs</i>	1	[EDS]
<i>atenolol & chlorthalidone</i>	1	[EDS]
<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
CORLANOR	1	[EDS]
<i>digoxin oral soln</i>	1	[EDS]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 14.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>digoxin tabs 125mcg & 250mcg</i>	1	[EDS]
<i>digoxin tab 62.5mcg</i>	1	[EDS]
<i>enalapril & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
ENTRESTO TABS	1	[EDS]
<i>fosinopril & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>irbesartan hct</i>	1	[EDS]
<i>ivabradine</i>	1	[EDS]
KERENDIA	1	[EDS]
LANOXIN ORAL	1	[EDS]
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>metyrosine caps</i>	1	[PA]
<i>olmesartan & amlodipine</i>	1	[EDS]
<i>olmesartan hct</i>	1	[EDS]
<i>olmesartan medoxomil & amlodipine & hydrochlorothiazide tabs</i>	1	[EDS]
<i>pentoxifylline er</i>	1	[EDS]
<i>ranolazine er</i>	1	[EDS]
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>valsartan & amlodipine</i>	1	[EDS]
<i>valsartan hct</i>	1	[EDS]
VERQUVO	1	[PA] [EDS]
Diuretics, Loop		
<i>bumetanide inj</i>	1	[EDS]
<i>bumetanide tabs</i>	1	[EDS]
<i>furosemide oral</i>	1	[EDS]
<i>furosemide inj</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>torseamide</i>	1	[EDS]
Diuretics, Potassium-sparing		
<i>amiloride</i>	1	[EDS]
<i>eplerenone</i>	1	[EDS]
<i>spironolactone tabs</i>	1	[EDS]
Diuretics, Thiazide		
<i>chlorthalidone</i>	1	[EDS]
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>indapamide</i>	1	[EDS]
<i>metolazone</i>	1	[EDS]
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
<i>fenofibrate caps 43mg & 130mg</i>	1	[EDS]
<i>fenofibrate micronized caps 67mg, 134mg & 200mg</i>	1	[EDS]
<i>fenofibrate tabs 48mg, 54mg, 145mg & 160mg</i>	1	[EDS]
<i>fenofibric acid dr caps</i>	1	[EDS]
<i>gemfibrozil</i>	1	[EDS]
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors		
<i>atorvastatin</i>	1	[EDS]
<i>lovastatin</i>	1	[EDS]
<i>pravastatin</i>	1	[EDS]
<i>rosuvastatin</i>	1	[EDS]
<i>simvastatin</i>	1	[EDS]
Dyslipidemics, Other		
<i>cholestyramine</i>	1	[EDS]
<i>cholestyramine light</i>	1	[EDS]
<i>colesevelam</i>	1	[EDS]
<i>colestipol pack</i>	1	[EDS]
<i>colestipol tabs</i>	1	[EDS]
<i>ezetimibe</i>	1	[EDS]
<i>ezetimibe & simvastatin</i>	1	[EDS]
<i>icosapent ethyl</i>	1	[EDS]
JUXTAPID	1	[PA] [LD]
<i>niacin er tabs</i>	1	[EDS]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	1	[EDS]
<i>prevalite</i>	1	[EDS]
REPATHA INJ	1	[EDS]
VASCEPA CAPS	1	[EDS]
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
<i>hydralazine oral</i>	1	[EDS]
<i>minoxidil</i>	1	[EDS]
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
<i>isosorbide dinitrate tabs 5mg, 10mg, 20mg & 30mg</i>	1	[EDS]
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	[EDS]
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	[EDS]
<i>nitro-bid oint</i>	1	[EDS]
NITRO-DUR PATCHES 0.3MG/HR & 0.8MG/HR	1	[EDS]
<i>nitroglycerin lingual</i>	1	[EDS]
<i>nitroglycerin patches</i>	1	[EDS]
<i>nitroglycerin sublingual</i>	1	[EDS]
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines		
<i>amphetamine & dextroamphetamine tabs</i>	1	[QL] [EDS]
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 5mg & 10mg</i>	1	[QL] [EDS]
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	1	[QL] [EDS]
<i>zenzedi tabs 5mg & 10mg</i>	1	[QL] [EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>atomoxetine</i>	1	[EDS]
<i>clonidine er 0.1mg</i>	1	[EDS]
<i>dexmethylphenidate ir tabs</i>	1	[EDS]
<i>methylphenidate er tabs 10mg & 20mg</i>	1	[EDS]
<i>methylphenidate ir tabs 5mg, 10mg & 20mg</i>	1	[EDS]
Central Nervous System, Other		
AUSTEDO	1	[PA] [LD]
AUSTEDO XR 6MG, 12MG & 24MG	1	[PA] [LD]
AUSTEDO XR 18MG, 30MG, 36MG, 42MG & 48MG	1	[PA]
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT	1	[PA]
NUDEXTA	1	[PA]
<i>riluzole</i>	1	[EDS]
<i>tetrabenazine</i>	1	[PA]
Fibromyalgia Agents		
<i>duloxetine hcl</i>	1	[EDS]
SAVELLA	1	[EDS]
SAVELLA TITRATION PACK	1	[EDS]
Multiple Sclerosis Agents		
AVONEX INJ	1	[PA]
AVONEX PEN INJ	1	[PA]
BETASERON INJ	1	[PA]
COPAXONE INJ 40MG/ML	1	[PA]
<i>dalfampridine er</i>	1	[PA] [EDS]
<i>dimethyl fumarate caps</i>	1	[PA]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 14.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	1	[PA]
<i>fingolimod</i>	1	[PA]
<i>glatiramer acetate inj</i>	1	[PA]
<i>glatopa inj</i>	1	[PA]
PLEGRIDY INJ	1	[PA]
REBIF INJ	1	[PA]
REBIF REBIDOSE INJ	1	[PA]
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK INJ	1	[PA]
REBIF TITRATION PACK INJ	1	[PA]
<i>teriflunomide tabs</i>	1	[PA]
VUMERITY	1	[PA]
DENTAL AND ORAL AGENTS		
Dental and Oral Agents		
<i>cevimeline</i>	1	[EDS]
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	[EDS]
<i>kourzeq</i>	1	[EDS]
<i>lidocaine viscous soln</i>	1	[EDS]
<i>periogard</i>	1	[EDS]
<i>pilocarpine tabs</i>	1	[EDS]
<i>triamcinolone dental paste</i>	1	[EDS]
DERMATOLOGICAL AGENTS		
Acne and Rosacea Agents		
<i>acitretin</i>	1	[PA] [EDS]
<i>accutane</i>	1	[EDS]
<i>adapalene cream 0.1%</i>	1	[EDS]
<i>adapalene gel 0.3%</i>	1	[EDS]
ALTRENO	1	[PA] [EDS]
<i>amnesteam caps</i>	1	[EDS]
<i>claravis</i>	1	[EDS]
<i>clindamycin & benzoyl peroxide gel 5%-1% & 5%-1.2%</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>isotretinoin caps 10mg, 20mg, 30mg & 40mg</i>	1	[EDS]
<i>tazarotene cream</i>	1	[EDS]
<i>tazarotene gel</i>	1	[QL] [EDS]
TAZORAC CREAM 0.05%	1	[EDS]
<i>tretinoin cream</i>	1	[PA] [EDS]
<i>tretinoin gel 0.01%, 0.025% & 0.05%</i>	1	[PA] [EDS]
<i>zenatane</i>	1	[EDS]
Dermatitis and Pruritus Agents		
<i>alclometasone dipropionate</i>	1	[EDS]
<i>ammonium lactate</i>	1	[EDS]
<i>betamethasone dipropionate</i>	1	[EDS]
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	1	[EDS]
<i>betamethasone valerate cream, oint & lotion</i>	1	[EDS]
<i>clobetasol propionate cream, foam, gel, oint & soln</i>	1	[EDS]
<i>clobetasol propionate emollient</i>	1	[EDS]
<i>desonide lotion, oint & cream</i>	1	[QL] [EDS]
<i>desoximetasone topical cream, gel & oint 0.05%</i>	1	[QL] [EDS]
<i>desoximetasone topical cream & oint 0.25%</i>	1	[QL] [EDS]
<i>diflorasone diacetate</i>	1	[QL] [EDS]
<i>fluocinolone acetonide cream, oint, soln</i>	1	[EDS]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>fluocinolone acetonide scalp oil</i>	1	[EDS]
<i>fluocinonide cream 0.05%, gel & oint</i>	1	[QL] [EDS]
<i>fluocinonide emulsified base cream</i>	1	[QL] [EDS]
<i>fluocinonide soln</i>	1	[EDS]
<i>fluticasone propionate cream & oint</i>	1	[EDS]
<i>halobetasol propionate cream & ointment</i>	1	[EDS]
<i>hydrocortisone cream, lotion & oint 2.5%</i>	1	[EDS]
<i>hydrocortisone butyrate cream, oint & soln</i>	1	[EDS]
<i>hydrocortisone valerate</i>	1	[EDS]
<i>mometasone cream, oint & soln</i>	1	[EDS]
<i>pimecrolimus</i>	1	[QL] [EDS]
<i>selenium sulfide lotion</i>	1	[EDS]
<i>tacrolimus oint</i>	1	[QL] [EDS]
<i>triamcinolone acetonide topical cream & lotion</i>	1	[EDS]
<i>triamcinolone acetonide topical oint 0.025%, 0.1% & 0.5%</i>	1	[EDS]
<i>triderm cream 0.1%</i>	1	[EDS]
Dermatological Agents, Other		
<i>calcipotriene cream & oint</i>	1	[QL] [EDS]
<i>calcipotriene soln</i>	1	[EDS]
<i>clotrimazole & betamethasone</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	1	[PA] [EDS]
<i>fluorouracil topical 2% and 5%</i>	1	[EDS]
<i>imiquimod cream 3.75%</i>	1	[EDS]
<i>imiquimod cream 5%</i>	1	[EDS]
<i>methoxsalen</i>	1	
<i>nystatin & triamcinolone</i>	1	[EDS]
<i>podofilox soln</i>	1	[EDS]
<i>silver sulfadiazine</i>	1	[EDS]
REGRANEX	1	[QL]
SANTYL	1	[QL] [EDS]
ssd	1	[EDS]
Pediculicides/Scabicides		
<i>malathion</i>	1	[EDS]
<i>permethrin cream</i>	1	[EDS]
Topical Anti-infectives		
<i>acyclovir cream & oint 5%</i>	1	[QL] [EDS]
<i>ciclopirox cream, gel, nail soln shampoo & susp</i>	1	[EDS]
<i>clindamycin topical gel, lotion, soln & swab</i>	1	[EDS]
<i>erythromycin topical gel & soln</i>	1	[EDS]
<i>mupirocin ointment</i>	1	[EDS]
<i>mupirocin cream</i>	1	[QL] [EDS]
<i>penciclovir cream</i>	1	[EDS]
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/ VITAMINS		
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
<i>deferasirox granule pack</i>	1	[PA]
<i>deferasirox tabs 90mg</i>	1	[PA] [EDS]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 14.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
deferasirox tabs 180mg & 360mg	1	[PA]
deferasirox tabs for soln 125mg	1	[PA] [EDS]
deferasirox tabs for soln 250mg & 500mg	1	[PA]
deferiprone	1	[PA]
FERRIPROX SOLN	1	[PA]
FERRIPROX TAB 1000MG	1	[PA]
INTRALIPID INJ	1	[PA] [B vs D] [EDS]
penicillamine tabs	1	
trientine cap 250mg	1	
Electrolyte/Mineral Replacement		
carglumic acid	1	[PA]
CLINISOL SF INJ	1	[PA] [B vs D] [EDS]
dextrose inj	1	[EDS]
dextrose (10%, 5% or 2.5%) & sodium chloride inj	1	[EDS]
klor-con pack	1	[EDS]
klor-con tabs	1	[EDS]
magnesium sulfate inj	1	[EDS]
plenamine inj	1	[PA] [B vs D] [EDS]
potassium chloride oral soln	1	[EDS]
potassium chloride inj	1	[EDS]
potassium chloride pack 20meq	1	[EDS]
potassium chloride er & cr	1	[EDS]
potassium chloride & dextrose 20mEq/5% inj	1	[EDS]
potassium chloride & dextrose & lactated ringers inj	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
potassium chloride & dextrose & sodium chloride inj 2mEq/5%/0.2%, 10mEq/5%/0.45%, 20mEq/5%/0.45%, 20mEq/5%/0.9%, 30mEq/5%/0.45% 40mEq/5%/0.9% & 40mEq/5%/0.45%	1	[EDS]
potassium citrate er	1	[EDS]
PROSOL INJ	1	[PA] [B vs D] [EDS]
sodium chloride inj	1	[EDS]
TPN ELECTROLYTES INJ	1	[EDS]
TRAVASOL INJ	1	[PA] [B vs D] [EDS]
Phosphate Binders		
AURYXIA	1	[PA]
calcium acetate	1	[EDS]
lanthanum carbonate	1	
sevelamer carbonate powder	1	[EDS]
sevelamer carbonate tabs	1	[EDS]
VELPHORO	1	[PA]
Potassium Binders		
kionex susp	1	[EDS]
LOKELMA	1	[EDS]
sodium polystyrene sulfonate powder	1	[EDS]
sps suspension	1	[EDS]
VELTASSA	1	[EDS]
Vitamins		
prenatal multi-vitamin	1	[EDS]
GASTROINTESTINAL AGENTS		
Anti-Constipation Agents		
constulose soln	1	[EDS]

