

# 2024

## SCAN Health Plan

List of Covered Drugs (Formulary)

## SCAN Health Plan

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)



# 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, 12**

This formulary was updated on 4/1/2024.

**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](http://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 April, 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.

---

**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](http://www.scanhealthplan.com).



You can get prescription drugs shipped to your home through our network mail-order delivery program. Express Scripts Pharmacy<sup>SM</sup> 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*.

4/1/2024 24C-CAFOR976  
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](http://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?.....	12
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?.....	13
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](http://www.scanhealthplan.com).



C1. Formulary Drugs Arranged by Therapeutic Class.....	31
C2. Formulary Drugs with Quantity Limits.....	65
D. Index .....	67

---

**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](http://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](http://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 31 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

---

**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](http://www.scanhealthplan.com).



with them to work with us and provide you services. We refer to these pharmacies as “network 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](http://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](http://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](http://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 April, 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](http://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.

---

**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](http://www.scanhealthplan.com).





**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 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

---

**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](http://www.scanhealthplan.com).



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

You can find out if your drug has any additional requirements or limits by looking in the formulary that begins on page 31. You can also get more information about the restrictions applied to specific covered drugs by visiting our website at [www.scanhealthplan.com](http://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 31 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 67. 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 31. 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](http://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)

---

**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](http://www.scanhealthplan.com).



After your first 30-day supply if you are not in a long-term care facility or a 31-day supply if you are a resident of a long-term care facility, we will not pay for these drugs, even if you have been a member of the plan less than 90 days.

If you are 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.

---

**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](http://www.scanhealthplan.com).



---

### **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.

---

### **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](http://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](http://www.scanhealthplan.com))) for additional information regarding which non-drug OTC products are covered.

---

**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](http://www.scanhealthplan.com).



---

## **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.

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 31.

---

## **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](http://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

---

**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](http://www.scanhealthplan.com).



finding your drug in the list, turn to the Index that begins on page 67. 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.
- 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 65.
- 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](http://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](http://www.scanhealthplan.com).



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

## Formulario de 2024 (Lista de medicamentos cubiertos)

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

**ID de envío del archivo del formulario aprobado de HPMS, número de versión 24429, 12**

Este formulario se actualizó 4/1/2024.

**Información importante sobre lo que paga por las vacunas:** Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted.

**Información importante sobre lo que paga por la insulina:** No pagará más de \$0 por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.

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

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

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

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que está vigente desde abril de 2024. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de portada y contraportada.



Por lo general, debe acudir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y de vez en cuando durante el año.

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

## Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (también conocida como Lista de medicamentos). Le indica qué medicamentos con receta están cubiertos por SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP). La Lista de medicamentos también le indica si existen normas o restricciones especiales para cualquier medicamento cubierto por SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP).

Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos, aparece en las páginas de portada y contraportada. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

4/1/2024 24C-CAFOR976SP

Y0057\_SCAN\_20525\_2024\_C DHCS Approved 08292023

---

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



## Tabla de contenidos

A. Descargos de responsabilidad .....	19
B. Preguntas frecuentes (FAQ).....	19
B1. ¿Qué medicamentos con receta están en la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> ? (Llamamos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> la “Lista de medicamentos” para abreviarla). .....	19
B2. ¿Cambia alguna vez la Lista de medicamentos? .....	20
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la Lista de medicamentos? .....	22
B4. ¿Existe alguna restricción o límite en la cobertura para medicamentos o alguna medida que deba tomar para obtener ciertos medicamentos? .....	23
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si se deben tomar medidas necesarias para obtener el medicamento? .....	24
B6. ¿Qué sucede si SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cambian sus normas sobre cómo cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa o restricciones de límites de cantidad)? .....	24
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos? .....	24
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la Lista de medicamentos? .....	25
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo problemas para obtenerlo? .....	25
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento? .....	26
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción? .....	27
B12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción? .....	27
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos? .....	27
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre? .....	28
B15. ¿Cubren SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) los productos OTC no farmacológicos? .....	28
B16. ¿Cubren SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) los suministros a largo plazo de medicamentos con receta? .....	28
B18. ¿Cuál es mi copago? .....	28
C. Descripción general de la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> .....	29

---

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



C1. Medicamentos del formulario organizados por clase terapéutica .....	31
C2. Medicamentos del formulario con límites de cantidad .....	65
D. Índice .....	67

---

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



---

## A. Descargos de responsabilidad

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

- ❖ *SCAN Connections (HMO D-SNP)* y *SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)* es un plan HMO con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medi-Cal de California. La inscripción en *SCAN Health Plan* depende de la renovación del contrato.
- ❖ Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* actualizada de *SCAN Connections (HMO D-SNP)* y *SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)* en línea en [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com) o llamando al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días festivos y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil).
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a *SCAN Connections (HMO D-SNP)* y *SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)* al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.
- ❖ Este documento está disponible sin cargo en español, chino y coreano.
- ❖ También está disponible la información escrita en otros idiomas.
- ❖ Llame a Servicios para Miembros para solicitar el material en un idioma que no sea español o en un formato alternativo. Puede solicitarle a Servicios para Miembros que actualice su registro con su preferencia de idioma o de formato para futuros envíos.

---

## B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

---

### **B1. ¿Qué medicamentos con receta están en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*? (Llamamos a la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* la “Lista de medicamentos” para abreviarla).**

Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* que comienza en la página 31 son los medicamentos cubiertos por *SCAN Connections (HMO D-SNP)* y *SCAN*

---

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



Connections at Home (HMO D-SNP). Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos elegidos por SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) con el asesoramiento de un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias con medicamentos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Los medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ella para trabajar con nosotros y brindarle servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”. Los medicamentos con receta incluidos en esta Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) están cubiertos por *SCAN Connections (HMO D-SNP)* y *SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)*. Algunos medicamentos con receta y de venta libre, que no están en la Lista de medicamentos, están cubiertos por sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid) con la receta de su médico/a en las farmacias de nuestra red. Comuníquese con Servicios para Miembros (el número de teléfono se encuentra en la parte inferior de la página) o visite nuestro sitio web ([www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com)) para obtener más información sobre los medicamentos que están cubiertos.

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

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

---

## **B2. ¿Cambia alguna vez la Lista de medicamentos?**

Sí, y SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) deben seguir las normas de Medicare al realizar cambios. La mayoría de los cambios en la cobertura de

---

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



medicamentos se realizan el 1 de enero, pero podemos añadir o retirar medicamentos de la lista de medicamentos durante el año.

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

- Podríamos decidir requerir o no requerir autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es un permiso de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) que debe obtener antes de acceder a un medicamento).
- Podríamos añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (se le llama límites de cantidad).

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

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

- Salga al mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione tan bien como un medicamento de la Lista de medicamentos actual
- Nos enteremos de que un medicamento no es seguro
- Un medicamento sea retirado del mercado

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

El formulario adjunto está vigente desde abril de 2024. Para obtener información actualizada acerca de los medicamentos cubiertos por SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto figura en la parte inferior de la página.

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

---

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



---

### **B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la Lista de medicamentos?**

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

**Hay un nuevo medicamento genérico.** A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico que funciona tan bien como un medicamento de marca de la Lista de medicamentos. Si eso sucede, podemos retirar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento seguirá siendo de \$0. Si agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar las normas o límites de cobertura.

- Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que suceda.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

**Un medicamento se retira del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) considera que un medicamento que está tomando no es seguro o si el fabricante lo retira del mercado, lo retiraremos de inmediato de la Lista de medicamentos y les proporcionaremos un aviso a los miembros que lo toman. Después de que se le notifique, comuníquese con su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas para analizar otras opciones.

#### **Podemos realizar otros cambios que afecten los medicamentos que toma.**

Le informaremos por adelantado sobre estos otros cambios en la Lista de medicamentos.

Motivos por los que pueden ocurrir estos cambios:

- La FDA proporciona nuevas directrices o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado.
  - Reemplazamos un medicamento de marca que figura actualmente en la Lista de medicamentos.
  - Han cambiado las normas o los límites de cobertura del medicamento de marca.

---

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



Cuando ocurran estos cambios, haremos lo siguiente:

- Notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que implementemos el cambio en la Lista de medicamentos o
- Informarle y entregarle un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite un resurtido.

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

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

---

#### **B4. ¿Existe alguna restricción o límite en la cobertura para medicamentos o alguna medida que deba tomar para obtener ciertos medicamentos?**

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

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

Puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional buscando en el formulario que comienza en la página 31. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a los medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com). Hemos publicado un documento donde se explica nuestra restricción de autorización previa. Además, puede solicitarnos que le enviemos una copia.

---

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





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

---

### **B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si se deben tomar medidas necesarias para obtener el medicamento?**

La tabla de la Lista de medicamentos que se encuentra en la página 31 tiene una columna denominada “Requisitos/límites”.

---

### **B6. ¿Qué sucede si SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cambian sus normas sobre cómo cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa o restricciones de límites de cantidad)?**

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

---

### **B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?**

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

- Puede buscar alfabéticamente, o
- Puede buscar por afección médica

Para buscar **alfabéticamente**, busque su medicamento en la sección Índice que comienza en la página 67. El Índice le proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos figuran en el Índice. Consulte el Índice y busque su medicamento. Al lado del medicamento, verá el número de página en donde puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

Para buscar por **afección médica**, busque la sección “Medicamentos del formulario organizados por clase terapéutica” en la página 31. Los medicamentos de esta sección se dividen en categorías según el tipo de afección médica que tratan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan afecciones cardíacas.

---

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



---

## **B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la Lista de medicamentos?**

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

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

---

## **B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo problemas para obtenerlo?**

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

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

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

- Está tomando un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos, **O**

---

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



- Las normas de nuestro plan no le permiten recibir la cantidad solicitada por la persona autorizada a dar recetas, ●
- El medicamento requiere la autorización previa de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)

Después de su primer suministro para 30 días, si no se encuentra en un centro de atención médica a largo plazo, o un suministro para 31 días si es residente de un centro de atención médica a largo plazo, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

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

- Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días del medicamento que necesita (a menos que tenga una receta para menos días) mientras solicita una excepción al formulario.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días que sea miembro de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP).

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

---

### **B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?**

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

También puede pedirnos que cambiemos las normas de su medicamento.

- Por ejemplo, SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) pueden limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos.

---

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



Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos más.

- Otro ejemplo: Puede pedirnos que eliminemos los requisitos de autorización previa.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no figura en nuestro formulario.

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

---

### **B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?**

Para pedir una excepción, llame a Servicios para Miembros. Servicios para Miembros trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a pedir una excepción. También puede leer el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las excepciones.

---

### **B12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción?**

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

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

---

### **B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?**

Los medicamentos genéricos se componen de los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos que el medicamento de marca y, por lo general, no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

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

---

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



---

#### **B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre?**

OTC significa “over-the-counter” (de venta libre). SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) cubren algunos medicamentos de venta libre cuando su proveedor los receta. Comuníquese con Servicios para Miembros (el número de teléfono se encuentra en la parte inferior de la página) o visite nuestro sitio web ([www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com)) para obtener más información sobre los medicamentos OTC que están cubiertos.

---

#### **B15. ¿Cubren SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) los productos OTC no farmacológicos?**

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

---

#### **B16. ¿Cubren SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) los suministros a largo plazo de medicamentos con receta?**

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

En el caso de los medicamentos especializados, no está disponible un suministro a largo plazo. Para ver qué medicamentos están disponibles para un suministro a largo plazo, consulte la Lista de medicamentos, que comienza en la página 31.

---

#### **B18. ¿Cuál es mi copago?**

Los miembros de SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) tienen un copago de \$0 para todos los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos en nuestra Lista de medicamentos y un copago de \$0 para determinados medicamentos con receta y OTC y productos no farmacológicos cubiertos por sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid) si el miembro sigue las normas del plan. Consulte las preguntas a B14 y B15 para obtener más información sobre los medicamentos de venta libre y los productos no farmacológicos.

---

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



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

- Los medicamentos genéricos de Nivel 1 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos de marca de Nivel 1 tienen un copago de \$0.

Algunos OTC que están cubiertos para usted bajo sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid) tienen un copago de \$0 si su proveedor los receta. Algunos medicamentos con receta y de venta libre, que no están en la Lista de medicamentos, están cubiertos por sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid) con la receta de su médico/a en las farmacias de nuestra red. Comuníquese con Servicios para Miembros (el número de teléfono se encuentra en la parte inferior de la página) o visite nuestro sitio web ([www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com)) para obtener más información sobre los medicamentos que están cubiertos. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días festivos y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil).

---

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

La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por SCAN Connections (HMO D-SNP) y SCAN Connections at Home (HMO D-SNP). Si tiene problemas para encontrar el medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 67 El índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento.

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

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

- El símbolo [PA] indica que aplica una autorización previa.
- El símbolo [B vs D] indica que este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare según las circunstancias. Es posible que tenga que enviar información describiendo el uso y entorno del medicamento para realizar la determinación.

---

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



- El símbolo [QL] indica que las cantidades suministradas son limitadas. Para ver el límite de cantidad para los medicamentos del formulario con límites de cantidad, vaya a la página 65.
- El símbolo [LD] indica que aplica una distribución limitada. Es posible que este medicamento con receta esté disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicios para Miembros al 1-866-722-6725. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días festivos y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil). También puede visitar [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com).
- El símbolo [EDS] indica que este medicamento está disponible para un suministro extendido (p. ej., un suministro para más de 30 días) con el servicio de pedido por correo y en muchas farmacias minoristas.

### **C1. Medicamentos del formulario organizados por clase terapéutica**

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

### **C2. Medicamentos del formulario con límites de cantidad**

---

## **D. Índice**

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

---

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



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

Formulary ID: 24429 (Version 12)  
 ID de Formulario: 24429 (Versión 12)

Updated: 4/2024  
 Actualizado: 4/2024

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>ANALGESICS</b>		
<b>Opioid Analgesics, Long-acting</b>		
<i>fentanyl patches 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr &amp; 100mcg/hr</i>	1	[QL] [EDS]
<i>methadone oral</i>	1	[EDS]
<i>morphine sulfate er tabs</i>	1	[QL] [EDS]
<b>OXYCODONE ER TABS</b>	1	[QL] [EDS]
<i>tramadol er tabs</i>	1	[QL] [EDS]
<b>Opioid Analgesics, Short-acting</b>		
<i>acetaminophen &amp; 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>fentanyl citrate lozenges 200mcg</i>	1	[PA] [EDS]
<i>fentanyl citrate lozenges 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg &amp; 1600mcg</i>	1	[PA]
<i>hydrocodone &amp; acetaminophen soln 7.5-325mg/15ml</i>	1	[QL] [EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>hydrocodone &amp; acetaminophen tabs 5-325mg, 7.5-325mg &amp; 10-325mg</i>	1	[QL] [EDS]
<i>hydrocodone &amp; ibuprofen</i>	1	[QL] [EDS]
<i>hydromorphone immediate-release oral soln &amp; 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 &amp; acetaminophen 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg &amp; 10-325mg</i>	1	[QL] [EDS]
<i>tramadol tab 50mg</i>	1	[EDS]
<i>tramadol ir tab 100mg</i>	1	[QL] [EDS]
<i>tramadol &amp; acetaminophen</i>	1	[QL] [EDS]
<b>ANESTHETICS</b>		
<b>Local Anesthetics</b>		
<i>lidocaine ointment</i>	1	[QL] [EDS]
<i>lidocaine patch</i>	1	[PA] [EDS]
<i>lidocaine topical soln</i>	1	[QL] [EDS]
<i>lidocaine &amp; prilocaine cream</i>	1	[QL] [EDS]
<i>lidocan III</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
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS</b>		
<b>Alcohol Deterrents/Anti-Craving</b>		
<i>acamprosate calcium dr</i>	1	[EDS]
<i>disulfiram</i>	1	[EDS]
<b>Opioid Dependence</b>		
<i>buprenorphine sublingual tabs</i>	1	[EDS]
<i>buprenorphine &amp; naloxone sublingual film</i>	1	[EDS]
<i>buprenorphine &amp; naloxone sublingual tabs</i>	1	[EDS]
<i>naltrexone</i>	1	[EDS]
<b>Opioid Reversal Agents</b>		
KLOXXADO	1	[EDS]
<i>naloxone inj</i>	1	[EDS]
<i>naloxone nasal</i>	1	[EDS]
<b>Smoking Cessation Agents</b>		
<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]
<b>ANTI-INFLAMMATORY AGENTS</b>		
<b>Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs</b>		
<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]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<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]
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg &amp; 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]
<b>ANTIBACTERIALS</b>		
<b>Aminoglycosides</b>		
<i>amikacin inj</i>	1	[EDS]
<i>gentamicin cream 0.1% &amp; 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]
<b>Antibacterials, Other</b>		
<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>fosfomicin pack</i>	1	[EDS]
<i>linezolid inj</i>	1	[EDS]

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 29.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<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]
<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 &amp; 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]
<b>Beta-lactam, Cephalosporins</b>		
<i>cefaclor</i>	1	[EDS]
<i>cefaclor er</i>	1	[EDS]
<i>cefadroxil caps &amp; 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]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>cefuroxime inj</i>	1	[EDS]
<i>cephalexin caps &amp; tabs 250mg &amp; 500mg</i>	1	[EDS]
<i>cephalexin oral susp</i>	1	[EDS]
<i>tazicef inj</i>	1	[EDS]
TEFLARO INJ	1	
ZERBAXA INJ	1	
<b>Beta-lactam, Penicillins</b>		
<i>amoxicillin</i>	1	[EDS]
<i>amoxicillin &amp; clavulanate potassium</i>	1	[EDS]
<i>amoxicillin &amp; clavulanate potassium er</i>	1	[EDS]
<i>ampicillin inj</i>	1	[EDS]
<i>ampicillin oral</i>	1	[EDS]
<i>ampicillin &amp; sulbactam inj 10-5gm, 2-1gm &amp; 1-0.5gm</i>	1	[EDS]
BICILLIN L-A INJ	1	[EDS]
<i>dicloxacillin sodium</i>	1	[EDS]
<i>naftillin sodium inj</i>	1	[EDS]
<i>penicillin g inj 5 million units &amp; 20 million units</i>	1	[EDS]
<i>penicillin v potassium</i>	1	[EDS]
<i>piperacillin/tazobactam inj</i>	1	[EDS]
ZOSYN INJ	1	[EDS]
<b>Carbapenems</b>		
<i>cilastatin/imipenem inj</i>	1	[EDS]
<i>ertapenem inj</i>	1	[EDS]
<i>meropenem inj</i>	1	[EDS]
<b>Macrolides</b>		
<i>azithromycin tabs &amp; oral susp bottle</i>	1	[EDS]
<i>azithromycin 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
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>clarithromycin</i>	1	[EDS]
<i>clarithromycin er</i>	1	[EDS]
DIFICID	1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INJ	1	[EDS]
<i>erythrocin stearate</i>	1	[EDS]
<i>erythromycin caps &amp; tabs</i>	1	[EDS]
<i>erythromycin dr</i>	1	[EDS]
<b>Quinolones</b>		
<i>ciprofloxacin in d5w inj</i>	1	[EDS]
<i>ciprofloxacin tabs immediate-release 250mg, 500mg &amp; 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]
<b>Sulfonamides</b>		
<i>sulfacetamide sodium topical lotion 10%</i>	1	[EDS]
<i>sulfadiazine tabs</i>	1	[EDS]
<i>sulfamethoxazole &amp; trimethoprim tabs</i>	1	[EDS]
<i>sulfamethoxazole &amp; trimethoprim ds tabs</i>	1	[EDS]
<i>sulfamethoxazole &amp; trimethoprim oral susp</i>	1	[EDS]
<b>Tetracyclines</b>		
<i>demeclocycline</i>	1	[EDS]
<i>doxy 100 inj</i>	1	[EDS]
<i>doxycycline immediate-release tabs, caps &amp; oral susp</i>	1	[EDS]
<i>minocycline ir</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>tetracycline</i>	1	[EDS]
<b>ANTICONVULSANTS</b>		
<b>Anticonvulsants, Other</b>		
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>rowepra 500mg</i>	1	[EDS]
SPRITAM	1	[EDS]
<i>valproic acid oral caps &amp; soln</i>	1	[EDS]
XCOPRI TABS	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]
<b>Calcium Channel Modifying Agents</b>		
CELONTIN	1	[EDS]
<i>ethosuximide</i>	1	[EDS]
<i>methsuximide</i>	1	[EDS]
<b>Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Augmenting Agents</b>		
<i>clobazam</i>	1	[EDS]

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 29.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<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 &amp; oral soln</i>	1	[EDS]
<i>phenobarbital elixir &amp; tabs</i>	1	[EDS]
<i>pregabalin</i>	1	[EDS]
<i>primidone tabs 50mg &amp; 250mg</i>	1	[EDS]
PRIMIDONE TABS 125MG	1	[EDS]
SYMPAZAN 5MG	1	[EDS]
SYMPAZAN 10MG & 20MG	1	
<i>tiagabine</i>	1	[EDS]
VALTOCO	1	[EDS]
<i>vigabatrin</i>	1	[LD]
<i>vigadrone</i>	1	[LD]
<i>vigpoder</i>	1	[LD]
<b>Sodium Channel Agents</b>		
APTIOM	1	
<i>carbamazepine tabs, chewable tabs &amp; oral susp</i>	1	[EDS]
<i>carbamazepine er tabs &amp; 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]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>phenytek</i>	1	[EDS]
<i>phenytoin suspension &amp; 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]
<b>ANTIDEMENTIA AGENTS</b>		
<b>Antidementia Agents, Other</b>		
<i>ergoloid mesylates</i>	1	[PA] [EDS]
<b>Cholinesterase Inhibitors</b>		
<i>donepezil tabs 5mg &amp; 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]
<b>N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonists</b>		
<i>memantine hcl immediate release</i>	1	[EDS]
<i>memantine hcl soln</i>	1	[EDS]
<i>memantine hcl titration pack</i>	1	[EDS]
<b>ANTIDEPRESSANTS</b>		
<b>Antidepressants, Other</b>		
AUVELITY	1	
<i>bupropion hcl tabs</i>	1	[EDS]
<i>bupropion sr</i>	1	[EDS]
<i>bupropion xl 150mg &amp; 300mg</i>	1	[EDS]
<i>bupropion xl 450mg</i>	1	[EDS]
FORFIVO XL	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
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>mirtazapine</i>	1	[EDS]
<i>mirtazapine odt</i>	1	[EDS]
<i>nefazodone</i>	1	[EDS]
<i>perphenazine &amp; amitriptyline</i>	1	[EDS]
<i>trazodone</i>	1	[EDS]
TRINTELLIX	1	[EDS]
ZURZUVAE	1	[PA]
<b>Monoamine Oxidase Inhibitors</b>		
EMSAM	1	
MARPLAN	1	[EDS]
<i>phenelzine</i>	1	[EDS]
<i>tranylcypromine</i>	1	[EDS]
<b>SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin &amp; Norepinephrine Reuptake Inhibitors)</b>		
<i>citalopram tabs</i>	1	[EDS]
<i>citalopram oral soln</i>	1	[EDS]
DESVENLAFAXINE ER	1	[EDS]
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	1	[EDS]
<i>escitalopram</i>	1	[EDS]
FETZIMA	1	[EDS]
FETZIMA TITRATION PACK	1	[EDS]
<i>fluoxetine hcl caps 10mg, 20mg &amp; 40mg</i>	1	[EDS]
<i>fluoxetine hcl tabs 10mg &amp; 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]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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]
<b>Tricyclics</b>		
<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]
<b>ANTIEMETICS</b>		
<b>Antiemetics, Other</b>		
<i>compro</i>	1	[EDS]
<i>meclizine</i>	1	[EDS]
<i>prochlorperazine oral</i>	1	[EDS]
<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]
<b>Emetogenic Therapy Adjuncts</b>		
<i>aprepitant caps 80mg &amp; 125mg</i>	1	[PA] [EDS]
<i>aprepitant pack</i>	1	[PA] [EDS]
<i>dronabinol</i>	1	[PA] [EDS]

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 29.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<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 &amp; 8mg</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<b>ANTIFUNGALS</b>		
<b>Antifungals</b>		
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>caspofungin inj 50mg</i>	1	
<i>caspofungin 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]
<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 &amp; 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]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<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]
<b>ANTIGOUT AGENTS</b>		
<b>Antigout Agents</b>		
<i>allopurinol tabs 100mg &amp; 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 &amp; colchicine</i>	1	[EDS]
<b>ANTIMIGRAINE AGENTS</b>		
<b>Antimigraine Agents, Other</b>		
UBRELVY	1	[PA] [EDS]
<b>Ergot Alkaloids</b>		
<i>caffeine-ergotamine</i>	1	[EDS]
<i>dihydroergotamine mesylate nasal</i>	1	
<i>migergot suppository</i>	1	[EDS]
<b>Prophylactic</b>		
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]
<b>Serotonin (5-HT) Receptor Agonist</b>		
<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]

[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
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<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]
ZOMIG NASAL 2.5MG	1	[EDS]
<b>ANTIMYASTHENIC AGENTS</b>		
<b>Parasympathomimetics</b>		
<i>pyridostigmine soln</i>	1	[EDS]
<i>pyridostigmine tabs 60mg</i>	1	[EDS]
<i>pyridostigmine er tabs 180mg</i>	1	[EDS]
<b>ANTIMYCOBACTERIALS</b>		
<b>Antimycobacterials, Other</b>		
<i>dapsone tabs</i>	1	[EDS]
<i>rifabutin</i>	1	[EDS]
<b>Antituberculars</b>		
<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	
TRECTOR	1	[EDS]
<b>ANTINEOPLASTICS</b>		
<b>Alkylating Agents</b>		
<i>cyclophosphamide</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
GLEOSTINE	1	[EDS]
LEUKERAN	1	[EDS]
MATULANE	1	
VALCHLOR	1	[PA]
<b>Antiandrogens</b>		
<i>abiraterone acetate</i>	1	[PA]
<i>bicalutamide</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ERLEADA	1	[PA]
<i>nilutamide</i>	1	
NUBEQA	1	[PA] [LD]
XTANDI	1	[PA]
YONSA	1	[PA]
<b>Antiangiogenic Agents</b>		
FOTIVDA	1	[PA] [LD]
<i>lenalidomide</i>	1	[PA] [LD]
POMALYST	1	[PA] [LD]
QINLOCK	1	[PA] [LD]
TABRECTA	1	[PA]
THALOMID	1	[PA]
<b>Antiestrogens/Modifiers</b>		
EMCYT	1	[EDS]
SOLTAMOX	1	[EDS]
<i>tamoxifen</i>	1	[EDS]
<i>toremifene citrate</i>	1	
<b>Antimetabolites</b>		
<i>hydroxyurea</i>	1	[EDS]
<i>mercaptopurine</i>	1	[EDS]
PURIXAN	1	
TABLOID	1	[EDS]
<b>Antineoplastics, Other</b>		
AKEEGA	1	[PA] [LD]
BESREMI INJ	1	[PA] [LD]
GAVRETO	1	[PA] [LD]
IDHIFA	1	[PA] [LD]
INREBIC	1	[PA] [LD]
IWILFIN	1	[PA] [LD]
KRAZATI	1	[PA]
LONSURF	1	[PA]
LUMAKRAS	1	[PA]
LYTGOBI TABS	1	[PA] [LD]
NINLARO	1	[PA]
ONUREG	1	[PA]
ORSERDU TABS	1	[PA]
PEMAZYRE	1	[PA] [LD]
RETEVMO	1	[PA] [LD]
ROZLYTREK	1	[PA]

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 29.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
TAZVERIK	1	[PA] [LD]
TUKYSA	1	[PA] [LD]
VONJO	1	[PA]
XPOVIO	1	[PA] [LD]
<b>Aromatase Inhibitors, 3rd Generation</b>		
<i>anastrozole</i>	1	[EDS]
<i>exemestane</i>	1	[EDS]
<i>letrozole</i>	1	[EDS]
<b>Enzyme Inhibitors</b>		
BALVERSA	1	[PA]
ZOLINZA	1	[PA]
<b>Molecular Target Inhibitors</b>		
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]
CAPRELSA	1	[PA]
COMETRIQ	1	[PA]
COPIKTRA	1	[PA] [LD]
COTELLIC	1	[PA]
DAURISMO	1	[PA]
ERIVEDGE	1	[PA]
<i>erlotinib</i>	1	[PA]
<i>everolimus tabs 2.5mg, 5mg, 7.5mg &amp; 10mg</i>	1	[PA]
<i>everolimus tabs for suspension 2mg, 3mg &amp; 5mg</i>	1	[PA]
EXKIVITY	1	[PA] [LD]
FRUZAQLA	1	[PA]
<i>gefitinib</i>	1	[PA]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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]
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]
TAGRISSE	1	[PA]
TALZENNA	1	[PA]
TASIGNA	1	[PA]
TEPMETKO	1	[PA] [LD]
TIBSOVO	1	[PA]
TRUQAP	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
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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]
VOTRIENT	1	[PA]
WELIREG	1	[PA] [LD]
XALKORI	1	[PA]
XOSPATA	1	[PA] [LD]
ZEJULA	1	[PA] [LD]
ZELBORAF	1	[PA]
ZYDELIG	1	[PA]
ZYKADIA TABS	1	[PA]
<b>Retinoids</b>		
<i>bexarotene</i>	1	[PA]
PANRETIN	1	
<i>tretinoin caps</i>	1	
<b>Treatment Adjuncts</b>		
<i>leucovorin oral</i>	1	[EDS]
MESNEX TABS	1	[EDS]
<b>ANTIPARASITICS</b>		
<b>Anthelmintics</b>		
<i>albendazole</i>	1	[EDS]
<i>ivermectin tabs</i>	1	[EDS]
<b>Antiprotozoals</b>		
<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]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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]
<b>ANTIPARKINSON AGENTS</b>		
<b>Anticholinergics</b>		
<i>benztropine tabs</i>	1	[EDS]
<i>trihexyphenidyl elixir &amp; tabs</i>	1	[EDS]
<b>Antiparkinson Agents, Other</b>		
<i>amantadine</i>	1	[EDS]
<i>carbidopa &amp; levodopa &amp; entacapone</i>	1	[EDS]
<i>entacapone</i>	1	[EDS]
<b>Dopamine Agonists</b>		
<i>apomorphine hydrochloride inj</i>	1	[PA]
<i>bromocriptine</i>	1	[EDS]
NEUPRO PATCH	1	[EDS]
<i>pramipexole ir</i>	1	[EDS]
<i>ropinirole ir</i>	1	[EDS]
<b>Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors</b>		
<i>carbidopa</i>	1	[EDS]
<i>carbidopa &amp; levodopa ir, er, odt</i>	1	[EDS]
<b>Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors</b>		
<i>rasagiline</i>	1	[EDS]
<i>selegiline</i>	1	[EDS]
<b>ANTIPSYCHOTICS</b>		
<b>1<sup>st</sup> Generation/Typical</b>		
<i>chlorpromazine oral</i>	1	[EDS]
<i>fluphenazine oral</i>	1	[EDS]

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 29.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	1	[EDS]
<i>fluphenazine inj</i>	1	[EDS]
<i>haloperidol oral</i>	1	[EDS]
<i>haloperidol decanoate inj</i>	1	[EDS]
<i>haloperidol lactate inj</i>	1	[EDS]
<i>loxapine</i>	1	[EDS]
<i>molindone</i>	1	[EDS]
<i>perphenazine</i>	1	[EDS]
<i>pimozide</i>	1	[EDS]
<i>thioridazine</i>	1	[EDS]
<i>thiothixene</i>	1	[EDS]
<i>trifluoperazine</i>	1	[EDS]
<b>2<sup>nd</sup> Generation/Atypical</b>		
ABILIFY ASIMTUFII INJ	1	
ABILIFY MAINTENA INJ	1	
<i>aripiprazole odt</i>	1	
<i>aripiprazole soln</i>	1	[EDS]
<i>aripiprazole tabs</i>	1	[EDS]
ARISTADA INJ	1	
ARISTADA INITIO INJ	1	[EDS]
<i>asenapine maleate sublinqual</i>	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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
INVEGA TRINZA INJ	1	
<i>lurasidone hcl tabs</i>	1	
LYBALVI	1	[PA]
NUPLAZID	1	[PA]
<i>olanzapine inj, tabs &amp; odt tabs</i>	1	[EDS]
<i>paliperidone er tabs</i>	1	[EDS]
PERSERIS INJ	1	
<i>quetiapine fumarate 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg &amp; 400mg tabs</i>	1	[EDS]
QUETIAPINE FUMARATE 150MG TABS	1	[EDS]
<i>quetiapine er tabs</i>	1	[EDS]
REXULTI	1	
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG & 25MG	1	[EDS]
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG & 50MG	1	
<i>risperidone</i>	1	[EDS]
<i>risperidone er inj 12.5mg &amp; 25mg</i>	1	[EDS]
<i>risperidone er inj 37.5mg &amp; 50mg</i>	1	
<i>risperidone odt</i>	1	[EDS]
SECUADO	1	[PA]
SEROQUEL XR	1	[EDS]
UZEDY INJ	1	
VRAYLAR CAPSULES	1	
VRAYLAR DOSE PACK	1	[EDS]
<i>ziprasidone inj</i>	1	[EDS]
<i>ziprasidone oral</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
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	1	[EDS]
<b>Treatment-Resistant</b>		
<i>clozapine</i>	1	[EDS]
<i>clozapine odt</i>	1	[EDS]
VERSACLOZ	1	
<b>ANTISPASTICITY AGENTS</b>		
<b>Antispasticity Agents</b>		
<i>baclofen tabs</i>	1	[EDS]
<i>tizanidine caps</i>	1	[EDS]
<i>tizanidine tabs</i>	1	[EDS]
<b>ANTIVIRALS</b>		
<b>Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents</b>		
PREVYMIS	1	[PA]
<i>valganciclovir</i>	1	[EDS]
<b>Anti-hepatitis B (HBV) Agents</b>		
<i>adefovir dipivoxil</i>	1	[EDS]
BARACLUDGE ORAL SOLN 0.05MG/ML	1	[EDS]
<i>entecavir tabs</i>	1	[EDS]
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	1	[EDS]
VEMLIDY	1	
<b>Anti-hepatitis C (HCV) Agents</b>		
EPCLUSA	1	[PA]
HARVONI	1	[PA]
LEDIPASVIR/ SOFOSBUVIR	1	[PA]
<i>ribavirin</i>	1	[EDS]
SOFOSBUVIR/ VELPATASVIR	1	[PA]
VOSEVI	1	[PA]
<b>Antitherpetic Agents</b>		
<i>acyclovir caps &amp; 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]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>valacyclovir</i>	1	[EDS]
<b>Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)</b>		
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]
<b>Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)</b>		
COMPLERA	1	
DELSTRIGO	1	
EDURANT	1	
<i>efavirenz caps &amp; tabs</i>	1	[EDS]
<i>efavirenz &amp; emtricitabine &amp; tenofovir disoproxil fumarate tabs</i>	1	
<i>efavirenz &amp; lamivudine &amp; 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]