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

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

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

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 14.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
ORFADIN CAPS 20MG	1	[PA] [LD]
ORFADIN SUSP	1	[PA] [LD]
RAVICTI	1	
sapropterin	1	
sodium phenylbutyrate powder & tabs	1	
SUCRAID	1	
yargesa caps	1	[PA] [LD]
GENITOURINARY AGENTS		
Antispasmodics, Urinary		
fesoterodine fumarate er	1	[EDS]
flavoxate	1	[EDS]
GEMTESA	1	[EDS]
MYRBETRIQ	1	[EDS]
oxybutynin ir	1	[EDS]
oxybutynin er	1	[EDS]
OXYTROL	1	[EDS]
solifenacin succinate	1	[EDS]
tolterodine tartrate er	1	[EDS]
tropium ir	1	[EDS]
tropium er	1	[EDS]
Benign Prostatic Hypertrophy Agents		
alfuzosin hcl er	1	[EDS]
dutasteride	1	[EDS]
dutasteride & tamsulosin	1	[EDS]
finasteride tabs 5mg	1	[EDS]
tamsulosin	1	[EDS]
Genitourinary Agents, Other		
bethanechol	1	[EDS]
ELMIRON	1	[EDS]
THIOLA EC	1	
tiopronin	1	
tiopronin dr	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (ADRENAL)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
dexamethasone dose pack	1	[EDS]
dexamethasone elixir	1	[EDS]
dexamethasone tabs	1	[EDS]
fludrocortisone acetate	1	[EDS]
HEMADY	1	[EDS]
hydrocortisone oral	1	[EDS]
MEDROL TABS	1	[PA] [B vs D] [EDS]
methylprednisolone dose pack	1	[EDS]
methylprednisolone oral	1	[PA] [B vs D] [EDS]
ORAPRED ODT	1	[PA] [B vs D] [EDS]
prednisolone oral soln	1	[PA] [B vs D] [EDS]
prednisolone odt	1	[PA] [B vs D] [EDS]
prednisolone tablet 5mg	1	[PA] [B vs D]
prednisone tab pack	1	[EDS]
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (PITUITARY)		
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Pituitary)		
desmopressin acetate nasal	1	[EDS]
desmopressin acetate oral	1	[EDS]
GENOTROPIN INJ	1	[PA]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG, 0.4MG, 0.6MG & 0.8MG	1	[PA] [EDS]
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 1MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG & 2MG	1	[PA]
HUMATROPE INJ CARTRIDGE 6MG	1	[PA] [EDS]
HUMATROPE INJ CARTRIDGE 12MG & 24MG	1	[PA]
INCRELEX INJ	1	[PA]
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (SEX HORMONES/ MODIFIERS)		
Androgens		
<i>danazol</i>	1	[EDS]
<i>testosterone cypionate inj</i>	1	[EDS]
<i>testosterone enanthatate inj</i>	1	[EDS]
<i>testosterone gel 1% & 1.62%</i>	1	[EDS]
<i>testosterone gel 25mg/2.5g, 20.25mg/1.25g, 40.5mg/2.5g & 50mg/5g</i>	1	[EDS]
Estrogens		
<i>altavera</i>	1	[EDS]
<i>alyacen 1/35</i>	1	[EDS]
<i>amabelz</i>	1	[EDS]
<i>apri</i>	1	[EDS]
<i>aranelle</i>	1	[EDS]
<i>abra eq</i>	1	[EDS]
<i>aviane</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>azurette</i>	1	[EDS]
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	1	[EDS]
<i>briellyn</i>	1	[EDS]
<i>cyred eq</i>	1	[EDS]
<i>desogestrel & ethinyl estradiol</i>	1	[EDS]
<i>dotti</i>	1	[EDS]
<i>drospirenone & ethinyl estradiol 3mg/0.02mg</i>	1	[EDS]
<i>eluryng</i>	1	[EDS]
<i>enilloring</i>	1	[EDS]
<i>enpresse-28</i>	1	[EDS]
<i>enskyce</i>	1	[EDS]
<i>estarylla</i>	1	[EDS]
<i>estradiol oral</i>	1	[EDS]
<i>estradiol patches</i>	1	[EDS]
<i>estradiol vaginal cream</i>	1	[EDS]
<i>estradiol vaginal tabs</i>	1	[EDS]
<i>estradiol & norethindrone acetate 0.5mg/0.1mg & 1mg/0.5mg</i>	1	[EDS]
ESTRING	1	[EDS]
<i>ethinyl estradiol & ethynodiol</i>	1	[EDS]
<i>ethinyl estradiol & norethindrone acetate 5mcg/1mg & 2.5mcg- 0.5mg</i>	1	[EDS]
<i>etonogestrel & ethinyl estradiol ring</i>	1	[EDS]
<i>falmina</i>	1	[EDS]
<i>fyavolv</i>	1	[EDS]
<i>haloette</i>	1	[EDS]
IMVEXXY PACK	1	[EDS]
<i>introvale</i>	1	[EDS]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 14.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>isibloom</i>	1	[EDS]
<i>jasmiel</i>	1	[EDS]
<i>jinteli</i>	1	[EDS]
<i>juleber</i>	1	[EDS]
<i>junel 21 day</i>	1	[EDS]
<i>junel fe 1/20</i>	1	[EDS]
<i>kariva</i>	1	[EDS]
<i>kelnor 1/35 & 1/50</i>	1	[EDS]
<i>kurvelo</i>	1	[EDS]
<i>larin</i>	1	[EDS]
<i>larin fe</i>	1	[EDS]
<i>leena</i>	1	[EDS]
<i>levonest</i>	1	[EDS]
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol 0.1-0.02mg & 0.15-0.03mg & triphasic packs</i>	1	[EDS]
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol and ethinyl estradiol 0.1/0.02mg-0.01mg packs</i>	1	[EDS]
<i>levora</i>	1	[EDS]
<i>loryna</i>	1	[EDS]
<i>low-ogestrel</i>	1	[EDS]
<i>lyllana</i>	1	[EDS]
<i>marlissa 28 day</i>	1	[EDS]
MENEST	1	[EDS]
<i>microgestin 1/20 & 1.5/30</i>	1	[EDS]
<i>microgestin 24 fe</i>	1	[EDS]
<i>microgestin fe 1/20 & 1.5/30</i>	1	[EDS]
<i>mili</i>	1	[EDS]
<i>mimvey</i>	1	[EDS]
<i>necon</i>	1	[EDS]
<i>nikki</i>	1	[EDS]
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	1	[EDS]