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 29.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>nevirapine susp &amp; tabs</i>	1	[EDS]
ODEFSEY	1	
PIFELTRO	1	
<b>Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)</b>		
<i>abacavir soln &amp; tabs</i>	1	[EDS]
<i>abacavir &amp; lamivudine</i>	1	[EDS]
CIMDUO	1	
DESCOVY	1	
<i>emtricitabine caps 200mg</i>	1	[EDS]
<i>emtricitabine &amp; tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg-300mg</i>	1	[EDS]
<i>emtricitabine &amp; tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg-150mg, 133mcg-200mg &amp; 167mg-250mg</i>	1	
EMTRIVA SOLN	1	[EDS]
<i>lamivudine tabs 150mg &amp; 300mg</i>	1	[EDS]
<i>lamivudine soln</i>	1	[EDS]
<i>lamivudine &amp; zidovudine</i>	1	[EDS]
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	[EDS]
TRIUMEQ	1	
TRIUMEQ PD	1	
TRIZIVIR	1	
VIREAD TABS 150MG, 200MG & 250MG	1	
VIREAD POWDER	1	[EDS]
<i>zidovudine</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>Anti-HIV Agents, Other</b>		
FUZEON INJ	1	[EDS]
<i>maraviroc</i>	1	
RUKOBIA	1	
SELZENTRY SOLN	1	[EDS]
SELZENTRY 25MG & 75MG	1	[EDS]
SUNLENCA	1	
TYBOST	1	[EDS]
<b>Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)</b>		
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	
LEXIVA ORAL SUSP	1	[EDS]
<i>lopinavir &amp; ritonavir</i>	1	[EDS]
NORVIR POWDER	1	[EDS]
PREZCOBIX	1	
PREZISTA SUSP 100MG/ML	1	[EDS]
PREZISTA TABS 75MG & 150MG	1	[EDS]
PREZISTA TABS 600MG & 800MG	1	
REYATAZ ORAL POWDER	1	
<i>ritonavir tabs</i>	1	[EDS]
SYM TUZA	1	
VIRACEPT	1	
<b>Anti-influenza Agents</b>		
<i>oseltamivir caps</i>	1	[EDS]
<i>oseltamivir susp</i>	1	[EDS]
RELENZA DISKHALER	1	[EDS]
<i>rimantadine</i>	1	[EDS]
XOFLUZA	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
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>ANXIOLYTICS</b>		
<b>Anxiolytics, Other</b>		
<i>bupirone</i>	1	[EDS]
<i>meprobamate</i>	1	[EDS]
<b>Benzodiazepines</b>		
<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 &amp; tabs</i>	1	[EDS]
<i>lorazepam soln &amp; tabs</i>	1	[EDS]
<i>oxazepam</i>	1	[EDS]
<b>BIPOLAR AGENTS</b>		
<b>Mood Stabilizers</b>		
<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]
<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]
<b>BLOOD GLUCOSE REGULATORS</b>		
<b>Antidiabetic Agents</b>		
<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]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>glimepiride &amp; pioglitazone</i>	1	[EDS]
<i>glipizide er</i>	1	[EDS]
<i>glipizide tabs 5mg &amp; 10mg</i>	1	[EDS]
<i>glipizide &amp; 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 &amp; 750mg</i>	1	[EDS]
MOUNJARO INJ	1	[EDS]
<i>nateglinide</i>	1	[EDS]
OZEMPIC INJ	1	[EDS]
<i>pioglitazone</i>	1	[EDS]
<i>pioglitazone &amp; metformin</i>	1	[EDS]
<i>repaglinide</i>	1	[EDS]
RYBELSUS	1	[EDS]
SYMLINPEN INJ	1	[EDS]
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]
<b>Glycemic Agents</b>		
BAQSIMI	1	[EDS]
<i>diazoxide</i>	1	[EDS]
GLUCAGEN	1	[EDS]
HYPOKIT INJ	1	[EDS]

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 29.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
GLUCAGON EMERGENCY KIT INJ	1	[EDS]
GVOKE INJ	1	[EDS]
ZEGALOGUE INJ	1	[EDS]
<b>Insulins</b>		
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]
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 GLARGINE VIAL INJ 100UNIT/ML	1	[EDS]
INSULIN GLARGINE SOLOSTAR INJ 100UNIT/ML	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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]
<b>BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS</b>		
<b>Anticoagulants</b>		
<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 &amp; 5mg/0.4ml</i>	1	[EDS]
<i>fondaparinux inj 7.5mg/0.6ml &amp; 10mg/0.8ml</i>	1	
<i>heparin inj vials 1000u/ml, 5000u/ml, 10000u/ml &amp; 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]

[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
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>Blood Products and Modifiers, Other</b>		
<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]
<b>Hemostasis Agents</b>		
<i>tranexamic acid tabs</i>	1	[EDS]
<b>Platelet Modifying Agents</b>		
BRILINTA	1	[EDS]
<i>cilostazol</i>	1	[EDS]
<i>clopidogrel tabs 75mg</i>	1	[EDS]
<i>dipyridamole er &amp; aspirin</i>	1	[EDS]
<i>dipyridamole oral</i>	1	[EDS]
<i>prasugrel</i>	1	[EDS]
<b>CARDIOVASCULAR AGENTS</b>		
<b>Alpha-adrenergic Agonists</b>		
<i>clonidine patches</i>	1	[EDS]
<i>clonidine tabs immediate-release</i>	1	[EDS]
<i>droxidopa</i>	1	[PA]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>guanfacine ir</i>	1	[EDS]
<i>midodrine tabs</i>	1	[EDS]
<b>Alpha-adrenergic Blocking Agents</b>		
<i>doxazosin</i>	1	[EDS]
<i>prazosin</i>	1	[EDS]
<i>terazosin</i>	1	[EDS]
<b>Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors</b>		
<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]
<b>Angiotensin II Receptor Antagonists</b>		
<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]
<b>Antiarrhythmics</b>		
<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]

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 29.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>Beta-adrenergic Blocking Agents</b>		
<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 &amp; 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]
<b>Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines</b>		
<i>amlodipine</i>	1	[EDS]
<i>felodipine er</i>	1	[EDS]
<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]
<b>Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines</b>		
<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>taztia xt</i>	1	[EDS]
<i>tiadylt er</i>	1	[EDS]
<i>verapamil ir</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>verapamil er</i>	1	[EDS]
<i>verapamil sr</i>	1	[EDS]
<b>Cardiovascular Agents, Other</b>		
<i>aliskiren</i>	1	[EDS]
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>amlodipine &amp; atorvastatin</i>	1	[EDS]
<i>amlodipine &amp; benazepril</i>	1	[EDS]
<i>amlodipine &amp; valsartan &amp; hydrochlorothiazide tabs</i>	1	[EDS]
<i>atenolol &amp; chlorthalidone</i>	1	[EDS]
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
CORLANOR	1	[EDS]
<i>digoxin oral soln</i>	1	[EDS]
<i>digoxin tabs 125mcg &amp; 250mcg</i>	1	[EDS]
<i>digoxin tab 62.5mcg</i>	1	[EDS]
<i>enalapril &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
ENTRESTO	1	[EDS]
<i>fosinopril &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>irbesartan hct</i>	1	[EDS]
KERENDIA	1	[EDS]
LANOXIN ORAL	1	[EDS]
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>losartan hct</i>	1	[EDS]
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>metyrosine 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
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>olmesartan &amp; amlodipine</i>	1	[EDS]
<i>olmesartan hct</i>	1	[EDS]
<i>olmesartan medoxomil &amp; amlodipine &amp; hydrochlorothiazide tabs</i>	1	[EDS]
<i>pentoxifylline er</i>	1	[EDS]
<i>ranolazine er</i>	1	[EDS]
<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>valsartan &amp; amlodipine</i>	1	[EDS]
<i>valsartan hct</i>	1	[EDS]
VERQUVO	1	[PA] [EDS]
<b>Diuretics, Loop</b>		
<i>bumetanide inj</i>	1	[EDS]
<i>bumetanide tabs</i>	1	[EDS]
<i>furosemide oral</i>	1	[EDS]
<i>furosemide inj</i>	1	[EDS]
<i>toremide</i>	1	[EDS]
<b>Diuretics, Potassium-sparing</b>		
<i>amiloride</i>	1	[EDS]
<i>eplerenone</i>	1	[EDS]
<i>spironolactone tabs</i>	1	[EDS]
<b>Diuretics, Thiazide</b>		
<i>chlorthalidone</i>	1	[EDS]
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	[EDS]
<i>indapamide</i>	1	[EDS]
<i>metolazone</i>	1	[EDS]
<b>Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives</b>		
<i>fenofibrate caps 43mg &amp; 130mg</i>	1	[EDS]
<i>fenofibrate micronized caps 67mg, 134mg &amp; 200mg</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>fenofibrate tabs 48mg, 54mg, 145mg &amp; 160mg</i>	1	[EDS]
<i>fenofibric acid dr caps</i>	1	[EDS]
<i>gemfibrozil</i>	1	[EDS]
<b>Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors</b>		
<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]
<b>Dyslipidemics, Other</b>		
<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 &amp; simvastatin</i>	1	[EDS]
<i>icosapent ethyl</i>	1	[EDS]
JUXTAPID	1	[PA] [LD]
<i>niacin er tabs</i>	1	[EDS]
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	1	[EDS]
<i>prevalite</i>	1	[EDS]
REPATHA INJ	1	[EDS]
VASCEPA CAPS	1	[EDS]
<b>Vasodilators, Direct-acting Arterial</b>		
<i>hydralazine oral</i>	1	[EDS]
<i>minoxidil</i>	1	[EDS]
<b>Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous</b>		
<i>isosorbide dinitrate tabs 5mg, 10mg, 20mg &amp; 30mg</i>	1	[EDS]
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	[EDS]
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	[EDS]

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 29.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<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]
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS</b>		
<b>Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines</b>		
<i>amphetamine &amp; dextroamphetamine tabs</i>	1	[QL] [EDS]
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 5mg &amp; 10mg</i>	1	[QL] [EDS]
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	1	[QL] [EDS]
<i>zenzedi tabs 5mg &amp; 10mg</i>	1	[QL] [EDS]
<b>Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines</b>		
<i>atomoxetine</i>	1	[EDS]
<i>clonidine er</i>	1	[EDS]
<i>dexmethylphenidate ir tabs</i>	1	[EDS]
<i>methylphenidate er tabs 10mg &amp; 20mg</i>	1	[EDS]
<i>methylphenidate ir tabs 5mg, 10mg &amp; 20mg</i>	1	[EDS]
<b>Central Nervous System, Other</b>		
AUSTEDO	1	[PA] [LD]
AUSTEDO XR	1	[PA] [LD]
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT	1	[PA]
NUDEXTA	1	[PA]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>riluzole</i>	1	[EDS]
<i>tetrabenazine</i>	1	[PA]
<b>Fibromyalgia Agents</b>		
<i>duloxetine hcl</i>	1	[EDS]
SAVELLA	1	[EDS]
SAVELLA TITRATION PACK	1	[EDS]
<b>Multiple Sclerosis Agents</b>		
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]
<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	1	[PA]
<i>ingolimod</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]
<b>DENTAL AND ORAL AGENTS</b>		
<b>Dental and Oral Agents</b>		
<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]

[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
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>pilocarpine tabs</i>	1	[EDS]
<i>triamcinolone dental paste</i>	1	[EDS]
<b>DERMATOLOGICAL AGENTS</b>		
<b>Acne and Rosacea Agents</b>		
<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>amnestem caps</i>	1	[EDS]
<i>claravis</i>	1	[EDS]
<i>clindamycin &amp; benzoyl peroxide gel 5%-1% &amp; 5%-1.2%</i>	1	[EDS]
<i>isotretinoin caps 10mg, 20mg, 30mg &amp; 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% &amp; 0.05%</i>	1	[PA] [EDS]
<i>zenatane</i>	1	[EDS]
<b>Dermatitis and Pruritus Agents</b>		
<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 &amp; lotion</i>	1	[EDS]
CAPEX SHAMPOO	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>clobetasol propionate cream, foam, gel, oint &amp; soln</i>	1	[EDS]
<i>clobetasol propionate emollient</i>	1	[EDS]
<i>desonide lotion, oint &amp; cream</i>	1	[QL] [EDS]
<i>desoximetasone topical cream, gel &amp; oint 0.05%</i>	1	[QL] [EDS]
<i>desoximetasone topical cream &amp; oint 0.25%</i>	1	[QL] [EDS]
<i>diflorasone diacetate</i>	1	[QL] [EDS]
<i>fluocinolone acetone cream, oint, soln</i>	1	[EDS]
<i>fluocinolone acetone scalp oil</i>	1	[EDS]
<i>fluocinonide cream 0.05%, gel &amp; oint</i>	1	[QL] [EDS]
<i>fluocinonide emulsified base cream</i>	1	[QL] [EDS]
<i>fluocinonide soln</i>	1	[EDS]
<i>fluticasone propionate cream &amp; oint</i>	1	[EDS]
<i>halobetasol propionate cream &amp; ointment</i>	1	[EDS]
<i>hydrocortisone cream, lotion &amp; oint 2.5%</i>	1	[EDS]
<i>hydrocortisone butyrate cream, oint &amp; soln</i>	1	[EDS]
<i>hydrocortisone valerate</i>	1	[EDS]
<i>mometasone cream, oint &amp; soln</i>	1	[EDS]
<i>pimecrolimus</i>	1	[QL] [EDS]

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 29.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>selenium sulfide lotion</i>	1	[EDS]
<i>tacrolimus oint</i>	1	[QL] [EDS]
<i>triamcinolone acetonide topical cream &amp; lotion</i>	1	[EDS]
<i>triamcinolone acetonide topical oint 0.025%, 0.1% &amp; 0.5%</i>	1	[EDS]
<i>triderm cream 0.1%</i>	1	[EDS]
<b>Dermatological Agents, Other</b>		
<i>calcipotriene cream &amp; oint</i>	1	[QL] [EDS]
<i>calcipotriene soln</i>	1	[EDS]
<i>clotrimazole &amp; betamethasone</i>	1	[EDS]
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	1	[EDS]
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	1	[PA] [EDS]
FLUOROURACIL CREAM 0.5%	1	
<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 &amp; triamcinolone</i>	1	[EDS]
<i>podofilox soln</i>	1	[EDS]
<i>silver sulfadiazine</i>	1	[EDS]
REGRANEX	1	[QL]
SANTYL	1	[QL] [EDS]
<i>ssd</i>	1	[EDS]
<b>Pediculicides/Scabicides</b>		
<i>malathion</i>	1	[EDS]
<i>permethrin cream</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>Topical Anti-infectives</b>		
<i>acyclovir cream &amp; oint 5%</i>	1	[QL] [EDS]
<i>ciclopirox cream, gel, nail soln shampoo &amp; susp</i>	1	[EDS]
<i>clindamycin topical gel, lotion, soln &amp; swab</i>	1	[EDS]
<i>erythromycin topical gel &amp; soln</i>	1	[EDS]
<i>mupirocin ointment</i>	1	[EDS]
<i>mupirocin cream</i>	1	[QL] [EDS]
<i>penciclovir cream</i>	1	[EDS]
<b>ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/ VITAMINS</b>		
<b>Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers</b>		
<i>deferasirox granule pack</i>	1	[PA]
<i>deferasirox tabs 90mg</i>	1	[PA] [EDS]
<i>deferasirox tabs 180mg &amp; 360mg</i>	1	[PA]
<i>deferasirox tabs for soln 125mg</i>	1	[PA] [EDS]
<i>deferasirox tabs for soln 250mg &amp; 500mg</i>	1	[PA]
<i>deferiprone</i>	1	[PA]
FERRIPROX SOLN	1	[PA]
FERRIPROX TAB 1000MG	1	[PA]
INTRALIPID INJ	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>penicillamine tabs</i>	1	
<i>trientine</i>	1	
<b>Electrolyte/Mineral Replacement</b>		
<i>carglumic acid</i>	1	[PA]
CLINISOL SF INJ	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>dextrose 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
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>dextrose (10%, 5% or 2.5%) &amp; sodium chloride inj</i>	1	[EDS]
<i>klor-con pack</i>	1	[EDS]
<i>klor-con tabs</i>	1	[EDS]
<i>magnesium sulfate inj</i>	1	[EDS]
<i>plenamine inj</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>potassium chloride oral soln</i>	1	[EDS]
<i>potassium chloride inj</i>	1	[EDS]
<i>potassium chloride pack 20meq</i>	1	[EDS]
<i>potassium chloride er &amp; cr</i>	1	[EDS]
<i>potassium chloride &amp; dextrose 20mEq/5% inj</i>	1	[EDS]
<i>potassium chloride &amp; dextrose &amp; lactated ringers inj</i>	1	[EDS]
<i>potassium chloride &amp; dextrose &amp; 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% &amp; 40mEq/5%/0.45%</i>	1	[EDS]
<i>potassium citrate er</i>	1	[EDS]
PROSOL INJ	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>sodium chloride inj</i>	1	[EDS]
TPN ELECTROLYTES INJ	1	[EDS]
TRAVASOL INJ	1	[PA] [B vs D] [EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>Phosphate Binders</b>		
AURYXIA	1	[PA]
<i>calcium acetate</i>	1	[EDS]
<i>lanthanum carbonate</i>	1	
<i>sevelamer carbonate powder</i>	1	[EDS]
<i>sevelamer carbonate tabs</i>	1	[EDS]
VELPHORO	1	[PA]
<b>Potassium Binders</b>		
LOKELMA	1	[EDS]
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	1	[EDS]
<i>sps suspension</i>	1	[EDS]
VELTASSA	1	[EDS]
<b>Vitamins</b>		
<i>prenatal multi-vitamin</i>	1	[EDS]
<b>GASTROINTESTINAL AGENTS</b>		
<b>Anti-Constipation Agents</b>		
<i>constulose soln</i>	1	[EDS]
<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]
<b>Anti-Diarrheal Agents</b>		
<i>alosetron hcl tab 0.5mg</i>	1	[PA] [EDS]
<i>alosetron hcl tab 1mg</i>	1	[PA]
<i>diphenoxylate &amp; atropine oral soln</i>	1	[EDS]

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 29.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>diphenoxylate &amp; atropine tabs</i>	1	[EDS]
<i>loperamide caps 2mg</i>	1	[EDS]
XERMELO	1	[PA]
<b>Antispasmodics, Gastrointestinal</b>		
<i>dicyclomine</i>	1	[EDS]
<i>glycopyrrolate tabs 1mg &amp; 2mg</i>	1	[EDS]
<b>Gastrointestinal Agents, Other</b>		
<i>cromolyn sodium oral</i>	1	[EDS]
GATTEX INJ	1	[PA]
<i>gavilyte-c</i>	1	[EDS]
<i>gavilyte-g</i>	1	[EDS]
<i>metoclopramide oral tablets &amp; soln</i>	1	[EDS]
<i>peg 3350 &amp; electrolytes</i>	1	[EDS]
<i>peg 3350 &amp; sodium chloride &amp; sodium bicarbonate &amp; potassium chloride</i>	1	[EDS]
<i>peg 3350 &amp; sodium sulfate &amp; sodium chloride &amp; potassium chloride &amp; sodium ascorbate &amp; ascorbic</i>	1	[EDS]
PLENVU	1	[EDS]
RECTIV	1	[EDS]
<i>ursodiol cap 300mg &amp; tabs 250mg &amp; 500mg</i>	1	[EDS]
<b>Histamine2 (H2) Receptor Antagonists</b>		
<i>cimetidine tabs</i>	1	[EDS]
<i>famotidine tabs</i>	1	[EDS]
<b>Protectants</b>		
<i>misoprostol</i>	1	[EDS]
<i>sucralfate tabs</i>	1	[EDS]
<b>Proton Pump Inhibitors</b>		
<i>esomeprazole magnesium dr caps</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<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]
<b>GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT</b>		
<b>Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment</b>		
<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]
ORFADIN CAPS 20MG	1	[PA] [LD]
ORFADIN SUSP	1	[PA] [LD]
RAVICTI	1	
<i>sapropterin</i>	1	
<i>sodium phenylbutyrate powder &amp; tabs</i>	1	
SUCRAID	1	
<b>GENITOURINARY AGENTS</b>		
<b>Antispasmodics, Urinary</b>		
<i>fesoterodine fumarate er</i>	1	[EDS]
<i>flavoxate</i>	1	[EDS]
GEMTESA	1	[EDS]
MYRBETRIQ	1	[EDS]
<i>oxybutynin ir</i>	1	[EDS]
<i>oxybutynin er</i>	1	[EDS]
OXYTROL	1	[EDS]
<i>solifenacin succinate</i>	1	[EDS]
<i>tolterodine tartrate er</i>	1	[EDS]
<i>trospium ir</i>	1	[EDS]
<i>trospium er</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
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>Benign Prostatic Hypertrophy Agents</b>		
<i>alfuzosin hcl er</i>	1	[EDS]
<i>dutasteride</i>	1	[EDS]
<i>dutasteride &amp; tamsulosin</i>	1	[EDS]
<i>finasteride tabs 5mg</i>	1	[EDS]
<i>tamsulosin</i>	1	[EDS]
<b>Genitourinary Agents, Other</b>		
<i>bethanechol</i>	1	[EDS]
ELMIRON	1	[EDS]
THIOLA EC	1	
<i>tiopronin</i>	1	
<b>HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (ADRENAL)</b>		
<b>Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)</b>		
<i>dexamethasone dose pack</i>	1	[EDS]
<i>dexamethasone elixir</i>	1	[EDS]
<i>dexamethasone tabs</i>	1	[EDS]
<i>fludrocortisone acetate</i>	1	[EDS]
HEMADY	1	[EDS]
<i>hydrocortisone oral</i>	1	[EDS]
MEDROL TABS	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>methylprednisolone dose pack</i>	1	[EDS]
<i>methylprednisolone oral</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
MILLIPRED	1	[PA] [B vs D] [EDS]
ORAPRED ODT	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>prednisolone oral soln</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>prednisolone odt</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>prednisolone tablet 5mg</i>	1	[PA] [B vs D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>prednisone tab pack</i>	1	[EDS]
<b>HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (PITUITARY)</b>		
<b>Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Pituitary)</b>		
<i>desmopressin acetate nasal</i>	1	[EDS]
<i>desmopressin acetate oral</i>	1	[EDS]
GENOTROPIN INJ	1	[PA]
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]
<b>HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (SEX HORMONES/ MODIFIERS)</b>		
<b>Androgens</b>		
<i>danazol</i>	1	[EDS]
<i>testosterone cypionate inj</i>	1	[EDS]
<i>testosterone enanthate inj</i>	1	[EDS]
<i>testosterone gel 1% &amp; 1.62%</i>	1	[EDS]
<i>testosterone gel 25mg/2.5g, 20.25mg/1.25g, 40.5mg/2.5g &amp; 50mg/5g</i>	1	[EDS]

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 29.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>Estrogens</b>		
<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>aubra eq</i>	1	[EDS]
<i>aviane</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 &amp; ethinyl estradiol</i>	1	[EDS]
<i>dotti</i>	1	[EDS]
<i>drospirenone &amp; 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 &amp; norethindrone acetate 0.5mg/0.1mg &amp; 1mg/0.5mg</i>	1	[EDS]
<b>ESTRING</b>	1	[EDS]
<i>ethinyl estradiol &amp; ethynodiol</i>	1	[EDS]
<i>ethinyl estradiol &amp; norethindrone acetate 5mcg/1mg &amp; 2.5mcg-0.5mg</i>	1	[EDS]
<i>etonogestrel &amp; ethinyl estradiol ring</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>falmina</i>	1	[EDS]
<i>fyavolv</i>	1	[EDS]
<i>haloette</i>	1	[EDS]
<b>IMVEXXY PACK</b>	1	[EDS]
<i>introvale</i>	1	[EDS]
<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 &amp; 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 &amp; ethinyl estradiol 0.1-0.02mg &amp; 0.15-0.03mg &amp; triphasic packs</i>	1	[EDS]
<i>levonorgestrel &amp; 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]
<b>MENEST</b>	1	[EDS]
<i>microgestin 1/20 &amp; 1.5/30</i>	1	[EDS]
<i>microgestin 24 fe</i>	1	[EDS]
<i>microgestin fe 1/20 &amp; 1.5/30</i>	1	[EDS]
<i>mili</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
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>mimvey</i>	1	[EDS]
<i>necon</i>	1	[EDS]
<i>nikki</i>	1	[EDS]
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	1	[EDS]
<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 &amp; 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]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>vylibra</i>	1	[EDS]
<i>wymzya fe</i>	1	[EDS]
<i>yuvafem</i>	1	[EDS]
<i>zovia</i>	1	[EDS]
<b>Progestins</b>		
<i>deblitane</i>	1	[EDS]
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJ	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]
<b>Selective Estrogen Receptor Modifying Agents</b>		
DUAVEE	1	[EDS]
<i>raloxifene hcl</i>	1	[EDS]
<b>HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (THYROID)</b>		
<b>Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Thyroid)</b>		
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]
<b>HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL)</b>		
<b>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal)</b>		
LYSODREN	1	
ISTURISA	1	[PA]

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 29.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)</b>		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)</i>		
<i>cabergoline</i>	1	[EDS]
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 &amp; 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]
<b>HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)</b>		
<i>Antithyroid Agents</i>		
<i>methimazole</i>	1	[EDS]
<i>propylthiouracil</i>	1	[EDS]
<b>IMMUNOLOGICAL AGENTS</b>		
<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]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
COSENTYX SENSOREADY PEN INJ	1	[PA]
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]
SKYRIZI INJ	1	[PA]
STELARA INJ	1	[PA]
XELJANZ	1	[PA]
XELJANZ XR	1	[PA]
XOLAIR INJ	1	[PA] [LD]
<i>Immunostimulants</i>		
ACTIMMUNE INJ	1	[PA]
PEGASYS INJ	1	
<i>Immunosuppressants</i>		
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 &amp; 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]

[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
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>cyclosporine modified</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
ENBREL INJ	1	[PA]
ENBREL MINI INJ	1	[PA]
ENBREL SURECLICK INJ	1	[PA]
ENVARUSUS XR	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>everolimus 0.25mg</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>everolimus 0.5mg, 0.75mg &amp; 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]
<i>leflunomide</i>	1	[EDS]
<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	1	[EDS]
<i>methotrexate oral</i>	1	[EDS]
<i>mycophenolate mofetil caps &amp; 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]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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 ORAL SOLN 100MG/ML	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 &amp; 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]
<b>Vaccines</b>		
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]

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 29.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
GARDASIL 9 INJ	1	[EDS]
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]
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]
TWINRIX INJ	1	[EDS]
TYPHIM VI INJ	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
VAQTA INJ	1	[EDS]
VARIVAX INJ	1	[EDS]
YF-VAX INJ	1	[EDS]
<b>INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS</b>		
<b>Aminosalicylates</b>		
<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]
<b>Glucocorticoids</b>		
<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]
<b>METABOLIC BONE DISEASE AGENTS</b>		
<b>Metabolic Bone Disease Agents</b>		
<i>alendronate tabs</i>	1	[EDS]
<i>alendronate oral soln</i>	1	[EDS]
<i>calcitonin-salmon nasal</i>	1	[EDS]
<i>calcitriol caps</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]

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

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<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]
<b>MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS</b>		
<b>Miscellaneous Therapeutic Agents</b>		
<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]
NATPARA INJ	1	[PA] [LD]
<i>paroxetine mesylate</i>	1	[EDS]
PAXLOVID	1	[EDS]
<i>pmdd fluoxetine hcl tabs 10mg &amp; 20mg</i>	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>OPHTHALMIC AGENTS</b>		
<b>Ophthalmic Agents, Other</b>		
<i>atropine sulfate soln</i>	1	[EDS]
<i>brimonidine &amp; timolol maleate</i>	1	[EDS]
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	1	[EDS]
CYSTARAN	1	
<i>dorzolamide &amp; timolol maleate</i>	1	[EDS]
LACRISERT	1	[EDS]
<i>neomycin &amp; polymyxin &amp; bacitracin</i>	1	[EDS]
<i>neomycin &amp; polymyxin &amp; bacitracin &amp; hydrocortisone</i>	1	[EDS]
<i>neomycin &amp; polymyxin &amp; dexamethasone</i>	1	[EDS]
<i>neomycin &amp; polymyxin &amp; gramicidin ophthalmic</i>	1	[EDS]
<i>neomycin &amp; polymyxin &amp; hydrocortisone</i>	1	[EDS]
ROCKLATAN	1	[EDS]
SIMBRINZA	1	[EDS]
<i>sulfacetamide sodium &amp; prednisolone sodium phosphate ophthalmic</i>	1	[EDS]
TOBRADEX OINT	1	[EDS]
<i>tobramycin &amp; dexamethasone ophthalmic suspension</i>	1	[EDS]
XIIDRA	1	[EDS]

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 29.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>Ophthalmic Anti-allergy Agents</b>		
<i>azelastine 0.05%</i>	1	[EDS]
<i>cromolyn sodium ophthalmic soln</i>	1	[EDS]
<b>Ophthalmic Anti-infectives</b>		
AZASITE	1	[EDS]
<i>bacitracin ophthalmic ointment</i>	1	[EDS]
<i>bacitracin &amp; 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 &amp; trimethoprim sulfate ophthalmic soln</i>	1	[EDS]
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic oint &amp; soln 10%</i>	1	[EDS]
<i>tobramycin ophthalmic solution</i>	1	[EDS]
<i>trifluridine</i>	1	[EDS]
ZIRGAN	1	[EDS]
<b>Ophthalmic Anti-inflammatory</b>		
<i>bromfenac ophthalmic soln 0.09%</i>	1	[EDS]
BROMSITE	1	[EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<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]
<b>Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents</b>		
<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% &amp; 0.5% multi-use bottles</i>	1	[EDS]
<b>Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other</b>		
<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]
PHOSPHOLINE IODIDE	1	[EDS]
<i>pilocarpine soln</i>	1	[EDS]
RHOPRESSA	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
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>Ophthalmic Prostaglandin and Prostanoid Analogs</b>		
<i>latanoprost</i>	1	[EDS]
LUMIGAN	1	[EDS]
<i>travoprost</i>	1	[EDS]
VYZULTA	1	[EDS]
<b>OTIC AGENTS</b>		
<b>Otic Agents</b>		
<i>acetic acid &amp; hydrocortisone</i>	1	[EDS]
CIPRO HC	1	[EDS]
<i>ciprofloxacin &amp; dexamethasone otic susp</i>	1	[EDS]
<i>fluocinolone acetonide otic soln</i>	1	[EDS]
<i>neomycin &amp; polymyxin &amp; hydrocortisone</i>	1	[EDS]
<i>ofloxacin otic</i>	1	[EDS]
<b>RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS</b>		
<b>Antihistamines</b>		
<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]
<b>Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids</b>		
ARNUIITY ELLIPTA	1	[EDS]
ASMANEX HFA	1	[EDS]
ASMANEX TWISTHALER	1	[EDS]
BREZTRI AEROSPHERE	1	[EDS]
<i>budesonide nebulizer</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<i>flunisolide nasal</i>	1	[QL] [EDS]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<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 REDIHALER	1	[EDS]
<b>Antileukotrienes</b>		
<i>montelukast</i>	1	[EDS]
<i>zafirlukast</i>	1	[EDS]
<b>Bronchodilators, Anticholinergic</b>		
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 HANDIHALER	1	[EDS]
SPIRIVA RESPIMAT	1	[EDS]
YUPELRI	1	[PA] [B vs D]
<b>Bronchodilators, Sympathomimetic</b>		
<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]
EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR 0.15MG/0.3ML & 0.3MG/0.3ML	1	[EDS]
<i>formoterol fumarate nebulizer</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 29.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<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]
<b>Cystic Fibrosis Agents</b>		
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]
<b>Mast Cell Stabilizers</b>		
<i>cromolyn sodium nebulizer soln</i>	1	[PA] [B vs D] [EDS]
<b>Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease</b>		
<i>roflumilast tabs</i>	1	[EDS]
<i>theophylline er tabs</i>	1	[EDS]
<b>Pulmonary Antihypertensives</b>		
ADEMPAS	1	[PA] [LD]
<i>alyq</i>	1	[PA]
<i>ambrisentan</i>	1	[PA] [LD]
<i>bosentan tabs 62.5mg &amp; 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]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
VENTAVIS	1	[PA] [B vs D]
<b>Pulmonary Fibrosis Agents</b>		
OFEV	1	[PA]
<i>pirfenidone tabs</i>	1	[PA]
<b>Respiratory Tract Agents, Other</b>		
<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 &amp; 500mcg- 50mcg</i>	1	[EDS]
<i>ipratropium bromide &amp; 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]
<b>SKELETAL MUSCLE RELAXANTS</b>		
<b>Skeletal Muscle Relaxants</b>		
<i>carisoprodol tabs 350mg</i>	1	[EDS]
<i>chlorzoxazone tabs 500mg</i>	1	[EDS]
<i>cyclobenzaprine hcl ir</i>	1	[EDS]
<i>methocarbamol tabs</i>	1	[EDS]
<b>SLEEP DISORDER AGENTS</b>		
<b>Sleep Promoting Agents</b>		
BELSOMRA	1	[QL] [EDS]

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

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

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



<b>Drug Name</b>	<b>Drug Tier</b>	<b>Requirements/ Limits</b>
<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Requisitos/ Límites</b>
<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 &amp; 30mg</i>	1	[EDS]
<i>temazepam caps 22.5mg</i>	1	[EDS]
<i>triazolam</i>	1	[EDS]
<i>zolpidem ir tabs 5mg &amp; 10mg</i>	1	[EDS]
<b>Wakefulness Promoting Agents</b>		
<i>armodafinil</i>	1	[PA] [EDS]
<i>modafinil</i>	1	[PA] [EDS]
SODIUM OXYBATE ORAL SOLN	1	[PA][LD]
XYWAV	1	[PA] [LD]

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 29.