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJ	1	[EDS]
<i>heather tabs</i>	1	[EDS]
<i>incassia</i>	1	[EDS]
<i>lyleq</i>	1	[EDS]
<i>lyza</i>	1	[EDS]
<i>medroxyprogesterone acetate inj</i>	1	[EDS]
<i>medroxyprogesterone acetate tabs</i>	1	[EDS]
<i>megestrol acetate oral susp 40mg/ml</i>	1	[EDS]
<i>megestrol tabs</i>	1	[EDS]
<i>norethindrone</i>	1	[EDS]
<i>progesterone caps</i>	1	[EDS]
<i>sharobel</i>	1	[EDS]
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
DUAVEE	1	[EDS]
<i>raloxifene hcl</i>	1	[EDS]
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (THYROID)		
<i>Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Thyroid)</i>		
CYTOMEL	1	[EDS]
<i>levothyroxine tabs</i>	1	[EDS]
<i>levoxyl</i>	1	[EDS]
<i>liothyronine tabs</i>	1	[EDS]
SYNTHROID	1	[EDS]
<i>unithroid</i>	1	[EDS]
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal)</i>		
LYSODREN	1	
ISTURISA	1	[PA]
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)</i>		
<i>cabergoline</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
ELIGARD INJ	1	[PA] [EDS]
<i>leuprolide acetate inj kit 1mg/0.2ml</i>	1	[EDS]
LUPRON DEPOT INJ	1	[PA]
<i>octreotide inj 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml & 500mcg/ml</i>	1	[EDS]
<i>octreotide inj 1000mcg/ml</i>	1	
ORGOVYX	1	[PA] [LD]
SIGNIFOR INJ	1	[PA]
SOMAVERT INJ	1	[PA]
SYNAREL	1	[EDS]
TRELSTAR MIXJECT INJ	1	[PA] [EDS]
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)		
<i>Antithyroid Agents</i>		
<i>methimazole</i>	1	[EDS]
<i>propylthiouracil</i>	1	[EDS]
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
<i>Angioedema Agents</i>		
CINRYZE INJ	1	[PA]
<i>icatibant inj</i>	1	[PA]
<i>sajazir inj</i>	1	[PA]
<i>Immunoglobulins</i>		
GAMMAGARD INJ	1	[PA] [B vs D]
GAMUNEX-C INJ	1	[PA] [B vs D]
<i>Immunological Agents, Other</i>		
ARCALYST INJ	1	[PA]
BENLYSTA INJ	1	[PA]
COSENTYX INJ	1	[PA]
COSENTYX SENSOREADY PEN INJ	1	[PA]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 14.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
COSENTYX UNOREADY PEN INJ	1	[PA]
DUPIXENT INJ	1	[PA]
KINERET INJ	1	[PA]
ORENCIA INJ PF SYRINGE	1	[PA]
ORENCIA CLICKJET	1	[PA]
OTEZLA	1	[PA]
OTEZLA STARTER	1	[PA]
RIDAURA	1	
RINVOQ	1	[PA]
RINVOQ LQ	1	[PA]
SKYRIZI INJ	1	[PA]
STELARA INJ	1	[PA]
XELJANZ	1	[PA]
XELJANZ XR	1	[PA]
XOLAIR INJ	1	[PA] [LD]
Immunostimulants		
ACTIMMUNE INJ	1	[PA]
PEGASYS INJ	1	
Immunosuppressants		
ASTAGRAF XL	1	[PA] [B vs D] [EDS]
AZASAN	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>azathioprine tabs 50mg</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>azathioprine tabs 75mg & 100mg</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
CELLCEPT CAPS	1	[PA] [B vs D] [EDS]
CELLCEPT ORAL SUSPENSION & TABS	1	[PA] [B vs D]
<i>cyclosporine caps</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>cyclosporine modified</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
ENBREL INJ	1	[PA]
ENBREL MINI INJ	1	[PA]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
ENBREL SURECLICK INJ	1	[PA]
ENVARSUS XR	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>everolimus 0.25mg</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>everolimus 0.5mg, 0.75mg & 1mg</i>	1	[PA] [B vs D]
<i>gengraf</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
HUMIRA INJ	1	[PA]
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS STARTER PACK INJ	1	[PA]
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJ	1	[PA]
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK INJ	1	[PA]
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ	1	[PA]
HUMIRA PEN INJ	1	[PA]
IMURAN TABS	1	[PA] [B vs D] [EDS]
JYLAMVO SOLN	1	[EDS]
<i>leflunomide</i>	1	[EDS]
<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	1	[EDS]
<i>methotrexate oral</i>	1	[EDS]
<i>mycophenolate mofetil caps & tabs</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>mycophenolate mofetil oral susp</i>	1	[PA] [B vs D]
<i>mycophenolic acid dr</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
MYFORTIC	1	[PA] [B vs D] [EDS]
MYHIBBIN	1	[PA] [B vs D] [EDS]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
NEORAL	1	[PA] [B vs D] [EDS]
PROGRAF CAPS	1	[PA] [B vs D] [EDS]
PROGRAF PACK	1	[PA] [B vs D] [EDS]
RAPAMUNE SOLN	1	[PA] [B vs D]
RAPAMUNE TABS	1	[PA] [B vs D] [EDS]
SANDIMMUNE CAPS 25MG & 100MG	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>sirolimus soln</i>	1	[PA] [B vs D]
<i>sirolimus tabs</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>tacrolimus caps 0.5mg & 1mg</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>tacrolimus caps 5mg</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
XATMEP	1	[EDS]
ZORTRESS TABS 0.25MG	1	[PA] [B vs D] [EDS]
ZORTRESS TABS 0.5MG, 0.75MG & 1MG	1	[PA] [B vs D]
Vaccines		
ABRYSVO INJ	1	[EDS]
ACTHIB INJ	1	[EDS]
ADACEL INJ	1	[EDS]
AREXVY INJ	1	[EDS]
BCG INJ	1	[EDS]
BEXSERO INJ	1	[EDS]
BOOSTRIX INJ	1	[EDS]
DAPTACEL INJ	1	[EDS]
DIPHtheria & TETANUS TOXOIDS PEDIATRIC INJ	1	[EDS]
ENGERIX-B INJ	1	[PA] [B vs D] [EDS]
GARDASIL 9 INJ	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
HAVRIX INJ	1	[EDS]
HEPLISAV-B INJ	1	[PA] [B vs D] [EDS]
HIBERIX INJ	1	[EDS]
IMOVAX RABIES INJ	1	[EDS]
INFANRIX INJ	1	[EDS]
IPOL INACTIVATED IPV INJ	1	[EDS]
IXCHIQ INJ	1	[EDS]
IXIARO INJ	1	[EDS]
JYNNEOS INJ	1	[PA] [B vs D] [EDS]
KINRIX INJ	1	[EDS]
MENACTRA INJ	1	[EDS]
MENQUADFI INJ	1	[EDS]
MENVEO-A/C/Y/W- 135 INJ	1	[EDS]
MRESVIA INJ	1	[EDS]
M-M-R II INJ	1	[EDS]
PEDIARIX INJ	1	[EDS]
PEDVAX HIB INJ	1	[EDS]
PENBRAYA INJ	1	[EDS]
PENTACEL INJ	1	[EDS]
PREHEVBRIO INJ	1	[PA] [B vs D] [EDS]
PRIORIX INJ	1	[EDS]
PROQUAD INJ	1	[EDS]
QUADRACEL INJ	1	[EDS]
RABAVERT INJ	1	[EDS]
RECOMBIVAX HB INJ	1	[PA] [B vs D] [EDS]
ROTARIX	1	[EDS]
ROTATEQ	1	[EDS]
SHINGRIX INJ	1	[EDS]
TDVAX INJ	1	[EDS]
TENIVAC INJ	1	[EDS]
TICOVAC INJ	1	[EDS]
TRUMENBA INJ	1	[EDS]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 14.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
TWINRIX INJ	1	[EDS]
TYPHIM VI INJ	1	[EDS]
VAQTA INJ	1	[EDS]
VARIVAX INJ	1	[EDS]
VAXCHORA INJ	1	[EDS]
YF-VAX INJ	1	[EDS]
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS		
Aminosalicylates		
<i>balsalazide</i>	1	[EDS]
DIPENTUM	1	
<i>mesalamine dr</i>	1	[EDS]
<i>mesalamine enema</i>	1	[EDS]
<i>mesalamine er caps</i>	1	[EDS]
<i>mesalamine rectal suppository</i>	1	[EDS]
PENTASA CAP 250MG	1	[EDS]
<i>sulfasalazine</i>	1	[EDS]
Glucocorticoids		
<i>budesonide ec caps</i>	1	[EDS]
<i>budesonide er tabs 9mg</i>	1	
<i>hydrocortisone enema</i>	1	[EDS]
<i>prednisone tabs</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>prednisone oral soln</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
PREDNISONE INTENSOL	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>procto-med hc</i>	1	[EDS]
<i>procto-pak</i>	1	[EDS]
<i>proctosol hc</i>	1	[EDS]
<i>proctozone-hc</i>	1	[EDS]
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>alendronate tabs</i>	1	[EDS]
<i>alendronate oral soln</i>	1	[EDS]
<i>calcitonin-salmon nasal</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>calcitriol caps</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>cinacalcet tab 30mg</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>cinacalcet tab 60mg</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>cinacalcet tab 90mg</i>	1	[PA] [B vs D]
<i>doxercalciferol oral</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
FORTEO INJ	1	[PA]
<i>ibandronate oral</i>	1	[EDS]
<i>paricalcitol caps</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
PROLIA INJ	1	[PA] [EDS]
RAYALDEE	1	
<i>risedronate sodium</i>	1	[EDS]
<i>risedronate sodium dr</i>	1	[EDS]
TERIPARATIDE INJ	1	[PA]
TYMLOS INJ	1	[PA]
XGEVA INJ	1	[PA]
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
Miscellaneous Therapeutic Agents		
<i>alcohol pads</i>	1	[EDS]
<i>bd insulin syringe ultrafine</i>	1	[EDS]
<i>bd insulin syringe safetyglide</i>	1	[EDS]
<i>bd pen needle ultrafine</i>	1	[EDS]
ENDARI	1	[PA]
<i>gauze pads 2"x2"</i>	1	[EDS]
KORLYM	1	[PA]
KOSELUGO	1	[PA]
LAGEVRIO	1	[EDS]
<i>levocarnitine oral</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>l-glutamine</i>	1	[PA]
<i>mifepristone tabs</i>	1	[PA]
<i>paroxetine mesylate</i>	1	[EDS]
PAXLOVID	1	[EDS]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
<i>pmdd fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg</i>	1	[EDS]
OPHTHALMIC AGENTS		
Ophthalmic Agents, Other		
<i>atropine sulfate soln</i>	1	[EDS]
<i>brimonidine & timolol maleate</i>	1	[EDS]
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	1	[EDS]
CYSTARAN	1	
<i>dorzolamide & timolol maleate</i>	1	[EDS]
<i>neomycin & polymyxin & bacitracin</i>	1	[EDS]
<i>neomycin & polymyxin & bacitracin & hydrocortisone</i>	1	[EDS]
<i>neomycin & polymyxin & dexamethasone</i>	1	[EDS]
<i>neomycin & polymyxin & gramicidin ophthalmic</i>	1	[EDS]
<i>neomycin & polymyxin & hydrocortisone</i>	1	[EDS]
ROCKLATAN	1	[EDS]
SIMBRINZA	1	[EDS]
<i>sulfacetamide sodium & prednisolone sodium phosphate ophthalmic</i>	1	[EDS]
TOBRADEX OINT	1	[EDS]
<i>tobramycin & dexamethasone ophthalmic suspension</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
XIIDRA	1	[EDS]
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
<i>azelastine 0.05%</i>	1	[EDS]
<i>cromolyn sodium ophthalmic soln</i>	1	[EDS]
Ophthalmic Anti-infectives		
AZASITE	1	[EDS]
<i>bacitracin ophthalmic ointment</i>	1	[EDS]
<i>bacitracin & polymyxin b ointment</i>	1	[EDS]
<i>ciprofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	1	[EDS]
<i>erythromycin ophthalmic oint</i>	1	[EDS]
<i>gentamicin ophthalmic soln 0.3%</i>	1	[EDS]
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic</i>	1	[EDS]
NATACYN	1	[EDS]
<i>neo-polycin ophthalmic ointment</i>	1	[EDS]
<i>neo-polycin hc ophthalmic ointment</i>	1	[EDS]
<i>ofloxacin ophthalmic</i>	1	[EDS]
<i>polycin ophthalmic ointment</i>	1	[EDS]
<i>polymyxin b sulfate & trimethoprim sulfate ophthalmic soln</i>	1	[EDS]
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic oint & soln 10%</i>	1	[EDS]
<i>tobramycin ophthalmic solution</i>	1	[EDS]
<i>trifluridine</i>	1	[EDS]
ZIRGAN	1	[EDS]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 14.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Ophthalmic Anti-inflammatories		
<i>bromfenac ophthalmic soln 0.09%</i>	1	[EDS]
BROMSITE	1	[EDS]
<i>dexamethasone ophthalmic soln</i>	1	[EDS]
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	1	[EDS]
<i>difluprednate</i>	1	[EDS]
<i>fluorometholone</i>	1	[EDS]
<i>ketorolac soln</i>	1	[EDS]
LOTEMAX OINT	1	[EDS]
LOTEMAX SM GEL 0.38%	1	[EDS]
PRED MILD	1	[EDS]
<i>prednisolone acetate</i>	1	[EDS]
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	1	[EDS]
PROLENSA	1	[EDS]
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>betaxolol soln</i>	1	[EDS]
<i>carteolol</i>	1	[EDS]
<i>levobunolol</i>	1	[EDS]
<i>timolol ophthalmic gel forming</i>	1	[EDS]
<i>timolol ophth soln 12 hours 0.25% & 0.5% multi-use bottles</i>	1	[EDS]
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
<i>acetazolamide tabs</i>	1	[EDS]
<i>acetazolamide er caps</i>	1	[EDS]
ALPHAGAN P 0.1%	1	[EDS]
<i>brimonidine tartrate soln 0.15%</i>	1	[EDS]
<i>brimonidine tartrate soln 0.2%</i>	1	[EDS]
<i>dorzolamide</i>	1	[EDS]
<i>methazolamide</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
PHOSPHOLINE IODIDE	1	[EDS]
<i>pilocarpine soln</i>	1	[EDS]
RHOPRESSA	1	[EDS]
Ophthalmic Prostaglandin and Prostanoid Analogs		
<i>latanoprost</i>	1	[EDS]
LUMIGAN	1	[EDS]
<i>travoprost</i>	1	[EDS]
VYZULTA	1	[EDS]
OTIC AGENTS		
Otic Agents		
<i>acetic acid & hydrocortisone</i>	1	[EDS]
CIPRO HC	1	[EDS]
<i>ciprofloxacin & dexamethasone otic susp</i>	1	[EDS]
<i>fluocinolone acetonide otic soln</i>	1	[EDS]
<i>neomycin & polymyxin & hydrocortisone</i>	1	[EDS]
<i>ofloxacin otic</i>	1	[EDS]
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
Antihistamines		
<i>azelastine nasal 0.1%</i>	1	[EDS]
<i>cyproheptadine</i>	1	[EDS]
<i>desloratadine tabs</i>	1	[EDS]
<i>hydroxyzine hcl tabs</i>	1	[EDS]
<i>hydroxyzine pamoate caps</i>	1	[EDS]
<i>levocetirizine</i>	1	[EDS]
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids		
ARNUITY ELLIPTA	1	[EDS]
ASMANEX HFA	1	[EDS]
ASMANEX TWISTHALER	1	[EDS]

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
BREZTRI AEROSPHERE	1	[EDS]
<i>budesonide nebulizer</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>flunisolide nasal</i>	1	[QL] [EDS]
<i>fluticasone propionate nasal</i>	1	[QL] [EDS]
<i>mometasone furoate nasal</i>	1	[QL] [EDS]
PULMICORT NEBULIZER	1	[PA] [B vs D] [EDS]
QVAR REDHALER	1	[EDS]
Antileukotrienes		
<i>montelukast</i>	1	[EDS]
<i>zafirlukast</i>	1	[EDS]
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT HFA	1	[QL] [EDS]
<i>ipratropium bromide nasal</i>	1	[QL] [EDS]
<i>ipratropium bromide nebulizer</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
SPIRIVA HANDHALER	1	[EDS]
SPIRIVA RESPIMAT	1	[EDS]
YUPELRI	1	[PA] [B vs D]
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol sulfate hfa 6.7gm inhaler</i>	1	[QL] [EDS]
<i>albuterol sulfate hfa 8.5gm inhaler</i>	1	[QL] [EDS]
<i>albuterol sulfate nebulizer</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>albuterol sulfate syrup</i>	1	[EDS]
<i>albuterol sulfate tabs</i>	1	[EDS]
<i>arformoterol tartrate nebulizer</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
BROVANA NEBULIZER	1	[PA] [B vs D] [EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR 0.15MG/0.3ML & 0.3MG/0.3ML	1	[EDS]
<i>formoterol fumarate nebulizer</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>levalbuterol nebulizer</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA	1	[EDS]
PERFOROMIST NEBULIZER	1	[PA] [B vs D]
PROAIR RESPICLICK	1	[EDS]
SEREVENT DISKUS	1	[EDS]
STRIVERDI RESPIMAT	1	[EDS]
<i>terbutaline sulfate oral</i>	1	[EDS]
Cystic Fibrosis Agents		
BETHKIS	1	[PA] [B vs D]
CAYSTON	1	[PA] [LD]
KALYDECO	1	[PA]
KITABIS NEBULIZER	1	[PA] [B vs D]
ORKAMBI	1	[PA]
PULMOZYME	1	[PA] [B vs D]
TOBI SOLN	1	[PA] [B vs D]
TOBI PODHALER	1	
<i>tobramycin nebulizer</i>	1	[PA] [B vs D]
TRIKAFTA	1	[PA]
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn sodium nebulizer soln</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
OHTUVAYRE NEBULIZER	1	[PA] [B vs D]
<i>roflumilast tabs</i>	1	[EDS]
<i>theophylline er tabs</i>	1	[EDS]

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

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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 14.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
Pulmonary Antihypertensives		
ADEMPAS	1	[PA] [LD]
<i>alyq</i>	1	[PA]
<i>ambrisentan</i>	1	[PA] [LD]
<i>bosentan tabs 62.5mg & 125mg</i>	1	[PA] [LD]
OPSUMIT	1	[PA] [LD]
<i>sildenafil tab 20mg</i>	1	[PA] [EDS]
<i>tadalafil tab 20mg</i>	1	[PA]
TRACLEER 32MG	1	[PA] [LD]
UPTRAVI	1	[PA]
Pulmonary Fibrosis Agents		
OFEV	1	[PA]
<i>pirfenidone tabs</i>	1	[PA]
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine nebulizer soln</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
ADVAIR HFA	1	[EDS]
ANORO ELLIPTA	1	[EDS]
BEVESPI AEROSPHERE	1	[EDS]
BREO ELLIPTA	1	[EDS]
COMBIVENT RESPIMAT	1	[EDS]
DULERA	1	[EDS]
FASENRA INJ	1	[PA]
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus 100mcg-50mcg, 250mcg-50mcg & 500mcg-50mcg</i>	1	[EDS]
<i>ipratropium bromide & albuterol sulfate nebulizer</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
PROLASTIN C INJ	1	[PA] [LD]
STIOLTO RESPIMAT	1	[EDS]
TRELEGY ELLIPTA	1	[EDS]
<i>wixela inhub</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
약 이름	약 단계	요건/제한
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
Skeletal Muscle Relaxants		
<i>carisoprodol tabs 350mg</i>	1	[EDS]
<i>chlorzoxazone tabs 500mg</i>	1	[EDS]
<i>cyclobenzaprine hcl ir</i>	1	[EDS]
<i>methocarbamol tabs 500mg & 750mg</i>	1	[EDS]
SLEEP DISORDER AGENTS		
Sleep Promoting Agents		
BELSOMRA	1	[QL] [EDS]
<i>doxepin tabs</i>	1	[EDS]
<i>estazolam</i>	1	[EDS]
<i>flurazepam caps</i>	1	[EDS]
<i>ramelteon</i>	1	[EDS]
<i>tasimelteon caps</i>	1	[PA]
<i>temazepam caps 7.5mg, 15mg & 30mg</i>	1	[EDS]
<i>temazepam caps 22.5mg</i>	1	[EDS]
<i>triazolam</i>	1	[EDS]
<i>zolpidem ir tabs 5mg & 10mg</i>	1	[EDS]
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil</i>	1	[PA] [EDS]
<i>modafinil</i>	1	[PA] [EDS]
SODIUM OXYBATE ORAL SOLN	1	[PA][LD]
XYWAV	1	[PA] [LD]

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

FORMULARY DRUGS WITH QUANTITY LIMITS

수량 제한이 있는 처방집 의약

Drugs with Quantity Limits 수량 제한이 있는 처방집 의약품	
Drug Name 약 이름	Quantity Limits 수량 제한
<i>acetaminophen & codeine #2 & #3 tabs</i>	360 tabs per 30 days
<i>acetaminophen & codeine #4 tabs</i>	180 tabs per 30 days
<i>acetaminophen & codeine elixir</i>	5000ml per 30 days
<i>acyclovir cream</i>	5gm per 30 days
<i>acyclovir ointment</i>	30gm per 30 days
<i>albuterol sulfate hfa 6.7gm inhaler</i>	13.4gm per 30 days
<i>albuterol sulfate hfa 8.5gm inhaler</i>	17gm per 30 days
<i>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 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
<i>fentanyl patches</i>	15 patches per 30 days
<i>flunisolide nasal</i>	2 bottles per 30 days
<i>flucinonide 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

Drugs with Quantity Limits
수량 제한이 있는 처방집 의약품

Drug Name 약 이름	Quantity Limits 수량 제한
<i>hydrocodone & acetaminophen soln 7.5-325mg/15ml</i>	5500ml per 30 days
<i>hydrocodone & acetaminophen soln 10-325mg/15ml</i>	5500ml per 30 days
<i>hydrocodone & acetaminophen tabs 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg</i>	5-325mg: 360 tabs per 30 days; 7.5-325mg & 10-325mg: 180 tabs per 30 days
<i>hydrocodone & ibuprofen tabs 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 TABS 10MG & 20MG	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
<i>tazarotene gel</i>	30gm: 3 tubes per 30 days; 100gm: 1 tube per 30
<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

색인

- abacavir & lamivudine*, 42
abacavir soln & tabs, 42
ABELCET INJ, 36
ABILIFY ASIMTUFII INJ, 40
ABILIFY MAINTENA INJ, 40
abiraterone acetate, 37
ABRYSVO INJ, 58
acamprosate calcium dr, 30
acarbose, 43
accutane, 49
acebutolol, 46
acetaminophen & codeine, 30, 64
acetazolamide er caps, 61
acetazolamide tabs, 61
acetic acid & hydrocortisone, 61
acetylcysteine nebulizer soln, 63
acitretin, 49
ACTHIB INJ, 58
ACTIMMUNE INJ, 57
acyclovir caps & tabs, 41
acyclovir cream, 64
acyclovir cream & oint 5%, 50
acyclovir inj, 41
acyclovir ointment, 64
acyclovir oral susp, 41
ADACEL INJ, 58
adapalene cream 0.1%, 49
adapalene gel 0.3%, 49
adefovir dipivoxil, 41
ADEMPAS, 63
ADV AIR HFA, 63
AIMOVIG INJ, 37
AKEEGA, 37
albendazole, 39
albuterol sulfate hfa 6.7gm inhaler, 62, 64
albuterol sulfate hfa 8.5gm inhaler, 62, 64
albuterol sulfate nebulizer, 62
albuterol sulfate syrup, 62
albuterol sulfate tabs, 62
alclometasone dipropionate, 49
alcohol pads, 59
ALECENSA, 38
alendronate oral soln, 59
alendronate tabs, 59
alfuzosin hcl er, 53
aliskiren, 46
allopurinol tabs 100mg & 300mg, 36
alosetron hcl tab 0.5mg, 52
alosetron hcl tab 1mg, 52
ALPHAGAN P 0.1%, 61
alprazolam er tabs, 43
alprazolam ir tabs, 43
alprazolam soln, 43
altavera, 54
ALTRENO, 49
ALUNBRIG, 38
ALUNBRIG INITIATION PACK, 38
alyacen 1/35, 54
alyq, 63
amabelz, 54
amantadine, 39
AMBISOME INJ, 36
ambrisentan, 63
amikacin inj, 31
amiloride, 47
amiloride & hydrochlorothiazide, 46
amiodarone tabs, 46
amitriptyline, 35
amlodipine, 46
amlodipine & valsartan & hydrochlorothiazide tabs, 46
amlodipine & atorvastatin, 46
amlodipine & benazepril, 46
ammonium lactate, 49
amnestem caps, 49
amoxapine, 35

amoxicillin, 32
amoxicillin & clavulanate potassium, 32
amoxicillin & clavulanate potassium er, 32
amoxicillin & clavulanate potassium oral susp & tabs, 32
amoxicillin-clavulanate potassium chew tabs 400-57mg, 32
amphetamine & dextroamphetamine, 64
amphetamine & dextroamphetamine tabs, 48
amphotericin b inj, 36
amphotericin b liposome inj, 36
ampicillin & sulbactam inj 10-5gm, 2-1gm & 1-0.5gm, 32
ampicillin inj, 32
ampicillin oral, 32
anagrelide, 45
anastrozole, 38
 ANORO ELLIPTA, 63
apomorphine hydrochloride inj, 40
aprepitant caps 80mg & 125mg, 36
aprepitant pack, 36
apri, 54
 APTIOM, 34
 APTIVUS CAPS, 42
aranelle, 54
 ARCALYST INJ, 56
 AREXVY INJ, 58
arformoterol tartrate nebulizer, 62
aripiprazole odt, 40
aripiprazole soln, 40
aripiprazole tabs, 40
 ARISTADA INITIO INJ, 40
 ARISTADA INJ, 40
armodafinil, 63
 ARNUITY ELLIPTA, 61
asenapine maleate sublingual, 40
 ASMANEX HFA, 61
 ASMANEX TWISTHALER, 61
 ASTAGRAF XL, 57
atazanavir sulfate caps, 42
atenolol, 46
atenolol & chlorthalidone, 46
atomoxetine, 48
atorvastatin, 47
atovaquone susp, 39
atovaquone/proguanil, 39
atropine sulfate soln, 60
 ATROVENT HFA, 62, 64
aubra eq, 54
 AUGTYRO, 38
 AURYXIA, 51
 AUSTEDO, 48
 AUSTEDO XR 18MG, 30MG, 36MG, 42MG & 48MG, 48
 AUSTEDO XR 6MG, 12MG & 24MG, 48
 AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT, 48
 AUVELITY, 35
aviane, 54
 AVONEX INJ, 48
 AVONEX PEN INJ, 48
 AYVAKIT, 38
 AZASAN, 57
 AZASITE, 60
azathioprine tabs 50mg, 57
azathioprine tabs 75mg & 100mg, 57
azelastine 0.05%, 60
azelastine nasal 0.1%, 61
azithromycin inj, 33
azithromycin tabs & oral susp bottle, 33
aztreonam inj, 31
azurette, 54
bacitracin & polymyxin b ointment, 60
bacitracin ophthalmic ointment, 60
baclofen tabs, 41
balsalazide, 59
 BALVERSA, 38
 BAQSIMI, 44
 BARACLUDE ORAL SOLN 0.05MG/ML, 41
 BCG INJ, 58
bd insulin syringe safetyglide, 59
bd insulin syringe ultrafine, 59
bd pen needle ultrafine, 59
 BELSOMRA, 63, 64
benazepril, 45

benazepril & hydrochlorothiazide, 46
 BENLYSTA INJ, 56
benztropine tabs, 39
 BESREMI INJ, 37
betaine anhydrous, 52
betamethasone dipropionate, 49
betamethasone dipropionate augmented, 49
betamethasone valerate cream, oint & lotion, 49
 BETASERON INJ, 48
betaxolol soln, 61
bethanechol, 53
 BETHKIS, 62
 BEVESPI AEROSPHERE, 63
bexarotene, 39
 BEXSERO INJ, 58
bicalutamide, 37
 BICILLIN L-A INJ, 32
 BIKTARVY, 41
bisoprolol, 46
bisoprolol & hydrochlorothiazide, 46
blisovi fe 1.5/30, 54
 BOOSTRIX INJ, 58
bosentan tabs 62.5mg & 125mg, 63
 BOSULIF, 38
 BRAFTOVI, 38
 BREO ELLIPTA, 63
 BREZTRI AEROSPHERE, 62
briellyn, 54
 BRILINTA, 45
brimonidine & timolol maleate, 60
brimonidine tartrate soln 0.15%, 61
brimonidine tartrate soln 0.2%, 61
 BRIVIACT ORAL SOLN, 33
 BRIVIACT TABS, 33
bromfenac ophthalmic soln 0.09%, 61
bromocriptine, 40
 BROMSITE, 61
 BROVANA NEBULIZER, 62
 BRUKINSA, 38
budesonide ec caps, 59
budesonide er tabs 9mg, 59
budesonide nebulizer, 62
bumetanide inj, 47
bumetanide tabs, 47
buprenorphine & naloxone sublingual film, 31
buprenorphine & naloxone sublingual tabs, 31
buprenorphine sublingual tabs, 31
bupropion, 35
bupropion sr, 35
bupropion sr 150mg, 31
bupropion xl 150mg & 300mg, 35
bupropion xl 450mg, 35
buspirone, 43
butorphanol tartrate nasal, 30, 64
 BYDUREON BCISE INJ, 43
 BYETTA INJ, 43
cabergoline, 56
 CABOMETYX, 38
caffeine-ergotamine, 36
calcipotriene cream, 64
calcipotriene cream & oint, 50
calcipotriene oint, 64
calcipotriene soln, 50
calcitonin-salmon nasal, 59
calcitriol caps, 59
calcium acetate, 51
 CALQUENCE, 38
candesartan, 45
 CAPLYTA, 40
 CAPRELSA, 38
captopril, 45
carbamazepine er tabs & caps, 34
carbamazepine tabs, chewable tabs & oral susp, 34
carbidopa, 40
carbidopa & levodopa, 40
carbidopa & levodopa & entacapone, 39
carglumic acid, 51
carisoprodol tabs 350mg, 63
carteolol, 61
cartia xt, 46
carvedilol, 46
carvedilol phosphate er, 46
caspofungin inj 50mg, 36
caspofungin inj 70mg, 36
 CAYSTON, 62