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

<b>Drugs with Quantity Limits Medicamentos con Límites de Cantidad</b>	
<b>Drug Name Nombre del Medicamento</b>	<b>Quantity Limits Límites de Cantidad</b>
<i>acetaminophen &amp; codeine #2 &amp; #3 tabs</i>	360 tabs per 30 days
<i>acetaminophen &amp; codeine #4 tabs</i>	180 tabs per 30 days
<i>acetaminophen &amp; 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 &amp; 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 &amp; cream</i>	cream & oint: 120gm per 30 days lotion: 118ml per 30 days
<i>desoximetasone topical cream, gel &amp; oint 0.05%</i>	120gm per 30 days
<i>desoximetasone topical cream &amp; 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 &amp; 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>fluocinonide cream, gel &amp; 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  
Medicamentos con Límites de Cantidad**

<b>Drug Name Nombre del Medicamento</b>	<b>Quantity Limits Límites de Cantidad</b>
<i>hydrocodone &amp; acetaminophen soln 7.5-325mg/15ml</i>	2700ml per 30 days
<i>hydrocodone &amp; acetaminophen tabs 5-325mg, 7.5-325mg &amp; 10-325mg</i>	5-325mg: 360 tabs per 30 days; 7.5-325mg & 10-325mg: 180 tabs per 30 days
<i>hydrocodone &amp; ibuprofen tabs 5-200mg, 7.5-200mg &amp; 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 &amp; 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 &amp; acetaminophen tabs 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg &amp; 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
<b>OXYCODONE ER TABS 10MG &amp; 20MG</b>	60 tabs per 30 days
<i>pimecrolimus</i>	30gm: 3 tubes per 30 days
<b>REGRANEX</b>	2 tubes per 30 days
<b>SANTYL</b>	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 &amp; acetaminophen tabs 37.5-325mg</i>	240 tabs per 30 days
<i>zenzedi</i>	5mg: 120 tabs per 30 days 10mg: 180 tabs per 30 days

## INDEX ÍNDICE

*abacavir & lamivudine*, 43  
*abacavir soln & tabs*, 43  
ABELCET INJ, 37  
ABILIFY ASIMTUFII INJ, 41  
ABILIFY MAINTENA INJ, 41  
*abiraterone acetate*, 38  
ABRYSVO INJ, 58  
*acamprosate calcium dr*, 32  
*acarbose*, 44  
*accutane*, 50  
*acebutolol*, 47  
*acetaminophen & codeine*, 31, 65  
*acetazolamide er caps*, 61  
*acetazolamide tabs*, 61  
*acetic acid & hydrocortisone*, 62  
*acetylcysteine nebulizer soln*, 63  
*acitretin*, 50  
ACTHIB INJ, 58  
ACTIMMUNE INJ, 57  
*acyclovir caps & tabs*, 42  
*acyclovir cream*, 65  
*acyclovir cream & oint 5%*, 51  
*acyclovir inj*, 42  
*acyclovir ointment*, 65  
*acyclovir oral susp*, 42  
ADACEL INJ, 58  
*adapalene cream 0.1%*, 50  
*adapalene gel 0.3%*, 50  
*adefovir dipivoxil*, 42  
ADEMPAS, 63  
ADVAIR HFA, 63  
AIMOVIG INJ, 37  
AKEEGA, 38  
*albendazole*, 40  
*albuterol sulfate hfa 6.7gm inhaler*, 62, 65  
*albuterol sulfate hfa 8.5gm inhaler*, 62, 65  
*albuterol sulfate nebulizer*, 62  
*albuterol sulfate syrup*, 62  
*albuterol sulfate tabs*, 62  
*alclometasone dipropionate*, 50  
*alcohol pads*, 60  
ALECENSA, 39  
*alendronate oral soln*, 59  
*alendronate tabs*, 59  
*alfuzosin hcl er*, 54  
*aliskiren*, 47  
*allopurinol tabs 100mg & 300mg*, 37  
*alosetron hcl tab 0.5mg*, 52  
*alosetron hcl tab 1mg*, 52  
ALPHAGAN P 0.1%, 61  
*alprazolam er tabs*, 44  
*alprazolam ir tabs*, 44  
*alprazolam soln*, 44  
*altavera*, 55  
ALTRENO, 50  
ALUNBRIG, 39  
ALUNBRIG INITIATION PACK, 39  
*alyacen 1/35*, 55  
*alyq*, 63  
*amabelz*, 55  
*amantadine*, 40  
AMBISOME INJ, 37  
*ambrisentan*, 63  
*amikacin inj*, 32  
*amiloride*, 48  
*amiloride & hydrochlorothiazide*, 47  
*amiodarone tabs*, 46  
*amitriptyline*, 36  
*amlodipine*, 47  
*amlodipine & valsartan & hydrochlorothiazide tabs*, 47  
*amlodipine & atorvastatin*, 47  
*amlodipine & benazepril*, 47  
*ammonium lactate*, 50  
*amnesteem caps*, 50  
*amoxapine*, 36

*amoxicillin*, 33  
*amoxicillin & clavulanate potassium*, 33  
*amoxicillin & clavulanate potassium er*, 33  
*amphetamine & dextroamphetamine*, 65  
*amphetamine & dextroamphetamine tabs*, 49  
*amphotericin b inj*, 37  
*amphotericin b liposome inj*, 37  
*ampicillin & sulbactam inj 10-5gm, 2-1gm & 1-0.5gm*, 33  
*ampicillin inj*, 33  
*ampicillin oral*, 33  
*anagrelide*, 46  
*anastrozole*, 39  
 ANORO ELLIPTA, 63  
*apomorphine hydrochloride inj*, 40  
*aprepitant caps 80mg & 125mg*, 36  
*aprepitant pack*, 36  
*apri*, 55  
 APTIOM, 35  
 APTIVUS CAPS, 43  
*aranelle*, 55  
 ARCALYST INJ, 57  
 AREXVY INJ, 58  
*arformoterol tartrate nebulizer*, 62  
*aripiprazole odt*, 41  
*aripiprazole soln*, 41  
*aripiprazole tabs*, 41  
 ARISTADA INITIO INJ, 41  
 ARISTADA INJ, 41  
*armodafinil*, 64  
 ARNUITY ELLIPTA, 62  
*asenapine maleate sublingual*, 41  
 ASMANEX HFA, 62  
 ASMANEX TWISTHALER, 62  
 ASTAGRAF XL, 57  
*atazanavir sulfate caps*, 43  
*atenolol*, 47  
*atenolol & chlorthalidone*, 47  
*atomoxetine*, 49  
*atorvastatin*, 48  
*atovaquone susp*, 40  
*atovaquone/proguanil*, 40  
*atropine sulfate soln*, 60  
 ATROVENT HFA, 62, 65  
*aubra eq*, 55  
 AUGTYRO, 39  
 AURYXIA, 52  
 AUSTEDO, 49  
 AUSTEDO XR, 49  
 AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT, 49  
 AUVELITY, 35  
*aviane*, 55  
 AVONEX INJ, 49  
 AVONEX PEN INJ, 49  
 AYVAKIT, 39  
 AZASAN, 57  
 AZASITE, 61  
*azathioprine tabs 50mg*, 57  
*azathioprine tabs 75mg & 100mg*, 57  
*azelastine 0.05%*, 61  
*azelastine nasal 0.1%*, 62  
*azithromycin inj*, 33  
*azithromycin tabs & oral susp bottle*, 33  
*aztreonam inj*, 32  
*bacitracin & polymyxin b ointment*, 61  
*bacitracin ophthalmic ointment*, 61  
*baclofen tabs*, 42  
*balsalazide*, 59  
 BALVERSA, 39  
 BAQSIMI, 44  
 BARACLUDGE ORAL SOLN 0.05MG/ML, 42  
 BCG INJ, 58  
*bd insulin syringe safetyglide*, 60  
*bd insulin syringe ultrafine*, 60  
*bd pen needle ultrafine*, 60  
 BELSOMRA, 63, 65  
*benazepril*, 46  
*benazepril & hydrochlorothiazide*, 47  
 BENLYSTA INJ, 57  
*benztropine tabs*, 40  
 BESREMI INJ, 38  
*betaine anhydrous*, 53  
*betamethasone dipropionate*, 50  
*betamethasone dipropionate augmented*, 50  
*betamethasone valerate cream, oint & lotion*, 50  
 BETASERON INJ, 49

*betaxolol soln*, 61  
*bethanechol*, 54  
 BETHKIS, 63  
 BEVESPI AEROSPHERE, 63  
*bexarotene*, 40  
 BEXSERO INJ, 58  
*bicalutamide*, 38  
 BICILLIN L-A INJ, 33  
 BIKTARVY, 42  
*bisoprolol*, 47  
*bisoprolol & hydrochlorothiazide*, 47  
*blisovi fe 1.5/30*, 55  
 BOOSTRIX INJ, 58  
*bosentan tabs 62.5mg & 125mg*, 63  
 BOSULIF, 39  
 BRAFTOVI, 39  
 BREO ELLIPTA, 63  
 BREZTRI AEROSPHERE, 62  
*briellyn*, 55  
 BRILINTA, 46  
*brimonidine & timolol maleate*, 60  
*brimonidine tartrate soln 0.15%*, 61  
*brimonidine tartrate soln 0.2%*, 61  
 BRIVIACT ORAL SOLN, 34  
 BRIVIACT TABS, 34  
*bromfenac ophthalmic soln 0.09%*, 61  
*bromocriptine*, 40  
 BROMSITE, 61  
 BROVANA NEBULIZER, 62  
 BRUKINSA, 39  
*budesonide ec caps*, 59  
*budesonide er tabs 9mg*, 59  
*budesonide nebulizer*, 62  
*bumetanide inj*, 48  
*bumetanide tabs*, 48  
*buprenorphine & naloxone sublingual film*, 32  
*buprenorphine & naloxone sublingual tabs*, 32  
*buprenorphine sublingual tabs*, 32  
*bupropion*, 35  
*bupropion sr*, 35  
*bupropion sr 150mg*, 32  
*bupropion xl 150mg & 300mg*, 35  
*bupropion xl 450mg*, 35  
*buspirone*, 44  
*butorphanol tartrate nasal*, 31, 65  
 BYDUREON BCISE INJ, 44  
 BYETTA INJ, 44  
*cabergoline*, 57  
 CABOMETYX, 39  
*caffeine-ergotamine*, 37  
*calcipotriene cream*, 65  
*calcipotriene cream & oint*, 51  
*calcipotriene oint*, 65  
*calcipotriene soln*, 51  
*calcitonin-salmon nasal*, 59  
*calcitriol caps*, 59  
*calcium acetate*, 52  
 CALQUENCE, 39  
*candesartan*, 46  
 CAPEX SHAMPOO, 50  
 CAPLYTA, 41  
 CAPRELSA, 39  
*captopril*, 46  
*carbamazepine er tabs & caps*, 35  
*carbamazepine tabs, chewable tabs & oral susp*,  
 35  
*carbidopa*, 40  
*carbidopa & levodopa*, 40  
*carbidopa & levodopa & entacapone*, 40  
*carglumic acid*, 51  
*carisoprodol tabs 350mg*, 63  
*carteolol*, 61  
*cartia xt*, 47  
*carvedilol*, 47  
*carvedilol phosphate er*, 47  
*caspofungin inj 50mg*, 37  
*caspofungin inj 70mg*, 37  
 CAYSTON, 63  
*cefaclor*, 33  
*cefaclor er*, 33  
*cefadroxil caps & tabs*, 33  
*cefazolin inj*, 33  
*cefdinir*, 33  
*cefepime inj*, 33

*cefixime caps*, 33  
*cefixime susp*, 33  
*cefoxitin sodium*, 33  
*cefepodoxime tabs*, 33  
*cefprozil*, 33  
*ceftazidime inj*, 33  
*ceftriaxone inj*, 33  
*cefuroxime inj*, 33  
*cefuroxime oral*, 33  
*celecoxib*, 32  
 CELLCEPT CAPS, 57  
 CELLCEPT ORAL SUSPENSION & TABS, 57  
 CELONTIN, 34  
*cephalexin caps & tabs 250mg & 500mg*, 33  
*cephalexin oral susp*, 33  
 CERDELGA, 53  
*cevimeline*, 49  
*chlorhexidine gluconate*, 49  
*chloroquine*, 40  
*chlorpromazine oral*, 40  
*chlorthalidone*, 48  
*chlorzoxazone tabs 500mg*, 63  
*cholestyramine*, 48  
*cholestyramine light*, 48  
*ciclopirox cream, gel, nail soln shampoo & susp*,  
 51  
*cilastatin/imipenem inj*, 33  
*cilostazol*, 46  
 CIMDUO, 43  
*cimetidine tabs*, 53  
*cinacalcet tab 30mg*, 60  
*cinacalcet tab 60mg*, 60  
*cinacalcet tab 90mg*, 60  
 CINRYZE INJ, 57  
 CIPRO HC, 62  
*ciprofloxacin & dexamethasone otic susp*, 62  
*ciprofloxacin in d5w inj*, 34  
*ciprofloxacin ophthalmic soln 0.3%*, 61  
*ciprofloxacin tabs immediate-release 250mg*,  
 500mg & 750mg, 34  
*citalopram oral soln*, 36  
*citalopram tabs*, 36  
*claravis*, 50  
*clarithromycin*, 34  
*clarithromycin er*, 34  
 CLEOCIN VAGINAL SUPP, 32  
*clindamycin & benzoyl peroxide gel 5%-1% &  
 5%-1.2%*, 50  
*clindamycin oral*, 32  
*clindamycin phosphate inj*, 32  
*clindamycin phosphate/dextrose inj*, 32  
*clindamycin topical gel, lotion, soln & swab*, 51  
*clindamycin vaginal cream*, 32  
 CLINISOL SF INJ, 51  
*clobazam*, 34  
*clobetasol propionate cream, foam, gel, oint &  
 soln*, 50  
*clobetasol propionate emollient*, 50  
*clomipramine*, 36  
*clonazepam*, 35  
*clonazepam odt*, 35  
*clonidine er*, 49  
*clonidine patches*, 46  
*clonidine tabs immediate-release*, 46  
*clopidogrel tabs 75mg*, 46  
*clorazepate*, 44  
*clotrimazole & betamethasone*, 51  
*clotrimazole cream 1%*, 37  
*clotrimazole topical soln 1%*, 37  
*clotrimazole troche*, 37  
*clozapine*, 42  
*clozapine odt*, 42  
 COARTEM, 40  
*codeine sulfate*, 31  
 COLCHICINE CAPS, 37  
*colchicine tabs*, 37  
*colesevelam*, 48  
*colestipol pack*, 48  
*colestipol tabs*, 48  
*colistimethate inj*, 32  
 COMBIVENT RESPIMAT, 63  
 COMETRIQ, 39  
 COMPLERA, 42  
*compro*, 36  
*constulose soln*, 52  
 COPAXONE INJ 40MG/ML, 49