cefaclor, 32
cefaclor er, 32
cefadroxil caps & tabs, 32
cefazolin inj, 32
cefdinir, 32
cefepime inj, 32
cefixime caps, 32
cefixime susp, 32
cefoxitin sodium, 32
cefpodoxime tabs, 32
cefprozil, 32
ceftazidime inj, 32
ceftriaxone inj, 32
cefuroxime inj, 32
cefuroxime oral, 32
celecoxib, 31
 CELLCEPT CAPS, 57
 CELLCEPT ORAL SUSPENSION & TABS, 57
 CELONTIN, 34
cephalexin caps & tabs 250mg & 500mg, 32
cephalexin oral susp, 32
 CERDELGA, 52
cevimeline, 49
chlorhexidine gluconate, 49
chloroquine, 39
chlorpromazine oral, 40
chlorthalidone, 47
chlorzoxazone tabs 500mg, 63
cholestyramine, 47
cholestyramine light, 47
ciclopirox cream, gel, nail soln shampoo & susp,
 50
cilastatin/imipenem inj, 32
cilostazol, 45
 CIMDUO, 42
cimetidine tabs, 52
cinacalcet tab 30mg, 59
cinacalcet tab 60mg, 59
cinacalcet tab 90mg, 59
 CINRYZE INJ, 56
 CIPRO HC, 61
ciprofloxacin & dexamethasone otic susp, 61
ciprofloxacin in d5w inj, 33
ciprofloxacin ophthalmic soln 0.3%, 60
*ciprofloxacin tabs immediate-release 250mg,
 500mg & 750mg*, 33
citalopram oral soln, 35
citalopram tabs, 35
claravis, 49
clarithromycin, 33
clarithromycin er, 33
 CLEOCIN VAGINAL SUPP, 31
*clindamycin & benzoyl peroxide gel 5%-1% &
 5%-1.2%*, 49
clindamycin oral, 31
clindamycin phosphate inj, 31
clindamycin phosphate/dextrose inj, 31
clindamycin topical gel, lotion, soln & swab, 50
clindamycin vaginal cream, 31
 CLINISOL SF INJ, 51
clobazam, 34
*clobetasol propionate cream, foam, gel, oint &
 soln*, 49
clobetasol propionate emollient, 49
clomipramine, 35
clonazepam, 34
clonazepam odt, 34
clonidine er 0.1mg, 48
clonidine patches, 45
clonidine tabs immediate-release, 45
clopidogrel tabs 75mg, 45
clorazepate, 43
clotrimazole & betamethasone, 50
clotrimazole cream 1%, 36
clotrimazole topical soln 1%, 36
clotrimazole troche, 36
clozapine, 41
clozapine odt, 41
 COARTEM, 39
codeine sulfate, 30
 COLCHICINE CAPS, 36
colchicine tabs, 36
colesevelam, 47
colestipol pack, 47

colestipol tabs, 47
colistimethate inj, 31
 COMBIVENT RESPIMAT, 63
 COMETRIQ, 38
 COMPLERA, 41
compro, 35
constulose soln, 51
 COPAXONE INJ 40MG/ML, 48
 COPIKTRA, 38
 CORLANOR, 46
 COSENTYX INJ, 56
 COSENTYX SENSOREADY PEN INJ, 56
 COSENTYX UNOREADY PEN INJ, 57
 COTELLIC, 38
 CREON DR, 52
 CRESEMBA ORAL, 36
cromolyn sodium nebulizer soln, 62
cromolyn sodium ophthalmic soln, 60
cromolyn sodium oral, 52
cyclobenzaprine hcl ir, 63
cyclophosphamide caps & tabs, 37
 CYCLOSET, 43
cyclosporine caps, 57
cyclosporine emulsion 0.05%, 60
cyclosporine modified, 57
cyproheptadine, 61
cyred eq, 54
 CYSTAGON, 52
 CYSTARAN, 60
 CYTOMEL, 56
dabigatran etexilate, 44
dalfampridine er, 48
danazol, 54
dapsone tabs, 37
 DAPTACEL INJ, 58
daptomycin inj, 31
darunavir tab 600mg, 42
darunavir tab 800mg, 42
dasatinib, 38
 DAURISMO, 38
deblitane, 55
deferasirox, 50, 51
deferasirox tabs for soln 125mg, 51
deferasirox tabs for soln 250mg & 500mg, 51
deferiprone, 51
 DELSTRIGO, 41
demeclocycline, 33
 DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJ, 56
 DESCOVY, 42
desipramine, 35
desloratadine tabs, 61
desmopressin acetate nasal, 53
desmopressin acetate oral, 53
desogestrel & ethinyl estradiol, 54
desonide lotion, oint & cream, 49, 64
desoximetasone topical cream & oint 0.25%, 49, 64
desoximetasone topical cream, gel & oint 0.05%, 49, 64
 DESVENLAFAXINE ER, 35
 DESVENLAFAXINE ER, 35
desvenlafaxine succinate er, 35
dexamethasone dose pack, 53
dexamethasone elixir, 53
dexamethasone ophthalmic soln, 61
dexamethasone tabs, 53
dexmethylphenidate ir tabs, 48
dextroamphetamine sulfate, 64
dextroamphetamine sulfate er, 48, 64
dextroamphetamine sulfate tabs 5mg & 10mg, 48
dextrose (10%, 5% or 2.5%) & sodium chloride inj, 51
dextrose inj, 51
 DIACOMIT, 34
 DIAZEPAM RECTAL GEL, 34
diazepam soln & tabs, 43
diazoxide, 44
diclofenac potassium tab 50mg, 31
diclofenac sodium dr, 31
diclofenac sodium er, 31
diclofenac sodium gel 3%, 50
diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%, 61
dicloxacillin sodium, 32
dicyclomine, 52
 DIFICID, 33

diflorasone diacetate, 49, 64
diflunisal, 31
difluprednate, 61
digoxin oral soln, 46
digoxin tab 62.5mcg, 47
digoxin tabs 125mcg & 250mcg, 47
dihydroergotamine mesylate nasal, 36
DILANTIN CAPS, 34
DILANTIN INFATABS, 34
DILANTIN SUSP, 34
diltiazem er caps, 46
diltiazem tabs, 46
dilt-xr, 46
dimethyl fumarate caps, 48
dimethyl fumarate starter pack, 49
DIPENTUM, 59
diphenoxylate & atropine oral soln, 52
diphenoxylate & atropine tabs, 52
DIPHThERIA & TETANUS TOXOIDS
PEDIATRIC INJ, 58
dipyridamole er & aspirin, 45
dipyridamole oral, 45
disopyramide phosphate, 46
disulfiram, 30
divalproex sodium dr, 34
divalproex sodium er, 34
dofetilide, 46
donepezil odt, 34
donepezil tabs 5mg & 10mg, 34
dozalamide, 61
dozalamide & timolol maleate, 60
dotti, 54
DOVATO, 41
doxazosin, 45
doxepin caps, 35
doxepin oral soln, 35
doxepin tabs, 63
doxercalciferol oral, 59
doxy 100 inj, 33
*doxycycline immediate-release tabs, caps & oral
susp*, 33
dronabinol, 36
drospirenone & ethinyl estradiol 3mg/0.02mg, 54
droxidopa, 45
DUAVEE, 56
DULERA, 63
duloxetine hcl, 48
DUPIXENT INJ, 57
dutasteride, 53
dutasteride & tamsulosin, 53
econazole nitrate, 36
EDURANT, 41
*efavirenz & lamivudine & tenofovir disoproxil
fumarate tabs*, 42
efavirenz tabs, 42
*efavirenz & emtricitabine & tenofovir disoproxil
fumarate tabs*, 42
ELIGARD INJ, 56
ELIQUIS STARTER PACK & TABS, 44
ELMIRON, 53
eluryng, 54
EMGALITY INJ, 37
EMSAM, 35
*emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate
tabs 100mg-150mg, 133mcg-200mg &
167mg-250mg*, 42
*emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate
tabs 200mg-300mg*, 42
emtricitabine caps 200mg, 42
EMTRIVA SOLN, 42
enalapril & hydrochlorothiazide, 47
enalapril tabs, 45
ENBREL INJ, 57
ENBREL MINI, 57
ENBREL SURECLICK INJ, 57
ENDARI, 59
endocet, 30
*endocet tabs 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg &
10-325mg*, 64
ENGERIX-B INJ, 58
enilloring, 54
enoxaparin inj syringe, 44
enpresse-28, 54
enskyce, 54

entacapone, 39
entecavir tabs, 41
 ENTRESTO TABS, 47
enulose, 52
 ENVARSUS XR, 57
 EPCLUSA, 41
 EPIDIOLEX, 33
 EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR
 0.15MG/0.3ML & 0.3MG/0.3ML, 62
epitol, 34
eplerenone, 47
 EPRONTIA, 33
ergoloid mesylates, 34
 ERIVEDGE, 38
 ERLEADA, 37
erlotinib, 38
ertapenem inj, 32
 ERYTHROCIN LACTOBIONATE INJ, 33
erythromycin caps & tabs, 33
erythromycin dr, 33
erythromycin ophthalmic oint, 60
erythromycin topical gel & soln, 50
escitalopram, 35
esomeprazole magnesium dr caps, 52
estarylla, 54
estazolam, 63
*estradiol & norethindrone acetate 0.5mg/0.1mg
 & 1mg/0.5mg*, 54
estradiol oral, 54
estradiol patches, 54
estradiol vaginal cream, 54
estradiol vaginal tabs, 54
 ESTRING, 54
ethambutol, 37
ethinyl estradiol & ethynodiol, 54
*ethinyl estradiol & norethindrone acetate
 5mcg/1mg & 2.5mcg-0.5mg*, 54
ethosuximide, 34
etodolac, 31
etodolac er, 31
etonogestrel & ethinyl estradiol ring, 54
etravirine tabs 100mg, 42
etravirine tabs 200mg, 42
everolimus 0.25mg, 57
everolimus 0.5mg, 0.75mg, 1mg, 57
everolimus tabs 2.5mg, 5mg, 7.5mg & 10mg, 38
*everolimus tabs for suspension 2mg, 3mg &
 5mg*, 38
 EVOTAZ, 42
exemestane, 38
ezetimibe, 47
ezetimibe & simvastatin, 47
falmina, 54
famciclovir, 41
famotidine tabs, 52
 FANAPT, 40
 FANAPT TITRATION PACK, 40
 FARXIGA, 43
 FASENRA INJ, 63
febuxostat, 36
felbamate oral susp 600mg/5ml, 33
felbamate tabs 400mg, 33
felbamate tabs 600mg, 33
felodipine er, 46
fenofibrate caps 43mg & 130mg, 47
*fenofibrate micronized caps 67mg, 134mg &
 200mg*, 47
*fenofibrate tabs 48mg, 54mg, 145mg & 160mg,
 47*
fenofibric acid dr caps, 47
fentanyl patches, 64
*fentanyl patches 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr
 & 75mcg/hr, 100mcg/hr*, 30
 FERRIPROX SOLN, 51
 FERRIPROX TAB 1000MG, 51
fesoterodine fumarate er, 53
 FETZIMA, 35
 FETZIMA TITRATION PACK, 35
finasteride tabs 5mg, 53
 fingolimod, 49
 FINTEPLA, 33
flavoxate, 53
flecainide acetate, 46
fluconazole in sodium chloride inj, 36
fluconazole oral, 36
flucytosine, 36

fludrocortisone acetate, 53
flunisolide nasal, 62, 64
fluocinolone acetonide cream, oint, soln, 49
fluocinolone acetonide otic soln, 61
fluocinolone acetonide scalp oil, 50
fluocinonide cream 0.05%, gel & oint, 50
fluocinonide cream, gel & ointment, 64
fluocinonide emulsified base cream, 50
fluocinonide soln, 50
fluorometholone, 61
fluorouracil topical 2% and 5%, 50
fluoxetine hcl caps 10mg, 20mg & 40mg, 35
fluoxetine hcl oral soln, 35
fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg, 35
fluphenazine decanoate inj, 40
fluphenazine inj, 40
fluphenazine oral, 40
flurazepam caps, 63
fluticasone propionate cream & oint, 50
fluticasone propionate nasal, 62, 64
fluticasone propionate/salmeterol diskus
 100mcg-50mcg, 250mcg-50mcg & 500mcg-
 50mcg, 63
fluvoxamine, 35
fluvoxamine er, 35
fondaparinux inj 2.5mg/0.5ml & 5mg/0.4ml, 44
fondaparinux inj 7.5mg/0.6ml & 10mg/0.8ml, 45
 FORFIVO XL, 35
formoterol fumarate nebulizer, 62
 FORTEO INJ, 59
fosamprenavir tabs, 42
fosfomycin pack, 31
fosinopril, 45
fosinopril & hydrochlorothiazide, 47
 FOTIVDA, 37
 FRUZAQLA, 38
furosemide inj, 47
furosemide oral, 47
 FUZEON INJ, 42
fyavolv, 54
 FYCOMPA, 33
gabapentin caps, ir tabs & oral soln, 34
galantamine, 34
galantamine er caps, 34
galantamine soln, 34
galantamine tabs, 34
 GAMMAGARD INJ, 56
 GAMUNEX-C INJ, 56
 GARDASIL 9 INJ, 58
 GATTEX INJ, 52
gauze pads 2, 59
gavilyte-c, 52
gavilyte-g, 52
gavilyte-n, 52
 GAVRETO, 37
gefitinib, 38
gemfibrozil, 47
 GEMTESA, 53
generlac, 52
gengraf, 57
 GENOTROPIN INJ, 53
 GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG, 0.4MG,
 0.6MG & 0.8MG, 54
 GENOTROPIN MINIQUICK INJ 1MG, 1.2MG,
 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG & 2MG, 54
gentamicin cream 0.1% & oint 0.1%, 31
gentamicin inj 40mg/ml, 31
gentamicin ophthalmic soln 0.3%, 60
 GENVOYA, 41
 GILOTRIF, 38
glatiramer acetate inj, 49
glatopa inj, 49
 GLEOSTINE CAPS, 37
glimepiride, 43
glimepiride & pioglitazone, 43
glipizide & metformin tabs, 43
glipizide er, 43
glipizide tabs 5mg & 10mg, 43
 GLUCAGON EMERGENCY KIT INJ, 44
glycopyrrolate tabs 1mg & 2mg, 52
 GLYXAMBI, 43
granisetron oral, 36
griseofulvin microsize, 36
guanfacine ir, 45

GVOKE INJ, 44
halobetasol propionate cream & ointment, 50
haloette, 54
haloperidol decanoate inj, 40
haloperidol lactate inj, 40
haloperidol oral, 40
 HARVONI, 41
 HAVRIX INJ, 58
heather tabs, 56
 HEMADY, 53
*heparin inj vials 1000u/ml, 5000u/ml, 10000u/ml
 & 20000u/ml*, 45
 HEPLISAV-B INJ, 58
 HIBERIX INJ, 58
 HUMALOG CARTRIDGE INJ, 44
 HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ, 44
 HUMALOG KWIKPEN INJ, 44
 HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ, 44
 HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ, 44
 HUMALOG MIX 75/25 VIAL INJ, 44
 HUMALOG VIAL INJ, 44
 HUMATROPE INJ CARTRIDGE 12MG & 24MG,
 54
 HUMATROPE INJ CARTRIDGE 6MG, 54
 HUMIRA INJ, 57
 HUMIRA PEDIATRIC CROHNS STARTER
 PACK INJ, 57
 HUMIRA PEN INJ, 57
 HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJ, 57
 HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER
 PACK INJ, 57
 HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ, 57
 HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ, 44
 HUMULIN 70/30 VIAL INJ, 44
 HUMULIN N KWIKPEN INJ, 44
 HUMULIN N VIAL INJ, 44
 HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)
 KWIKPEN INJ, 44
 HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) VIAL
 INJ, 44
 HUMULIN R VIAL INJ, 44
hydralazine oral, 48
hydrochlorothiazide, 47
*hydrocodone & acetaminophen soln 10-
 325mg/15ml*, 65
*hydrocodone & acetaminophen soln 10-
 325mg/15ml*, 30
*hydrocodone & acetaminophen soln 7.5-
 325mg/15ml*, 30, 65
hydrocodone & acetaminophen tabs, 65
*hydrocodone & acetaminophen tabs 5-325mg,
 7.5-325mg & 10-325mg*, 30
hydrocodone & ibuprofen, 30, 65
hydrocortisone butyrate cream, oint & soln, 50
hydrocortisone cream, lotion & oint 2.5%, 50
hydrocortisone enema, 59
hydrocortisone oral, 53
hydrocortisone valerate, 50
*hydromorphone immediate-release oral soln &
 tabs*, 30
hydromorphone inj, 30
hydroxychloroquine tab 200mg, 39
hydroxyurea, 37
hydroxyzine hcl tabs, 61
hydroxyzine pamoate caps, 61
ibandronate oral, 59
 IBRANCE, 38
ibu, 31
ibuprofen, 31
icatibant inj, 56
 ICLUSIG, 38
icosapent ethyl, 47
 IDHIFA, 37
imatinib, 38
 IMBRUVICA, 38
imipramine hcl tabs, 35
imiquimod cream 3.75%, 50
imiquimod cream 5%, 50
 IMOVAX RABIES INJ, 58
 IMURAN TABS, 57
 IMVEXXY PACK, 54
incassia, 56
 INCRELEX INJ, 54
indapamide, 47
indomethacin er, 31
indomethacin ir caps, 31

INFANRIX INJ, 58
 INLYTA, 38
 INQOVI, 38
 INREBIC, 38
 INSULIN LISPRO VIAL INJ, 44
 INTELENCE TAB 25MG, 42
 INTRALIPID INJ, 51
introvale, 54
 INVEGA HAFYERA INJ, 40
 INVEGA SUSTENNA INJ 39MG, 40
 INVEGA SUSTENNA INJ 78MG, 117MG,
 156MG & 234MG, 40
 INVEGA TRINZA INJ, 40
 IPOL INACTIVATED IPV INJ, 58
ipratropium bromide & albuterol sulfate
nebulizer, 63
ipratropium bromide nasal, 62, 65
ipratropium bromide nebulizer, 62
irbesartan, 45
irbesartan hct, 47
 IRESSA, 38
 ISENTRESS 100MG CHEW TABS, 41
 ISENTRESS CHEW TABS 25MG, 41
 ISENTRESS HD TABS, 41
 ISENTRESS ORAL POWDER, 41
 ISENTRESS TABS, 41
isibloom, 55
isoniazid, 37
isosorbide dinitrate tabs 5mg, 10mg, 20mg &
30mg, 48
isosorbide mononitrate, 48
isosorbide mononitrate er, 48
isotretinoin caps 10mg, 20mg, 30mg & 40mg, 49
isradipine, 46
 ISTURISA, 56
itraconazole, 36
ivabradine, 47
ivermectin tabs, 39
 IWILFIN, 38
 IXCHIQ INJ, 58
 IXIARO INJ, 58
 JAKAFI, 38
jantoven, 45
 JANUMET, 43
 JANUMET XR, 43
 JANUVIA, 43
 JARDIANCE, 43
jasmiel, 55
 JAYPIRCA TABS, 38
 JENTADUETO, 43
 JENTADUETO XR, 43
jinteli, 55
juleber, 55
 JULUCA, 41
junel 21 day, 55
junel fe 1/20, 55
 JUXTAPID, 47
 JYLAMVO SOLN, 57
 JYNNEOS INJ, 58
 KALYDECO, 62
kariva, 55
kelnor 1/35, 1/50, 55
 KERENDIA, 47
ketoconazole cream, shampoo & tabs, 36
ketorolac oral tabs, 31
ketorolac soln 0.4% & 0.5%, 61
 KINERET INJ, 57
 KINRIX INJ, 58
kionex susp, 51
 KISQALI, 38
 KISQALI FEMARA CO-PACK, 38
 KITABIS NEBULIZER, 62
klor-con pack, 51
klor-con tabs, 51
 KLOXXADO, 31
 KORLYM, 59
 KOSELUGO, 59
kourzeq, 49
 KRAZATI, 38
kurvelo, 55
labetalol oral, 46
lacosamide oral, 34
lactulose soln 10g/15ml, 52
 LAGEVRIO, 59

lamivudine & zidovudine, 42
lamivudine soln, 42
lamivudine tabs 100mg, 41
lamivudine tabs 150mg & 300mg, 42
lamotrigine chewable tabs, 43
lamotrigine immediate-release tabs, 43
lamotrigine odt, 43
lamotrigine odt kit, 43
lamotrigine starter kit, 43
lamotrigine titration kit, 43
 LANOXIN ORAL, 47
lansoprazole dr caps, 52
lanthanum carbonate, 51
 LANTUS SOLOSTAR PEN INJ, 44
 LANTUS VIAL INJ, 44
lapatinib, 38
larin, 55
larin fe, 55
latanoprost, 61
 LAZCLUZE, 38
 LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR, 41
leena, 55
leflunomide, 57
lenalidomide, 37
 LENVIMA, 38
letrozole, 38
leucovorin oral, 39
 LEUKERAN, 37
 LEUKINE INJ, 45
leuprolide acetate inj kit 1mg/0.2ml, 56
levalbuterol nebulizer, 62
 LEVALBUTEROL TARTRATE HFA, 62
 LEVEMIR FLEXPEN INJ, 44
 LEVEMIR VIAL INJ, 44
levetiracetam er, 33
levetiracetam oral, 33
levobunolol, 61
levocarnitine oral, 59
levocetirizine, 61
levofloxacin in d5w inj, 33
levofloxacin oral soln, 33
levofloxacin tabs, 33
levonest, 55
levonorgestrel & ethinyl estradiol 0.1-0.02mg & 0.15-0.03mg & triphasic packs, 55
levonorgestrel & ethinyl estradiol and ethinyl estradiol 0.1/0.02mg-0.01mg packs, 55
levora, 55
levothyroxine tabs, 56
levoxyl, 56
l-glutamine, 59
 LIBERVANT, 34
lidocaine & prilocaine, 65
lidocaine & prilocaine cream, 30
lidocaine ointment, 30, 65
lidocaine patch, 30
lidocaine topical soln, 30, 65
lidocaine viscous soln, 49
lidocan III, 30
linezolid inj, 31
linezolid oral susp and tabs, 31
 LINZESS, 52
liothyronine tabs, 56
lisinopril, 45
lisinopril & hydrochlorothiazide, 47
lithium carbonate, 43
lithium carbonate er, 43
lithium citrate oral soln, 43
 LODINE TABS, 31
 LOKELMA, 51
 LONSURF, 38
loperamide caps 2mg, 52
lopinavir & ritonavir, 42
lorazepam soln & tabs, 43
 LORBRENA, 38
loryna, 55
losartan, 45
 LOTEMAX OINT, 61
 LOTEMAX SM GEL 0.38%, 61
lovastatin, 47
low-ogestrel, 55
loxapine, 40
lubiprostone, 52
 LUMAKRAS, 38
 LUMIGAN, 61
 LUPRON DEPOT INJ, 56

lurasidone hcl tabs, 40
 LYBALVI, 40
lyleq, 56
lyllana, 55
 LYNPARZA, 38
 LYSODREN, 56
 LYTGOBI TABS, 38
 LYUMJEV KWIKPEN INJ, 44
 LYUMJEV VIAL INJ, 44
lyza, 56
magnesium sulfate inj, 51
malathion, 50
maraviroc, 42
marlissa 28 day, 55
 MARPLAN, 35
 MATULANE, 37
meclizine, 35
 MEDROL TABS, 53
medroxyprogesterone acetate inj, 56
medroxyprogesterone acetate tabs, 56
mefloquine, 39
megestrol acetate oral susp 40mg/ml, 56
megestrol tabs, 56
 MEKINIST, 38
 MEKTOVI, 38
meloxicam tabs, 31
memantine hcl immediate release, 34
memantine hcl soln, 34
memantine hcl titration pack, 35
 MENACTRA INJ, 58
 MENEST, 55
 MENQUADFI INJ, 58
 MENVEO-A/C/Y/W-135 INJ, 58
meprobamate, 43
mercaptopurine, 37
meropenem inj, 32
mesalamine dr, 59
mesalamine enema, 59
mesalamine er caps, 59
mesalamine rectal suppository, 59
 MESNEX TABS, 39
metformin er uncoated tabs 500mg & 750mg, 43
metformin tabs, 43
methadone oral, 30
methazolamide, 61
methenamine hippurate, 31
methimazole, 56
methocarbamol tabs 500mg & 750mg, 63
methotrexate inj 50mg/2ml, 57
methotrexate oral, 57
methoxsalen, 50
methsuximide, 34
methylphenidate er tabs 10mg & 20mg, 48
methylphenidate ir tabs 5mg, 10mg & 20mg, 48
methylprednisolone dose pack, 53
methylprednisolone oral, 53
metoclopramide oral tablets & soln, 52
metolazone, 47
metoprolol & hydrochlorothiazide, 47
metoprolol succinate er, 46
metoprolol tartrate tabs 25mg, 50mg & 100mg, 46
metronidazole inj, 31
metronidazole oral, 31
metronidazole topical, 32
metronidazole vagina gel, 32
metyrosine caps, 47
mexiletine, 46
microgestin 1/20 & 1.5/30, 55
microgestin 24 fe, 55
microgestin fe 1/20 & 1.5/30, 55
midodrine tabs, 45
mifepristone tabs, 59
migergot suppository, 36
miglustat, 52
mili, 55
mimvey, 55
minocycline ir, 33
minoxidil, 48
mirtazapine, 35
mirtazapine odt, 35
misoprostol, 52
 M-M-R II INJ, 58
modafinil, 63