COPIKTRA, 39  
 CORLANOR, 47  
 COSENTYX INJ, 57  
 COSENTYX SENSOREADY PEN INJ, 57  
 COSENTYX UNOREADY PEN INJ, 57  
 COTELLIC, 39  
 CREON DR, 53  
 CRESEMBA ORAL, 37  
*cromolyn sodium nebulizer soln*, 63  
*cromolyn sodium ophthalmic soln*, 61  
*cromolyn sodium oral*, 53  
*cyclobenzaprine hcl ir*, 63  
*cyclophosphamide caps & tabs*, 38  
 CYCLOSET, 44  
*cyclosporine caps*, 57  
*cyclosporine emulsion 0.05%*, 60  
*cyclosporine modified*, 58  
*cyproheptadine*, 62  
*cyred eq*, 55  
 CYSTAGON, 53  
 CYSTARAN, 60  
 CYTOMEL, 56  
*dabigatran etexilate*, 45  
*dalfampridine er*, 49  
*danazol*, 54  
*dapsone tabs*, 38  
 DAPTACEL INJ, 58  
*daptomycin inj*, 32  
*darunavir tab 600mg*, 43  
*darunavir tab 800mg*, 43  
 DAURISMO, 39  
*deblitane*, 56  
*deferasirox*, 51  
*deferasirox tabs for soln 125mg*, 51  
*deferasirox tabs for soln 250mg & 500mg*, 51  
*deferiprone*, 51  
 DELSTRIGO, 42  
*demeclocycline*, 34  
 DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJ, 56  
 DESCOVY, 43  
*desipramine*, 36  
*desloratadine tabs*, 62  
*desmopressin acetate nasal*, 54  
*desmopressin acetate oral*, 54  
*desogestrel & ethinyl estradiol*, 55  
*desonide lotion, oint & cream*, 50, 65  
*desoximetasone topical cream & oint 0.25%*, 50, 65  
*desoximetasone topical cream, gel & oint 0.05%*, 50, 65  
 DESVENLAFAXINE ER, 36  
*desvenlafaxine succinate er*, 36  
*dexamethasone dose pack*, 54  
*dexamethasone elixir*, 54  
*dexamethasone ophthalmic soln*, 61  
*dexamethasone tabs*, 54  
*dexmethylphenidate ir tabs*, 49  
*dextroamphetamine sulfate*, 65  
*dextroamphetamine sulfate er*, 49, 65  
*dextroamphetamine sulfate tabs 5mg & 10mg*, 49  
*dextrose (10%, 5% or 2.5%) & sodium chloride inj*, 52  
*dextrose inj*, 51  
 DIACOMIT, 35  
 DIAZEPAM RECTAL GEL, 35  
*diazepam soln & tabs*, 44  
*diazoxide*, 44  
*diclofenac potassium tab 50mg*, 32  
*diclofenac sodium dr*, 32  
*diclofenac sodium er*, 32  
*diclofenac sodium gel 1%*, 51  
*diclofenac sodium gel 3%*, 51  
*diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%*, 61  
*dicloxacillin sodium*, 33  
*dicyclomine*, 53  
 DIFICID, 34  
*diflorasone diacetate*, 50, 65  
*diflunisal*, 32  
*difluprednate*, 61  
*digoxin oral soln*, 47  
*digoxin tab 62.5mcg*, 47  
*digoxin tabs 125mcg & 250mcg*, 47  
*dihydroergotamine mesylate nasal*, 37



DILANTIN CAPS, 35  
 DILANTIN INFATABS, 35  
 DILANTIN SUSP, 35  
*diltiazem er caps*, 47  
*diltiazem tabs*, 47  
*dilt-xr*, 47  
*dimethyl fumarate caps*, 49  
*dimethyl fumarate starter pack*, 49  
 DIPENTUM, 59  
*diphenoxylate & atropine oral soln*, 52  
*diphenoxylate & atropine tabs*, 53  
 DIPHTHERIA & TETANUS TOXOIDS  
     PEDIATRIC INJ, 58  
*dipyridamole er & aspirin*, 46  
*dipyridamole oral*, 46  
*disopyramide phosphate*, 46  
*disulfiram*, 32  
*divalproex sodium dr*, 35  
*divalproex sodium er*, 35  
*dofetilide*, 46  
*donepezil odt*, 35  
*donepezil tabs 5mg & 10mg*, 35  
*dorzolamide*, 61  
*dorzolamide & timolol maleate*, 60  
*dotti*, 55  
 DOVATO, 42  
*doxazosin*, 46  
*doxepin caps*, 36  
*doxepin oral soln*, 36  
*doxepin tabs*, 64  
*doxercalciferol oral*, 60  
*doxy 100 inj*, 34  
*doxycycline immediate-release tabs, caps & oral  
     susp*, 34  
*dronabinol*, 36  
*drospirenone & ethinyl estradiol 3mg/0.02mg*, 55  
*droxidopa*, 46  
 DUAVEE, 56  
 DULERA, 63  
*duloxetine hcl*, 49  
 DUPIXENT INJ, 57  
*dutasteride*, 54  
*dutasteride & tamsulosin*, 54  
*econazole nitrate*, 37  
 EDURANT, 42  
*efavirenz & lamivudine & tenofovir disoproxil  
     fumarate tabs*, 42  
*efavirenz caps & tabs*, 42  
*efavirenz& emtricitabine&tenofovir disoproxil  
     fumarate tabs*, 42  
 ELIGARD INJ, 57  
 ELIQUIS STARTER PACK & TABS, 45  
 ELMIRON, 54  
*eluryng*, 55  
 EMCYT, 38  
 EMGALITY INJ, 37  
 EMSAM, 36  
*emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate  
     tabs 100mg-150mg, 133mcg-200mg &  
     167mg-250mg*, 43  
*emtricitabine & tenofovir disoproxil fumarate  
     tabs 200mg-300mg*, 43  
*emtricitabine caps 200mg*, 43  
 EMTRIVA SOLN, 43  
*enalapril & hydrochlorothiazide*, 47  
*enalapril tabs*, 46  
 ENBREL INJ, 58  
 ENBREL MINI, 58  
 ENBREL SURECLICK INJ, 58  
 ENDARI, 60  
*endocet*, 31  
*endocet tabs 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg &  
     10-325mg*, 65  
 ENGERIX-B INJ, 58  
*enilloring*, 55  
*enoxaparin inj syringe*, 45  
*enpresse-28*, 55  
*enskyce*, 55  
*entacapone*, 40  
*entecavir tabs*, 42  
 ENTRESTO, 47  
*enulose*, 52  
 ENVARUSUS XR, 58  
 EPCLUSA, 42  
 EPIDIOLEX, 34

EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR

0.15MG/0.3ML & 0.3MG/0.3ML, 62  
*epitol*, 35  
*eplerenone*, 48  
EPRONTIA, 34  
*ergoloid mesylates*, 35  
ERIVEDGE, 39  
ERLEADA, 38  
*erlotinib*, 39  
*ertapenem inj*, 33  
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INJ, 34  
*erythrocin stearate*, 34  
*erythromycin caps & tabs*, 34  
*erythromycin dr*, 34  
*erythromycin ophthalmic oint*, 61  
*erythromycin topical gel & soln*, 51  
*escitalopram*, 36  
*esomeprazole magnesium dr caps*, 53  
*estarylla*, 55  
*estazolam*, 64  
*estradiol & norethindrone acetate 0.5mg/0.1mg & 1mg/0.5mg*, 55  
*estradiol oral*, 55  
*estradiol patches*, 55  
*estradiol vaginal cream*, 55  
*estradiol vaginal tabs*, 55  
ESTRING, 55  
*ethambutol*, 38  
*ethinyl estradiol & ethynodiol*, 55  
*ethinyl estradiol & norethindrone acetate 5mcg/1mg & 2.5mcg-0.5mg*, 55  
*ethosuximide*, 34  
*etodolac*, 32  
*etodolac er*, 32  
*etonogestrel & ethinyl estradiol ring*, 55  
*etravirine tabs 100mg*, 42  
*etravirine tabs 200mg*, 42  
*everolimus 0.25mg*, 58  
*everolimus 0.5mg, 0.75mg, 1mg*, 58  
*everolimus tabs 2.5mg, 5mg, 7.5mg & 10mg*, 39  
*everolimus tabs for suspension 2mg, 3mg & 5mg*, 39

EVOTAZ, 43  
*exemestane*, 39  
EXKIVITY, 39  
*ezetimibe*, 48  
*ezetimibe & simvastatin*, 48  
*falmina*, 55  
*famciclovir*, 42  
*famotidine tabs*, 53  
FANAPT, 41  
FANAPT TITRATION PACK, 41  
FARXIGA, 44  
FASENRA INJ, 63  
*febuxostat*, 37  
*felbamate oral susp 600mg/5ml*, 34  
*felbamate tabs 400mg*, 34  
*felbamate tabs 600mg*, 34  
*felodipine er*, 47  
*fenofibrate caps 43mg & 130mg*, 48  
*fenofibrate micronized caps 67mg, 134mg & 200mg*, 48  
*fenofibrate tabs 48mg, 54mg, 145mg & 160mg*, 48  
*fenofibric acid dr caps*, 48  
*fentanyl citrate lozenges 200mcg*, 31  
*fentanyl citrate lozenges 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg & 1600mcg*, 31  
*fentanyl patches*, 65  
*fentanyl patches 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr & 75mcg/hr, 100mcg/hr*, 31  
FERRIPROX SOLN, 51  
FERRIPROX TAB 1000MG, 51  
*fesoterodine fumarate er*, 53  
FETZIMA, 36  
FETZIMA TITRATION PACK, 36  
*finasteride tabs 5mg*, 54  
*fingolimod*, 49  
FINTEPLA, 34  
*flavoxate*, 53  
*flecainide acetate*, 46  
*fluconazole in sodium chloride inj*, 37  
*fluconazole oral*, 37  
*flucytosine*, 37

*fludrocortisone acetate*, 54  
*flunisolide nasal*, 62, 65  
*fluocinolone acetonide cream, oint, soln*, 50  
*fluocinolone acetonide otic soln*, 62  
*fluocinolone acetonide scalp oil*, 50  
*fluocinonide cream 0.05%, gel & oint*, 50  
*fluocinonide cream, gel & ointment*, 65  
*fluocinonide emulsified base cream*, 50  
*fluocinonide soln*, 50  
*fluorometholone*, 61  
 FLUOROURACIL CREAM 0.5%, 51  
*fluorouracil topical 2% and 5%*, 51  
*fluoxetine hcl caps 10mg, 20mg & 40mg*, 36  
*fluoxetine hcl oral soln*, 36  
*fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg*, 36  
*fluphenazine decanoate inj*, 41  
*fluphenazine inj*, 41  
*fluphenazine oral*, 40  
*flurazepam caps*, 64  
*fluticasone propionate cream & oint*, 50  
*fluticasone propionate nasal*, 62, 65  
*fluticasone propionate/salmeterol diskus*  
     100mcg-50mcg, 250mcg-50mcg & 500mcg-  
     50mcg, 63  
*fluvoxamine*, 36  
*fluvoxamine er*, 36  
*fondaparinux inj 2.5mg/0.5ml & 5mg/0.4ml*, 45  
*fondaparinux inj 7.5mg/0.6ml & 10mg/0.8ml*, 45  
 FORFIVO XL, 35  
*formoterol fumarate nebulizer*, 62  
 FORTEO INJ, 60  
*fosamprenavir tabs*, 43  
*fosfomycin pack*, 32  
*fosinopril*, 46  
*fosinopril & hydrochlorothiazide*, 47  
 FOTIVDA, 38  
 FRUZAQLA, 39  
*furosemide inj*, 48  
*furosemide oral*, 48  
 FUZEON INJ, 43  
*fyavolv*, 55  
 FYCOMPA, 34  
*gabapentin caps, ir tabs & oral soln*, 35  
*galantamine*, 35  
*galantamine er caps*, 35  
*galantamine soln*, 35  
*galantamine tabs*, 35  
 GAMMAGARD INJ, 57  
 GAMUNEX-C INJ, 57  
 GARDASIL 9 INJ, 59  
 GATTEX INJ, 53  
*gauze pads 2*, 60  
*gavilyte-c*, 53  
*gavilyte-g*, 53  
 GAVRETO, 38  
*gefitinib*, 39  
*gemfibrozil*, 48  
 GEMTESA, 53  
*generlac*, 52  
*gengraf*, 58  
 GENOTROPIN INJ, 54  
 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%*, 32  
*gentamicin inj 40mg/ml*, 32  
*gentamicin ophthalmic soln 0.3%*, 61  
 GENVOYA, 42  
 GILOTRIF, 39  
*glatiramer acetate inj*, 49  
*glatopa inj*, 49  
 GLEOSTINE CAPS, 38  
*glimepiride*, 44  
*glimepiride & pioglitazone*, 44  
*glipizide & metformin tabs*, 44  
*glipizide er*, 44  
*glipizide tabs 5mg & 10mg*, 44  
 GLUCAGEN HYPOKIT INJ, 44  
 GLUCAGON EMERGENCY KIT INJ, 45  
*glycopyrrolate tabs 1mg & 2mg*, 53  
 GLYXAMBI, 44  
*granisetron oral*, 37  
*griseofulvin microsize*, 37  
*guanfacine ir*, 46  
 GVOKE INJ, 45

*halobetasol propionate cream & ointment*, 50  
*haloette*, 55  
*haloperidol decanoate inj*, 41  
*haloperidol lactate inj*, 41  
*haloperidol oral*, 41  
 HARVONI, 42  
 HAVRIX INJ, 59  
 HEMADY, 54  
*heparin inj vials 1000u/ml, 5000u/ml, 10000u/ml & 20000u/ml*, 45  
 HEPLISAV-B INJ, 59  
 HIBERIX INJ, 59  
 HUMALOG CARTRIDGE INJ, 45  
 HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ, 45  
 HUMALOG KWIKPEN INJ, 45  
 HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ, 45  
 HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ, 45  
 HUMALOG MIX 75/25 VIAL INJ, 45  
 HUMALOG VIAL INJ, 45  
 HUMATROPE INJ CARTRIDGE 12MG & 24MG, 54  
 HUMATROPE INJ CARTRIDGE 6MG, 54  
 HUMIRA INJ, 58  
 HUMIRA PEDIATRIC CROHNS STARTER PACK INJ, 58  
 HUMIRA PEN INJ, 58  
 HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJ, 58  
 HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK INJ, 58  
 HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ, 58  
 HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ, 45  
 HUMULIN 70/30 VIAL INJ, 45  
 HUMULIN N KWIKPEN INJ, 45  
 HUMULIN N VIAL INJ, 45  
 HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) KWIKPEN INJ, 45  
 HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) VIAL INJ, 45  
 HUMULIN R VIAL INJ, 45  
*hydralazine oral*, 48  
*hydrochlorothiazide*, 48  
*hydrocodone & acetaminophen soln*, 66  
*hydrocodone & acetaminophen soln 7.5-325mg/15ml*, 31  
*hydrocodone & acetaminophen tabs*, 66  
*hydrocodone & acetaminophen tabs 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg*, 31  
*hydrocodone & ibuprofen*, 31, 66  
*hydrocortisone butyrate cream, oint & soln*, 50  
*hydrocortisone cream, lotion & oint 2.5%*, 50  
*hydrocortisone enema*, 59  
*hydrocortisone oral*, 54  
*hydrocortisone valerate*, 50  
*hydromorphone immediate-release oral soln & tabs*, 31  
*hydromorphone inj*, 31  
*hydroxychloroquine tab 200mg*, 40  
*hydroxyurea*, 38  
*hydroxyzine hcl tabs*, 62  
*hydroxyzine pamoate caps*, 62  
*ibandronate oral*, 60  
 IBRANCE, 39  
*ibu*, 32  
*ibuprofen*, 32  
*icatibant inj*, 57  
 ICLUSIG, 39  
*icosapent ethyl*, 48  
 IDHIFA, 38  
*imatinib*, 39  
 IMBRUVICA, 39  
*imipramine hcl tabs*, 36  
*imiquimod cream 3.75%*, 51  
*imiquimod cream 5%*, 51  
 IMOVAX RABIES INJ, 59  
 IMURAN TABS, 58  
 IMVEXXY PACK, 55  
*incassia*, 56  
 INCRELEX INJ, 54  
*indapamide*, 48  
*indomethacin er*, 32  
*indomethacin ir caps*, 32  
 INFANRIX INJ, 59  
 INLYTA, 39  
 INQOVI, 39

INREBIC, 38  
 INSULIN GLARGINE SOLOSTAR INJ  
   100UNIT/ML, 45  
 INSULIN GLARGINE VIAL INJ 100UNIT/ML, 45  
 INSULIN LISPRO VIAL INJ, 45  
 INTELENCE TAB 25MG, 42  
 INTRALIPID INJ, 51  
*introvale*, 55  
 INVEGA HAFYERA INJ, 41  
 INVEGA SUSTENNA INJ 39MG, 41  
 INVEGA SUSTENNA INJ 78MG, 117MG,  
   156MG & 234MG, 41  
 INVEGA TRINZA INJ, 41  
 IPOL INACTIVATED IPV INJ, 59  
*ipratropium bromide & albuterol sulfate*  
   *nebulizer*, 63  
*ipratropium bromide nasal*, 62, 66  
*ipratropium bromide nebulizer*, 62  
*irbesartan*, 46  
*irbesartan hct*, 47  
 IRESSA, 39  
 ISENTRESS 100MG CHEW TABS, 42  
 ISENTRESS CHEW TABS 25MG, 42  
 ISENTRESS HD TABS, 42  
 ISENTRESS ORAL POWDER, 42  
 ISENTRESS TABS, 42  
*isibloom*, 55  
*isoniazid*, 38  
*isosorbide dinitrate tabs 5mg, 10mg, 20mg &*  
   *30mg*, 48  
*isosorbide mononitrate*, 48  
*isosorbide mononitrate er*, 48  
*isotretinoin caps 10mg, 20mg, 30mg & 40mg*, 50  
*isradipine*, 47  
 ISTURISA, 56  
*itraconazole*, 37  
*ivermectin tabs*, 40  
 IWILFIN, 38  
 IXCHIQ INJ, 59  
 IXIARO INJ, 59  
 JAKAFI, 39  
*jantoven*, 45  
 JANUMET, 44  
 JANUMET XR, 44  
 JANUVIA, 44  
 JARDIANCE, 44  
*jasmiel*, 55  
 JAYPIRCA TABS, 39  
 JENTADUETO, 44  
 JENTADUETO XR, 44  
*jinteli*, 55  
*juleber*, 55  
 JULUCA, 42  
*junel 21 day*, 55  
*junel fe 1/20*, 55  
 JUXTAPID, 48  
 JYNNEOS INJ, 59  
 KALYDECO, 63  
*kariva*, 55  
*kelnor 1/35, 1/50*, 55  
 KERENDIA, 47  
*ketoconazole cream, shampoo & tabs*, 37  
*ketorolac oral tabs*, 32  
*ketorolac soln 0.4% & 0.5%*, 61  
 KINERET INJ, 57  
 KINRIX INJ, 59  
 KISQALI, 39  
 KISQALI FEMARA CO-PACK, 39  
 KITABIS NEBULIZER, 63  
*klor-con pack*, 52  
*klor-con tabs*, 52  
 KLOXXADO, 32  
 KORLYM, 60  
 KOSELUGO, 60  
*kourzeq*, 49  
 KRAZATI, 38  
*kurvelo*, 55  
*labetalol oral*, 47  
*lacosamide oral*, 35  
 LACRISERT, 60  
*lactulose soln 10g/15ml*, 52  
 LAGEVRIO, 60  
*lamivudine & zidovudine*, 43  
*lamivudine soln*, 43  
*lamivudine tabs 100mg*, 42  
*lamivudine tabs 150mg & 300mg*, 43

*lamotrigine chewable tabs*, 44  
*lamotrigine immediate-release tabs*, 44  
*lamotrigine odt*, 44  
*lamotrigine odt kit*, 44  
*lamotrigine starter kit*, 44  
*lamotrigine titration kit*, 44  
 LANOXIN ORAL, 47  
*lansoprazole dr caps*, 53  
*lanthanum carbonate*, 52  
 LANTUS SOLOSTAR PEN INJ, 45  
 LANTUS VIAL INJ, 45  
*lapatinib*, 39  
*larin*, 55  
*larin fe*, 55  
*latanoprost*, 62  
 LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR, 42  
*leena*, 55  
*leflunomide*, 58  
*lenalidomide*, 38  
 LENVIMA, 39  
*letrozole*, 39  
*leucovorin oral*, 40  
 LEUKERAN, 38  
 LEUKINE INJ, 46  
*leuprolide acetate inj kit 1mg/0.2ml*, 57  
*levalbuterol nebulizer*, 63  
 LEVALBUTEROL TARTRATE HFA, 63  
 LEVEMIR FLEXPEN INJ, 45  
 LEVEMIR VIAL INJ, 45  
*levetiracetam er*, 34  
*levetiracetam oral*, 34  
*levobunolol*, 61  
*levocarnitine oral*, 60  
*levocetirizine*, 62  
*levofloxacin in d5w inj*, 34  
*levofloxacin oral soln*, 34  
*levofloxacin tabs*, 34  
*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  
 LEXIVA ORAL SUSP, 43  
*lidocaine & prilocaine*, 66  
*lidocaine & prilocaine cream*, 31  
*lidocaine ointment*, 31, 66  
*lidocaine patch*, 31  
*lidocaine topical soln*, 31, 66  
*lidocaine viscous soln*, 49  
*lidocan III*, 31  
*linezolid inj*, 32  
*linezolid oral susp and tabs*, 33  
 LINZESS, 52  
*liothyronine tabs*, 56  
*lisinopril*, 46  
*lisinopril & hydrochlorothiazide*, 47  
*lithium carbonate*, 44  
*lithium carbonate er*, 44  
*lithium citrate oral soln*, 44  
 LODINE TABS, 32  
 LOKELMA, 52  
 LONSURF, 38  
*loperamide caps 2mg*, 53  
*lopinavir & ritonavir*, 43  
*lorazepam soln & tabs*, 44  
 LORBRENA, 39  
*loryna*, 55  
*losartan*, 46  
*losartan hct*, 47  
 LOTEMAX OINT, 61  
 LOTEMAX SM GEL 0.38%, 61  
*lovastatin*, 48  
*low-ogestrel*, 55  
*loxapine*, 41  
*lubiprostone*, 52  
 LUMAKRAS, 38  
 LUMIGAN, 62  
 LUPRON DEPOT INJ, 57  
*lurasidone hcl tabs*, 41  
 LYBALVI, 41  
*lyleq*, 56

*lyllana*, 55  
 LYNPARZA, 39  
 LYSODREN, 56  
 LYTGOBI TABS, 38  
 LYUMJEV KWIKPEN INJ, 45  
 LYUMJEV VIAL INJ, 45  
*lyza*, 56  
*magnesium sulfate inj*, 52  
*malathion*, 51  
*maraviroc*, 43  
*marlissa 28 day*, 55  
 MARPLAN, 36  
 MATULANE, 38  
*meclizine*, 36  
 MEDROL TABS, 54  
*medroxyprogesterone acetate inj*, 56  
*medroxyprogesterone acetate tabs*, 56  
*mefloquine*, 40  
*megestrol acetate oral susp 40mg/ml*, 56  
*megestrol tabs*, 56  
 MEKINIST, 39  
 MEKTOVI, 39  
*meloxicam tabs*, 32  
*memantine hcl immediate release*, 35  
*memantine hcl soln*, 35  
*memantine hcl titration pack*, 35  
 MENACTRA INJ, 59  
 MENEST, 55  
 MENQUADFI INJ, 59  
 MENVEO-A/C/Y/W-135 INJ, 59  
*meprobamate*, 44  
*mercaptapurine*, 38  
*meropenem inj*, 33  
*mesalamine dr*, 59  
*mesalamine enema*, 59  
*mesalamine er caps*, 59  
*mesalamine rectal suppository*, 59  
 MESNEX TABS, 40  
*metformin er uncoated tabs 500mg & 750mg*, 44  
*metformin tabs*, 44  
*methadone oral*, 31  
*methazolamide*, 61  
*methenamine hippurate*, 33  
*methimazole*, 57  
*methocarbamol tabs*, 63  
*methotrexate inj 50mg/2ml*, 58  
*methotrexate oral*, 58  
*methoxsalen*, 51  
*methsuximide*, 34  
*methylphenidate er tabs 10mg & 20mg*, 49  
*methylphenidate ir tabs 5mg, 10mg & 20mg*, 49  
*methylprednisolone dose pack*, 54  
*methylprednisolone oral*, 54  
*metoclopramide oral tablets & soln*, 53  
*metolazone*, 48  
*metoprolol & hydrochlorothiazide*, 47  
*metoprolol succinate er*, 47  
*metoprolol tartrate tabs 25mg, 50mg & 100mg*, 47  
*metronidazole inj*, 33  
*metronidazole oral*, 33  
*metronidazole topical*, 33  
*metronidazole vagina gel*, 33  
*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*, 46  
*migergot suppository*, 37  
*miglustat*, 53  
*mili*, 55  
 MILLIPRED, 54  
*mimvey*, 56  
*minocycline ir*, 34  
*minoxidil*, 48  
*mirtazapine*, 36  
*mirtazapine odt*, 36  
*misoprostol*, 53  
 M-M-R II INJ, 59  
*modafinil*, 64  
*moexipril*, 46  
*molindone*, 41  
*mometasone cream, oint & soln*, 50  
*mometasone furoate nasal*, 62  
*mometasone furoate nasal*, 66

*montelukast*, 62  
*morphine sulfate er tabs*, 31, 66  
*morphine sulfate oral*, 31  
 MOUNJARO INJ, 44  
 MOVANTIK, 52  
*moxifloxacin hcl ophthalmic*, 61  
*moxifloxacin inj*, 34  
*moxifloxacin oral*, 34  
 MULTAQ, 46  
*mupirocin cream*, 51, 66  
*mupirocin ointment*, 51  
*mycophenolate mofetil caps & tabs*, 58  
*mycophenolate mofetil oral susp*, 58  
*mycophenolic acid dr*, 58  
 MYFORTIC, 58  
 MYRBETRIQ, 53  
*nabumetone*, 32  
*nadolol*, 47  
*nafticillin sodium inj*, 33  
*naloxone inj*, 32  
*naloxone nasal*, 32  
*naltrexone*, 32  
*naproxen dr tabs*, 32  
*naproxen sodium ir tabs*, 32  
*naproxen tabs 250mg, 375mg & 500mg*, 32  
*naratriptan*, 37  
 NATACYN, 61  
*nateglinide*, 44  
 NATPARA INJ, 60  
 NAYZILAM, 34  
*nebivolol hcl*, 47  
 NEBUPENT NEBULIZER, 40  
*necon*, 56  
*nefazodone*, 36  
*neomycin & polymyxin & bacitracin*, 60  
*neomycin & polymyxin & bacitracin & hydrocortisone*, 60  
*neomycin & polymyxin & dexamethasone*, 60  
*neomycin & polymyxin & gramicidin ophthalmic*, 60  
*neomycin & polymyxin & hydrocortisone*, 60, 62  
*neomycin sulfate oral*, 32  
*neo-polycin hc ophthalmic ointment*, 61  
*neo-polycin ophthalmic ointment*, 61  
 NEORAL, 58  
 NERLYNX, 39  
 NEUPRO PATCH, 40  
*nevirapine er*, 42  
*nevirapine susp & tabs*, 43  
*niacin er tabs*, 48  
*nicardipine caps*, 47  
 NICOTROL INHALER, 32  
 NICOTROL NASAL, 32  
*nifedipine caps*, 47  
*nifedipine er*, 47  
*nikki*, 56  
*nilutamide*, 38  
*nimodipine*, 47  
 NINLARO, 38  
*nisoldipine er*, 47  
*nitazoxanide*, 40  
*nitisinone*, 53  
*nitro-bid oint*, 49  
 NITRO-DUR PATCHES 0.3MG/HR & 0.8MG/HR, 49  
*nitrofurantoin caps*, 33  
*nitroglycerin lingual*, 49  
*nitroglycerin patches*, 49  
*nitroglycerin sublingual*, 49  
 NIVESTYM INJ, 46  
*norethindrone*, 56  
*norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 0.4mg/0.035mg*, 56  
*norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 20mcg/75mg/1mg*, 56  
*norgestimate-ethinyl estradiol*, 56  
*nortriptyline*, 36  
 NORVIR POWDER, 43  
 NUBEQA, 38  
 NUEDEXTA, 49  
 NUPLAZID, 41  
 NURTEC ODT, 37  
*nyamyc*, 37  
*nylia 7/7/7 & 1/35*, 56



*nymyo*, 56  
*nystatin*, 37  
*nystatin & triamcinolone*, 51  
*nystop*, 37  
*octreotide inj 1000mcg/ml*, 57  
*octreotide inj 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml & 500mcg/ml*, 57  
ODEFSEY, 43  
ODOMZO, 39  
OFEV, 63  
*ofloxacin ophthalmic*, 61  
*ofloxacin oral*, 34  
*ofloxacin otic*, 62  
OJJAARA, 39  
*olanzapine inj, tabs & odt tabs*, 41  
*olmesartan*, 46  
*olmesartan & amlodipine*, 48  
*olmesartan hct*, 48  
*olmesartan medoxomil & amlodipine & hydrochlorothiazide tabs*, 48  
*omega-3-acid ethyl esters*, 48  
*omeprazole caps*, 53  
*ondansetron odt*, 37  
*ondansetron oral soln*, 37  
*ondansetron tabs 4mg & 8mg*, 37  
ONUREG, 38  
OPSUMIT, 63  
ORAPRED ODT, 54  
ORENCIA CLICKJET, 57  
ORENCIA INJ PF SYRINGE, 57  
ORFADIN CAPS 20MG, 53  
ORFADIN SUSP, 53  
ORGOVYX, 57  
ORKAMBI, 63  
ORSERDU TABS, 38  
*oseltamivir caps*, 43  
*oseltamivir susp*, 43  
OTEZLA, 57  
OTEZLA STARTER, 57  
*oxazepam*, 44  
*oxcarbazepine susp*, 35  
*oxcarbazepine tabs*, 35  
*oxybutynin er*, 53

*oxybutynin ir*, 53  
*oxycodone & acetaminophen*, 66  
*oxycodone & acetaminophen 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg & 10-325mg*, 31  
OXYCODONE ER TABS, 31  
OXYCODONE ER TABS 10MG & 20MG, 66  
*oxycodone immediate-release*, 31  
*oxycodone oral soln*, 31  
OXYTROL, 53  
OZEMPIC INJ, 44  
*pacerone tabs*, 46  
*paliperidone er tabs*, 41  
PANRETIN, 40  
*pantoprazole tabs*, 53  
*paricalcitol caps*, 60  
*paroxetine hcl er*, 36  
*paroxetine hcl ir tabs*, 36  
*paroxetine hcl susp*, 36  
*paroxetine mesylate*, 60  
PAXLOVID, 60  
*pazopanib*, 39  
PEDIARIX INJ, 59  
PEDVAX HIB INJ, 59  
*peg 3350 & electrolytes*, 53  
*peg 3350 & sodium chloride & sodium bicarbonate & potassium chloride*, 53  
*peg 3350 & sodium sulfate & sodium chloride & potassium chloride & sodium ascorbate & ascorbic*, 53  
PEGASYS INJ, 57  
PEMAZYRE, 38  
PENBRAYA INJ, 59  
*penciclovir cream*, 51  
*penicillamine tabs*, 51  
*penicillin g inj 5 million units & 20 million units*, 33  
*penicillin v potassium*, 33  
*pentamidine inhalation soln*, 40  
*pentamidine inj*, 40  
PENTASA CAP 250MG, 59  
*pentoxifylline er*, 48  
PERFOROMIST NEBULIZER, 63  
*perindopril*, 46