moexipril, 45
molindone, 40
mometasone cream, oint & soln, 50
mometasone furoate nasal, 62
mometasone furoate nasal, 65
montelukast, 62
morphine sulfate er tabs, 30, 65
morphine sulfate oral, 30
 MOUNJARO INJ, 43
 MOVANTIK, 52
moxifloxacin hcl ophthalmic, 60
moxifloxacin inj, 33
moxifloxacin oral, 33
 MRESVIA INJ, 58
 MULTAQ, 46
mupirocin cream, 50, 65
mupirocin ointment, 50
mycophenolate mofetil caps & tabs, 57
mycophenolate mofetil oral susp, 57
mycophenolic acid dr, 57
 MYFORTIC, 57
 MYHIBBIN, 57
 MYRBETRIQ, 53
nabumetone, 31
nadolol, 46
nafcillin sodium inj, 32
naloxone inj, 31
naltrexone, 31
naproxen dr tabs, 31
naproxen sodium ir tabs, 31
naproxen tabs 250mg, 375mg & 500mg, 31
naratriptan, 37
 NATACYN, 60
nateglinide, 43
 NAYZILAM, 33
nebivolol hcl, 46
 NEBUPENT NEBULIZER, 39
necon, 55
nefazodone, 35
neomycin & polymyxin & bacitracin, 60
neomycin & polymyxin & bacitracin & hydrocortisone, 60
neomycin & polymyxin & dexamethasone, 60
neomycin & polymyxin & gramicidin ophthalmic, 60
neomycin & polymyxin & hydrocortisone, 60, 61
neomycin sulfate oral, 31
neo-polycin hc ophthalmic ointment, 60
neo-polycin ophthalmic ointment, 60
 NEORAL, 58
 NERLYNX, 38
 NEUPRO PATCH, 40
nevirapine er, 42
nevirapine susp & tabs, 42
niacin er tabs, 47
nicardipine caps, 46
 NICOTROL INHALER, 31
 NICOTROL NASAL, 31
nifedipine caps, 46
nifedipine er, 46
nikki, 55
nilutamide, 37
nimodipine, 46
 NINLARO, 38
nisoldipine er, 46
nitazoxanide, 39
nitisinone, 52
nitro-bid oint, 48
 NITRO-DUR PATCHES 0.3MG/HR & 0.8MG/HR, 48
nitrofurantoin caps, 32
nitroglycerin lingual, 48
nitroglycerin patches, 48
nitroglycerin rectal oint, 52
nitroglycerin sublingual, 48
 NIVESTYM INJ, 45
norethindrone, 56
norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 0.4mg/0.035mg, 55
norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 20mcg/75mg/1mg, 55
norgestimate-ethinyl estradiol, 55
nortriptyline, 35
 NORVIR POWDER, 42
 NUBEQA, 37
 NUDEXTA, 48

NUPLAZID, 40
 NURTEC ODT, 37
nyamyc, 36
nylia 7/7/7 & 1/35, 55
nymyo, 55
nystatin, 36
nystatin & triamcinolone, 50
nystop, 36
octreotide inj 1000mcg/ml, 56
octreotide inj 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml & 500mcg/ml, 56
 ODEFSEY, 42
 ODOMZO, 38
 OFEV, 63
ofloxacin ophthalmic, 60
ofloxacin oral, 33
ofloxacin otic, 61
 OGSIVEO, 38
 OHTUVAYRE NEBULIZER, 62
 OJEMDA, 38
 OJJAARA, 39
olanzapine inj, tabs & odt tabs, 40
olmesartan, 45
olmesartan & amlodipine, 47
olmesartan hct, 47
olmesartan medoxomil & amlodipine & hydrochlorothiazide tabs, 47
omega-3-acid ethyl esters, 48
omeprazole caps, 52
ondansetron odt, 36
ondansetron oral soln, 36
ondansetron tabs 4mg & 8mg, 36
 ONUREG, 38
 OPSUMIT, 63
 ORAPRED ODT, 53
 ORENCIA CLICKJET, 57
 ORENCIA INJ PF SYRINGE, 57
 ORFADIN CAPS 20MG, 53
 ORFADIN SUSP, 53
 ORGOVYX, 56
 ORKAMBI, 62
 ORSERDU TABS, 38
oseltamivir caps, 43
oseltamivir susp, 43
 OTEZLA, 57
 OTEZLA STARTER, 57
oxazepam, 43
oxcarbazepine susp, 34
oxcarbazepine tabs, 34
oxybutynin er, 53
oxybutynin ir, 53
oxycodone & acetaminophen, 65
oxycodone & acetaminophen 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg, 30
 OXYCODONE ER TABS, 30
 OXYCODONE ER TABS 10MG & 20MG, 65
oxycodone immediate-release, 30
oxycodone oral soln, 30
 OXYTROL, 53
 OZEMPIC INJ, 43
pacerone tabs, 46
paliperidone er tabs, 40
 PANRETIN, 39
pantoprazole tabs, 52
paricalcitol caps, 59
paroxetine hcl er, 35
paroxetine hcl ir tabs, 35
paroxetine hcl susp, 35
paroxetine mesylate, 59
 PAXLOVID, 59
pazopanib, 39
 PEDIARIX INJ, 58
 PEDVAX HIB INJ, 58
peg 3350 & electrolytes, 52
peg 3350 & sodium chloride & sodium bicarbonate & potassium chloride, 52
peg 3350 & sodium sulfate & sodium chloride & potassium chloride & sodium ascorbate & ascorbic, 52
 PEGASYS INJ, 57
 PEMAZYRE, 38
 PENBRAYA INJ, 58
penciclovir cream, 50
penicillamine tabs, 51

penicillin g inj 5 million units & 20 million units, 32
penicillin v potassium, 32
pentamidine inhalation soln, 39
pentamidine inj, 39
PENTASA CAP 250MG, 59
pentoxifylline er, 47
PERFOROMIST NEBULIZER, 62
perindopril, 45
periogard, 49
permethrin cream, 50
perphenazine, 40
perphenazine & amitriptyline, 35
PERSERIS INJ, 40
PETACEL INJ, 58
phenelzine, 35
phenobarbital elixir & tabs, 34
phenytek, 34
phenytoin chewable tabs, 34
phenytoin er, 34
phenytoin oral susp, 34
PHOSPHOLINE IODIDE, 61
PIFELTRO, 42
pilocarpine soln, 61
pilocarpine tabs, 49
pimecrolimus, 50, 65
pimozide, 40
pimtrea, 55
pindolol, 46
pioglitazone, 43
pioglitazone & metformin, 43
piperacillin/tazobactam inj, 32
PIQRAY, 39
pirfenidone tabs, 63
piroxicam, 31
PLEGRIDY INJ, 49
plenamine inj, 51
PLENVU, 52
pmdd fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg, 60
podofilox soln, 50
polycin ophthalmic ointment, 60
polymyxin b sulfate & trimethoprim sulfate ophthalmic soln, 60

POMALYST, 37
posaconazole dr tabs, 36
posaconazole suspension, 36
potassium chloride & dextrose & lactated ringers inj, 51
potassium chloride & dextrose & sodium chloride inj 2mEq/5%/0.2%, 10mEq/5%/0.45%, 20mEq/5%/0.45%, 20mEq/5%/0.9%, 30mEq/5%/0.45% 40mEq/5%/0.9% & 40mEq/5%/0.45%, 51
potassium chloride & dextrose 20mEq/5% inj, 51
potassium chloride er & cr, 51
potassium chloride inj, 51
potassium chloride oral soln, 51
potassium chloride pack 20meq, 51
potassium citrate er, 51
pramipexole ir, 40
prasugrel, 45
pravastatin, 47
prazosin, 45
PRED MILD, 61
prednisolone acetate, 61
prednisolone odt, 53
prednisolone oral soln, 53
prednisolone sodium phosphate, 61
prednisolone tablet 5mg, 53
PREDNISONE INTENSOL, 59
prednisone oral soln, 59
prednisone tab pack, 53
prednisone tabs, 59
pregabalin, 34
PREHEVBRIO INJ, 58
PREMARIN ORAL, 55
PREMARIN VAGINAL CREAM, 55
PREMPHASE, 55
PREMPRO, 55
prenatal multi-vitamin, 51
prevalite, 48
PREVYMIS, 41
PREZCOBIX, 42
PREZISTA SUSP 100MG/ML, 42
PREZISTA TABS 600MG & 800MG, 43
PREZISTA TABS 75MG & 150MG, 43

PRIFTIN, 37
 PRIMAQUINE, 39
 PRIMIDONE TABS 125MG, 34
primidone tabs 50mg & 250mg, 34
 PRIORIX INJ, 58
 PROAIR RESPICLICK, 62
probenecid, 36
probenecid & colchicine, 36
prochlorperazine oral, 35
prochlorperazine suppositories, 36
 PROCRT INJ 20000UNIT/ML &
 40000UNIT/ML, 45
 PROCRT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML,
 4000UNIT/ML & 10000UNIT/ML, 45
procto-med hc, 59
procto-pak, 59
proctosol hc, 59
proctozone-hc, 59
progesterone caps, 56
 PROGRAF CAPS, 58
 PROGRAF PACK, 58
 PROLASTIN C INJ, 63
 PROLENSA, 61
 PROLIA INJ, 59
 PROMACTA, 45
promethazine suppositories, 36
promethazine syrup, 36
promethazine tabs, 36
promethegan, 36
propafenone tabs, 46
propranolol er caps, 46
propranolol ir tabs, 46
propranolol oral soln, 46
propylthiouracil, 56
 PROQUAD INJ, 58
 PROSOL INJ, 51
protriptyline, 35
 PULMICORT NEBULIZER, 62
 PULMOZYME, 62
 PURIXAN, 37
pyrazinamide, 37
pyridostigmine er tabs 180mg, 37
pyridostigmine soln, 37
pyridostigmine tabs 60mg, 37
pyrimethamine, 39
 QINLOCK, 37
 QUADRACEL INJ, 58
quetiapine er tabs, 40
 QUETIAPINE FUMARATE 150MG TABS, 40
*quetiapine fumarate 25mg, 50mg, 100mg,
 200mg, 300mg & 400mg tabs*, 40
 quinapril, 45
quinidine gluconate cr, 46
quinidine sulfate, 46
quinine sulfate caps, 39
 QULIPTA TABS, 37
 QVAR REDIHALER, 62
 RABAVERT INJ, 58
rabeprazole sodium, 52
raloxifene hcl, 56
ramelteon, 63
ramipril, 45
ranolazine er, 47
 RAPAMUNE SOLN, 58
 RAPAMUNE TABS, 58
rasagiline, 40
 RAVICTI, 53
 RAYALDEE, 59
 REBIF INJ, 49
 REBIF REBIDOSE INJ, 49
 REBIF REBIDOSE TITRATION PACK INJ, 49
 REBIF TITRATION PACK INJ, 49
reclipsen, 55
 RECOMBIVAX HB INJ, 58
 RECTIV, 52
 REGRANEX, 50, 65
 RELENZA DISKHALER, 43
 RELISTOR INJ, 52
 RELISTOR TABS, 52
repaglinide, 43
 REPATHA INJ, 48
 RETACRIT INJ 20000UNIT/ML &
 40000UNIT/ML, 45

RETACRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML,
4000UNIT/ML,10000UNIT/ML &
20000UNIT/2ML, 45
RETEVMO, 38
REVLIMID, 37
REXULTI, 40
REYATAZ ORAL POWDER, 43
REZLIDHIA CAPS, 39
RHOPRESSA, 61
ribavirin, 41
RIDAURA, 57
rifabutin, 37
rifampin inj, 37
rifampin oral and inj, 37
riluzole, 48
rimantadine, 43
RINVOQ, 57
RINVOQ LQ, 57
risedronate sodium, 59
risedronate sodium dr, 59
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG & 25MG, 40
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG & 50MG, 41
risperidone, 41
risperidone er inj 12.5mg & 25mg, 41
risperidone er inj 37.5mg & 50mg, 41
risperidone odt, 41
ritonavir tabs, 43
rivastigmine caps, 34
rivastigmine patches, 34
rizatriptan, 37
rizatriptan odt, 37
ROCKLATAN, 60
roflumilast tabs, 62
ropinirole ir, 40
rosuvastatin, 47
ROTARIX, 58
ROTATEQ, 58
roweepra 500mg, 33
ROZLYTREK, 38
RUBRACA, 39
rufinamide, 34
RUKOBIA, 42
RYBELSUS, 44

RYDAPT, 39
sajazir inj, 56
SANDIMMUNE CAPS 25MG & 100MG, 58
SANTYL, 50, 65
sapropterin, 53
SAVELLA, 48
SAVELLA TITRATION PACK, 48
SCSEMBLIX, 39
scopolamine patch, 36
SECUADO, 41
selegiline, 40
selenium sulfide lotion, 50
SELZENTRY 25MG & 75MG, 42
SELZENTRY SOLN, 42
SEREVENT DISKUS, 62
SEROQUEL XR, 41
sertraline oral soln, 35
sertraline tabs, 35
setlakin, 55
sevelamer carbonate powder, 51
sevelamer carbonate tabs, 51
sharobel, 56
SHINGRIX INJ, 58
SIGNIFOR INJ, 56
sildenafil tab 20mg, 63
silver sulfadiazine, 50
SIMBRINZA, 60
simvastatin, 47
sirolimus soln, 58
sirolimus tabs, 58
SIRTURO, 37
SIVEXTRO TABS & INJ, 32
SKYRIZI INJ, 57
sodium chloride inj, 51
SODIUM OXYBATE ORAL SOLN, 63
sodium phenylbutyrate powder & tabs, 53
sodium polystyrene sulfonate powder, 51
*sodium sulfate, potassium sulfate and
magnesium sulfate*, 52
SOFOSBUVIR/VELPATASVIR, 41
solifenacin succinate, 53
SOLQUA INJ, 44
SOLTAMOX, 37

SOMAVERT INJ, 56
sorafenib, 39
sorine, 46
sotalol tabs, 46
 SPIRIVA HANDHALER, 62
 SPIRIVA RESPIMAT, 62
spironolactone & hydrochlorothiazide, 47
spironolactone tabs, 47
 SPRITAM, 33
 SPRYCEL, 39
sps suspension, 51
ssd, 50
 STELARA INJ, 57
 STIOLTO RESPIMAT, 63
 STIVARGA, 39
streptomycin inj, 31
 STRIBILD, 41
 STRIVERDI RESPIMAT, 62
subvenite starter kit, 43
subvenite tabs, 43
 SUCRAID, 53
sucrafate tabs, 52
sulfacetamide sodium & prednisolone sodium phosphate ophthalmic, 60
sulfacetamide sodium ophthalmic oint & soln 10%, 60
sulfacetamide sodium topical lotion 10%, 33
sulfadiazine tabs, 33
sulfamethoxazole & trimethoprim ds tabs, 33
sulfamethoxazole & trimethoprim oral susp, 33
sulfamethoxazole & trimethoprim tabs, 33
sulfasalazine, 59
sulindac, 31
sumatriptan nasal, 37
sumatriptan succinate inj, 37
sumatriptan succinate tabs, 37
sunitinib malate, 39
 SUNLENCA, 42
 SYMLINPEN INJ, 44
 SYMPAZAN 10MG & 20MG, 34
 SYMPAZAN 5MG, 34
 SYMTUZA, 43
 SYNAREL, 56
 SYNJARDY, 44
 SYNJARDY XR, 44
 SYNTHROID, 56
 TABLOID, 37
 TABRECTA, 37
tacrolimus caps 0.5mg & 1mg, 58
tacrolimus caps 5mg, 58
tacrolimus oint, 50, 65
tadalafil tab 20mg, 63
 TAFINLAR, 39
 TAGRISSO, 39
 TALZENNA, 39
tamoxifen, 37
tamsulosin, 53
tarina fe 1/20 eq, 55
 TASIGNA, 39
tasimelteon caps, 63
tazarotene cream, 49
tazarotene gel, 49, 65
tazicef inj, 32
 TAZORAC CREAM 0.05%, 49
 TAZVERIK, 38
 TDVAX INJ, 58
 TEFLARO INJ, 32
 TEGRETOL, 34
 TEGRETOL XR, 34
telmisartan, 45
temazepam caps 22.5mg, 63
temazepam caps 7.5mg, 15mg & 30mg, 63
 TENIVAC INJ, 58
tenofovir disoproxil fumarate, 42
 TEPMETKO, 39
terazosin, 45
terbinafine, 36
terbutaline sulfate oral, 62
terconazole, 36
teriflunomide tabs, 49
 TERIPARATIDE INJ, 59
testosterone cypionate inj, 54
testosterone enanthate inj, 54
testosterone gel 1% & 1.62%, 54

testosterone gel 25mg/2.5g, 20.25mg/1.25g, 40.5mg/2.5g & 50mg/5g, 54
tetrabenazine, 48
tetracycline, 33
 THALOMID, 37
theophylline er tabs, 62
 THIOLA EC, 53
thioridazine, 40
thiothixene, 40
tiadylt er, 46
tiagabine, 34
 TIBSOVO, 39
 TICOVAC INJ, 58
tigecycline inj, 32
timolol ophth soln 12 hours 0.25% & 0.5% multi-use bottles, 61
timolol ophthalmic gel forming, 61
timolol oral, 46
tiopronin, 53
tiopronin dr, 53
 TIVICAY PD, 41
 TIVICAY TAB 10MG, 41
 TIVICAY TABS 25MG & 50MG, 41
tizanidine caps, 41
tizanidine tabs, 41
 TOBI PODHALER, 62
 TOBI SOLN, 62
 TOBRADEX OINT, 60
tobramycin & dexamethasone ophthalmic suspension, 60
tobramycin nebulizer, 62
tobramycin ophthalmic solution, 60
tobramycin sulfate inj, 31
tolterodine tartrate er, 53
topiramate immediate-release, 37
toremifene citrate, 37
torpenz, 39
toremide, 47
 TOUJEO MAX SOLOSTAR INJ, 44
 TOUJEO SOLOSTAR INJ, 44
 TPN ELECTROLYTES INJ, 51
 TRACLEER 32MG, 63
 TRADJENTA, 44
tramadol & acetaminophen, 30, 65
tramadol er tabs, 30, 65
tramadol ir tab 100mg, 30, 65
tramadol tab 50mg, 30
trandolapril, 45
tranexamic acid tabs, 45
tranylcypromine, 35
 TRAVASOL INJ, 51
travoprost, 61
trazodone, 35
 TRECATOR, 37
 TRELEGY ELLIPTA, 63
 TRELSTAR MIXJECT INJ, 56
 TRESIBA FLEXTOUCH INJ, 44
 TRESIBA VIAL INJ, 44
tretinoin caps, 39
tretinoin cream, 49
tretinoin gel 0.01%, 0.025% & 0.05%, 49
triamcinolone acetonide topical cream & lotion, 50
triamcinolone acetonide topical oint 0.025%, 0.1% & 0.5%, 50
triamcinolone dental paste, 49
triamterene & hydrochlorothiazide, 47
triazolam, 63
tridacaine ii patch, 30
triderm cream 0.1%, 50
trientine cap 250mg, 51
tri-estarylla, 55
trifluoperazine, 40
trifluridine, 60
trihexyphenidyl elixir & tabs, 39
 TRIJARDY XR, 44
 TRIKAFTA, 62
 TRILEPTAL, 34
tri-lo-estarylla, 55
tri-lo-sprintec, 55
trimethoprim, 32
tri-mili, 55
trimipramine maleate, 35
 TRINTELLIX, 35
tri-nymyo, 55
tri-sprintec, 55

TRIUMEQ, 42
 TRIUMEQ PD, 42
trivora-28, 55
tri-vylibra, 55
tri-vylibra lo, 55
trospium er, 53
trospium ir, 53
 TRULICITY INJ, 44
 TRUMENBA INJ, 58
 TRUQAP, 39
 TUKYSA, 38
 TURALIO, 39
turqoz, 55
 TWINRIX INJ, 59
 TYBOST, 42
 TYMLOS INJ, 59
 TYPHIM VI INJ, 59
 UBRELVY, 36
 UDENYCA INJ, 45
unithroid, 56
 UPTRAVI, 63
ursodiol cap 300mg & tabs 250mg & 500mg, 52
 UZEDY INJ, 41
valacyclovir, 41
 VALCHLOR, 37
valganciclovir, 41
valproic acid oral caps & soln, 33
valsartan & amlodipine, 47
valsartan hct, 47
valsartan tabs, 45
 VALTOCO, 34
vancomycin caps, 32
vancomycin inj 500mg, 750mg, 1gm & 10gm, 32
vancomycin oral soln 250mg/5ml, 32
vandazole, 32
 VANFLYTA, 39
 VAQTA INJ, 59
varenicline starting month box, 31
varenicline tartrate, 31
 VARIVAX INJ, 59
 VASCEPA CAPS, 48
 VAXCHORA INJ, 59
velivet, 55
 VELPHORO, 51
 VELTASSA, 51
 VEMLIDY, 41
 VENCLEXTA STARTING PACK, 39
 VENCLEXTA TABS 100MG, 39
 VENCLEXTA TABS 10MG & 50MG, 39
 VENLAFAXINE BESYLATE ER TAB 112.5MG,
 35
venlafaxine hcl er caps, 35
venlafaxine hcl er tabs, 35
venlafaxine ir tabs, 35
verapamil er, 46
verapamil ir, 46
verapamil sr, 46
 VERQUVO, 47
 VERSACLOZ, 41
 VERZENIO, 39
vestura, 55
 VICTOZA INJ, 44
vienna, 55
vigabatrin, 34
vigadrone, 34
 VIGAFYDE, 34
vigpoder, 34
vilazodone, 35
 VIRACEPT, 43
 VIREAD POWDER, 42
 VIREAD TABS 150MG, 200MG & 250MG, 42
 VITRAKVI, 39
 VIZIMPRO, 39
 VONJO, 38
 VORANIGO, 39
voriconazole inj, 36
voriconazole oral suspension, 36
voriconazole tabs, 36
 VOSEVI, 41
 VOTRIENT, 39
 VRAYLAR CAPSULES, 41
 VUMERITY, 49
vyfemla, 55
vylibra, 55

VYZULTA, 61
warfarin, 45
 WELIREG, 39
wixela inhub, 63
wymzya fe, 55
 XALKORI, 39
 XARELTO ORAL SUSP & TABS, 45
 XARELTO STARTER PACK, 45
 XATMEP, 58
 XCOPRI MAINTENANCE PACK, 33
 XCOPRI TAB 25MG, 33
 XCOPRI TABS 50MG, 100MG, 150MG &
 200MG, 33
 XCOPRI TITRATION PACK 50-100MG, & 150-
 200MG, 33
 XCOPRI TITRATION PACK 12.5MG/25MG, 33
 XELJANZ, 57
 XELJANZ XR, 57
 XERMELO, 52
 XGEVA INJ, 59
 XIFAXAN TABS 200MG, 32
 XIFAXAN TABS 550MG, 32
 XIGDUO XR, 44
 XIIDRA, 60
 XOFLUZA, 43
 XOLAIR INJ, 57
 XOSPATA, 39
 XPOVIO, 38
 XTANDI, 37
 XYWAV, 63
yargesa caps, 53
 YF-VAX INJ, 59
 YONSA, 37
 YUPELRI, 62
yuvafem, 55
zafirlukast, 62
 ZARXIO INJ, 45
 ZEGALOGUE INJ, 44
 ZEJULA TABS, 39
 ZELBORAF, 39
zenatane, 49
zenzedi, 65
zenzedi tabs 5mg & 10mg, 48
 ZERBAXA INJ, 32
zidovudine, 42
ziprasidone inj, 41
ziprasidone oral, 41
 ZIRGAN, 60
 ZOLINZA, 38
zolmitriptan nasal soln 5mg, 37
zolmitriptan odt, 37
zolmitriptan tabs, 37
zolpidem ir tabs 5mg & 10mg, 63
 ZONISADE, 34
zonisamide, 34
 ZORTRESS TABS 0.25MG, 58
 ZORTRESS TABS 0.5MG, 0.75MG & 1MG, 58
 ZOSYN INJ, 32
zovia, 55
 ZTALMY SUSP, 33
 ZURZUVAE, 35
 ZYDELIG, 39
 ZYKADIA TABS, 39
 ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG, 41

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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