*periogard*, 49  
*permethrin cream*, 51  
*perphenazine*, 41  
*perphenazine & amitriptyline*, 36  
 PERSERIS INJ, 41  
 PETACEL INJ, 59  
*phenelzine*, 36  
*phenobarbital elixir & tabs*, 35  
*phenytek*, 35  
*phenytoin chewable tabs*, 35  
*phenytoin er*, 35  
*phenytoin oral susp*, 35  
 PHOSPHOLINE IODIDE, 61  
 PIFELTRO, 43  
*pilocarpine soln*, 61  
*pilocarpine tabs*, 50  
*pimecrolimus*, 50, 66  
*pimozide*, 41  
*pimtrea*, 56  
*pindolol*, 47  
*pioglitazone*, 44  
*pioglitazone & metformin*, 44  
*piperacillin/tazobactam inj*, 33  
 PIQRAY, 39  
*pirfenidone tabs*, 63  
*piroxicam*, 32  
 PLEGRIDY INJ, 49  
*plenamine inj*, 52  
 PLENVU, 53  
*pmdd fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg*, 60  
*podofilox soln*, 51  
*polycin ophthalmic ointment*, 61  
*polymyxin b sulfate & trimethoprim sulfate ophthalmic soln*, 61  
 POMALYST, 38  
*posaconazole dr tabs*, 37  
*posaconazole suspension*, 37  
*potassium chloride & dextrose & lactated ringers inj*, 52  
*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%*, 52  
*potassium chloride & dextrose 20mEq/5% inj*, 52  
*potassium chloride er & cr*, 52  
*potassium chloride inj*, 52  
*potassium chloride oral soln*, 52  
*potassium chloride pack 20meq*, 52  
*potassium citrate er*, 52  
*pramipexole ir*, 40  
*prasugrel*, 46  
*pravastatin*, 48  
*prazosin*, 46  
 PRED MILD, 61  
*prednisolone acetate*, 61  
*prednisolone odt*, 54  
*prednisolone oral soln*, 54  
*prednisolone sodium phosphate*, 61  
*prednisolone tablet 5mg*, 54  
 PREDNISON INTENSOL, 59  
*prednisone oral soln*, 59  
*prednisone tab pack*, 54  
*prednisone tabs*, 59  
*pregabalin*, 35  
 PREHEVBRIO INJ, 59  
 PREMARIN ORAL, 56  
 PREMARIN VAGINAL CREAM, 56  
 PREMPHASE, 56  
 PREMPRO, 56  
*prenatal multi-vitamin*, 52  
*prevalite*, 48  
 PREVYMIS, 42  
 PREZCOBIX, 43  
 PREZISTA SUSP 100MG/ML, 43  
 PREZISTA TABS 600MG & 800MG, 43  
 PREZISTA TABS 75MG & 150MG, 43  
 PRIFTIN, 38  
 PRIMAQUINE, 40  
 PRIMIDONE TABS 125MG, 35  
*primidone tabs 50mg & 250mg*, 35  
 PRIORIX INJ, 59  
 PROAIR RESPICLICK, 63  
*probenecid*, 37

*probenecid & colchicine*, 37  
*prochlorperazine oral*, 36  
*prochlorperazine suppositories*, 36  
 PROCRT INJ 20000UNIT/ML & 40000UNIT/ML, 46  
 PROCRT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML & 10000UNIT/ML, 46  
*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, 60  
 PROMACTA, 46  
*promethazine suppositories*, 36  
*promethazine syrup*, 36  
*promethazine tabs*, 36  
*promethegan*, 36  
*propafenone tabs*, 46  
*propranolol er caps*, 47  
*propranolol ir tabs*, 47  
*propranolol oral soln*, 47  
*propylthiouracil*, 57  
 PROQUAD INJ, 59  
 PROSOL INJ, 52  
*protriptyline*, 36  
 PULMICORT NEBULIZER, 62  
 PULMOZYME, 63  
 PURIXAN, 38  
*pyrazinamide*, 38  
*pyridostigmine er tabs 180mg*, 38  
*pyridostigmine soln*, 38  
*pyridostigmine tabs 60mg*, 38  
*pyrimethamine*, 40  
 QINLOCK, 38  
 QUADRACEL INJ, 59  
*quetiapine er tabs*, 41  
 QUETIAPINE FUMARATE 150MG TABS, 41  
*quetiapine fumarate 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg & 400mg tabs*, 41  
*quinapril*, 46  
*quinidine gluconate cr*, 46  
*quinidine sulfate*, 46  
*quinine sulfate caps*, 40  
 QULIPTA TABS, 37  
 QVAR REDIHALER, 62  
 RABAVERT INJ, 59  
*rabeprazole sodium*, 53  
*raloxifene hcl*, 56  
*ramelteon*, 64  
*ramipril*, 46  
*ranolazine er*, 48  
 RAPAMUNE SOLN, 58  
 RAPAMUNE TABS, 58  
*rasagiline*, 40  
 RAVICTI, 53  
 RAYALDEE, 60  
 REBIF INJ, 49  
 REBIF REBIDOSE INJ, 49  
 REBIF REBIDOSE TITRATION PACK INJ, 49  
 REBIF TITRATION PACK INJ, 49  
*reclipsen*, 56  
 RECOMBIVAX HB INJ, 59  
 RECTIV, 53  
 REGRANEX, 51, 66  
 RELENZA DISKHALER, 43  
 RELISTOR INJ, 52  
 RELISTOR TABS, 52  
*repaglinide*, 44  
 REPATHA INJ, 48  
 RETACRIT INJ 20000UNIT/ML & 40000UNIT/ML, 46  
 RETACRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML, 10000UNIT/ML & 20000UNIT/2ML, 46  
 RETEVMO, 38  
 REXULTI, 41  
 REYATAZ ORAL POWDER, 43  
 REZLIDHIA CAPS, 39  
 RHOPRESSA, 61  
*ribavirin*, 42

RIDAURA, 57  
*rifabutin*, 38  
*rifampin inj*, 38  
*rifampin oral and inj*, 38  
*riluzole*, 49  
*rimantadine*, 43  
 RINVOQ, 57  
*risedronate sodium*, 60  
*risedronate sodium dr*, 60  
 RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG & 25MG, 41  
 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*, 35  
*rivastigmine patches*, 35  
*rizatriptan*, 37  
*rizatriptan odt*, 37  
 ROCKLATAN, 60  
*roflumilast tabs*, 63  
*ropinirole ir*, 40  
*rosuvastatin*, 48  
 ROTARIX, 59  
 ROTATEQ, 59  
*roweepra 500mg*, 34  
 ROZLYTREK, 38  
 RUBRACA, 39  
*rufinamide*, 35  
 RUKOBIA, 43  
 RYBELSUS, 44  
 RYDAPT, 39  
*sajazir inj*, 57  
 SANDIMMUNE CAPS 25MG & 100MG, 58  
 SANDIMMUNE ORAL SOLN 100MG/ML, 58  
 SANTYL, 51, 66  
*sapropterin*, 53  
 SAVELLA, 49  
 SAVELLA TITRATION PACK, 49  
 SCEMBLIX, 39  
*scopolamine patch*, 36  
 SECUADO, 41  
*selegiline*, 40  
*selenium sulfide lotion*, 51  
 SELZENTRY 25MG & 75MG, 43  
 SELZENTRY SOLN, 43  
 SEREVENT DISKUS, 63  
 SEROQUEL XR, 41  
*sertraline oral soln*, 36  
*sertraline tabs*, 36  
*setlakin*, 56  
*sevelamer carbonate powder*, 52  
*sevelamer carbonate tabs*, 52  
*sharobel*, 56  
 SHINGRIX INJ, 59  
 SIGNIFOR INJ, 57  
*sildenafil tab 20mg*, 63  
*silver sulfadiazine*, 51  
 SIMBRINZA, 60  
*simvastatin*, 48  
*sirolimus soln*, 58  
*sirolimus tabs*, 58  
 SIRTURO, 38  
 SIVEXTRO TABS & INJ, 33  
 SKYRIZI INJ, 57  
*sodium chloride inj*, 52  
 SODIUM OXYBATE ORAL SOLN, 64  
*sodium phenylbutyrate powder & tabs*, 53  
*sodium polystyrene sulfonate powder*, 52  
*sodium sulfate, potassium sulfate and magnesium sulfate*, 52  
 SOFOSBUVIR/VELPATASVIR, 42  
*solifenacin succinate*, 53  
 SOLIQUA INJ, 45  
 SOLTAMOX, 38  
 SOMAVERT INJ, 57  
*sorafenib*, 39  
*sorine*, 46  
*sotalol tabs*, 46  
 SPIRIVA HANDIHALER, 62  
 SPIRIVA RESPIMAT, 62  
*spironolactone & hydrochlorothiazide*, 48  
*spironolactone tabs*, 48

SPRITAM, 34  
 SPRYCEL, 39  
*sps suspension*, 52  
*ssd*, 51  
 STELARA INJ, 57  
 STIOLTO RESPIMAT, 63  
 STIVARGA, 39  
*streptomycin inj*, 32  
 STRIBILD, 42  
 STRIVERDI RESPIMAT, 63  
*subvenite starter kit*, 44  
*subvenite tabs*, 44  
 SUCRAID, 53  
*sucrafate tabs*, 53  
*sulfacetamide sodium & prednisolone sodium phosphate ophthalmic*, 60  
*sulfacetamide sodium ophthalmic oint & soln 10%*, 61  
*sulfacetamide sodium topical lotion 10%*, 34  
*sulfadiazine tabs*, 34  
*sulfamethoxazole & trimethoprim ds tabs*, 34  
*sulfamethoxazole & trimethoprim oral susp*, 34  
*sulfamethoxazole & trimethoprim tabs*, 34  
*sulfasalazine*, 59  
*sulindac*, 32  
*sumatriptan nasal*, 37  
*sumatriptan succinate inj*, 37  
*sumatriptan succinate tabs*, 38  
*sunitinib malate*, 39  
 SUNLENCA, 43  
 SYMLINPEN INJ, 44  
 SYMPAZAN 10MG & 20MG, 35  
 SYMPAZAN 5MG, 35  
 SYMTUZA, 43  
 SYNAREL, 57  
 SYNJARDY, 44  
 SYNJARDY XR, 44  
 SYNTHROID, 56  
 TABLOID, 38  
 TABRECTA, 38  
*tacrolimus caps 0.5mg & 1mg*, 58  
*tacrolimus caps 5mg*, 58  
*tacrolimus oint*, 51, 66  
*tadalafil tab 20mg*, 63  
 TAFINLAR, 39  
 TAGRISSO, 39  
 TALZENNA, 39  
*tamoxifen*, 38  
*tamsulosin*, 54  
*tarina fe 1/20 eq*, 56  
 TASIGNA, 39  
*tasimelteon caps*, 64  
*tazarotene cream*, 50  
*tazarotene gel*, 50, 66  
*tazicef inj*, 33  
 TAZORAC CREAM 0.05%, 50  
*taztia xt*, 47  
 TAZVERIK, 39  
 TDVAX INJ, 59  
 TEFLARO INJ, 33  
 TEGRETOL, 35  
 TEGRETOL XR, 35  
*telmisartan*, 46  
*temazepam caps 22.5mg*, 64  
*temazepam caps 7.5mg, 15mg & 30mg*, 64  
 TENIVAC INJ, 59  
*tenofovir disoproxil fumarate*, 43  
 TEPMETKO, 39  
*terazosin*, 46  
*terbinafine*, 37  
*terbutaline sulfate oral*, 63  
*terconazole*, 37  
*teriflunomide tabs*, 49  
 TERIPARATIDE INJ, 60  
*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*, 49  
*tetracycline*, 34  
 THALOMID, 38  
*theophylline er tabs*, 63  
 THIOLA EC, 54  
*thioridazine*, 41  
*thiothixene*, 41

*tiadylt er*, 47  
*tiagabine*, 35  
 TIBSOVO, 39  
 TICOVAC INJ, 59  
*tigecycline inj*, 33  
*timolol ophth soln 12 hours 0.25% & 0.5% multi-use bottles*, 61  
*timolol ophthalmic gel forming*, 61  
*timolol oral*, 47  
*tiopronin*, 54  
 TIVICAY PD, 42  
 TIVICAY TAB 10MG, 42  
 TIVICAY TABS 25MG & 50MG, 42  
*tizanidine caps*, 42  
*tizanidine tabs*, 42  
 TOBI PODHALER, 63  
 TOBI SOLN, 63  
 TOBRADEX OINT, 60  
*tobramycin & dexamethasone ophthalmic suspension*, 60  
*tobramycin nebulizer*, 63  
*tobramycin ophthalmic solution*, 61  
*tobramycin sulfate inj*, 32  
*tolterodine tartrate er*, 53  
*topiramate immediate-release*, 37  
*toremifene citrate*, 38  
*toremide*, 48  
 TOUJEO MAX SOLOSTAR INJ, 45  
 TOUJEO SOLOSTAR INJ, 45  
 TPN ELECTROLYTES INJ, 52  
 TRACLEER 32MG, 63  
 TRADJENTA, 44  
*tramadol & acetaminophen*, 31, 66  
*tramadol er tabs*, 31, 66  
*tramadol ir tab 100mg*, 31, 66  
*tramadol tab 50mg*, 31  
*trandolapril*, 46  
*tranexamic acid tabs*, 46  
*tranylcypromine*, 36  
 TRAVASOL INJ, 52  
*travoprost*, 62  
*trazodone*, 36  
 TRECATOR, 38  
 TRELEGY ELLIPTA, 63  
 TRELSTAR MIXJECT INJ, 57  
 TRESIBA FLEXTOUCH INJ, 45  
 TRESIBA VIAL INJ, 45  
*tretinoin caps*, 40  
*tretinoin cream*, 50  
*tretinoin gel 0.01%, 0.025% & 0.05%*, 50  
*triamcinolone acetonide topical cream & lotion*, 51  
*triamcinolone acetonide topical oint 0.025%, 0.1% & 0.5%*, 51  
*triamcinolone dental paste*, 50  
*triamterene & hydrochlorothiazide*, 48  
*triazolam*, 64  
*triderm cream 0.1%*, 51  
*trientine*, 51  
*tri-estarylla*, 56  
*trifluoperazine*, 41  
*trifluridine*, 61  
*trihexyphenidyl elixir & tabs*, 40  
 TRIJARDY XR, 44  
 TRIKAFTA, 63  
 TRILEPTAL, 35  
*tri-lo-estarylla*, 56  
*tri-lo-sprintec*, 56  
*trimethoprim*, 33  
*tri-mili*, 56  
*trimipramine maleate*, 36  
 TRINTELLIX, 36  
*tri-nymyo*, 56  
*tri-sprintec*, 56  
 TRIUMEQ, 43  
 TRIUMEQ PD, 43  
*trivora-28*, 56  
*tri-vylibra*, 56  
*tri-vylibra lo*, 56  
 TRIZIVIR, 43  
*trospium er*, 53  
*trospium ir*, 53  
 TRULICITY INJ, 44  
 TRUMENBA INJ, 59

TRUQAP, 39  
 TUKYSA, 39  
 TURALIO, 40  
*turqoz*, 56  
 TWINRIX INJ, 59  
 TYBOST, 43  
 TYMLOS INJ, 60  
 TYPHIM VI INJ, 59  
 UBRELVY, 37  
 UDENYCA INJ, 46  
*unithroid*, 56  
 UPTRAVI, 63  
*ursodiol cap 300mg & tabs 250mg & 500mg*, 53  
 UZEDY INJ, 41  
*valacyclovir*, 42  
 VALCHLOR, 38  
*valganciclovir*, 42  
*valproic acid oral caps & soln*, 34  
*valsartan & amlodipine*, 48  
*valsartan hct*, 48  
*valsartan tabs*, 46  
 VALTOCO, 35  
*vancomycin caps*, 33  
*vancomycin inj 500mg, 750mg, 1gm & 10gm*, 33  
*vancomycin oral soln 250mg/5ml*, 33  
*vandazole*, 33  
 VANFLYTA, 40  
 VAQTA INJ, 59  
*varenicline starting month box*, 32  
*varenicline tartrate*, 32  
 VARIVAX INJ, 59  
 VASCEPA CAPS, 48  
*velivet*, 56  
 VELPHORO, 52  
 VELTASSA, 52  
 VEMLIDY, 42  
 VENCLEXTA STARTING PACK, 40  
 VENCLEXTA TABS 100MG, 40  
 VENCLEXTA TABS 10MG & 50MG, 40  
 VENLAFAXINE BESYLATE ER TAB 112.5MG,  
 36  
*venlafaxine hcl er caps*, 36  
*venlafaxine hcl er tabs*, 36  
*venlafaxine ir tabs*, 36  
 VENTAVIS, 63  
*verapamil er*, 47  
*verapamil ir*, 47  
*verapamil sr*, 47  
 VERQUVO, 48  
 VERSACLOZ, 42  
 VERZENIO, 40  
*vestura*, 56  
 VICTOZA INJ, 44  
*vienna*, 56  
*vigabatrin*, 35  
*vigadrone*, 35  
*vigpoder*, 35  
*vilazodone*, 36  
 VIRACEPT, 43  
 VIREAD POWDER, 43  
 VIREAD TABS 150MG, 200MG & 250MG, 43  
 VITRAKVI, 40  
 VIZIMPRO, 40  
 VONJO, 39  
*voriconazole inj*, 37  
*voriconazole oral suspension*, 37  
*voriconazole tabs*, 37  
 VOSEVI, 42  
 VOTRIENT, 40  
 VRAYLAR CAPSULES, 41  
 VRAYLAR DOSE PACK, 41  
 VUMERITY, 49  
*vyfemla*, 56  
*vylibra*, 56  
 VYZULTA, 62  
*warfarin*, 45  
 WELIREG, 40  
*wixela inhub*, 63  
*wymzya fe*, 56  
 XALKORI, 40  
 XARELTO ORAL SUSP & TABS, 45  
 XARELTO STARTER PACK, 45  
 XATMEP, 58  
 XCOPRI MAINTENANCE PACK, 34  
 XCOPRI TABS, 34

XCOPRI TITRATION PACK 50-100MG, & 150-200MG, 34  
XCOPRI TITRATION PACK 12.5MG/25MG, 34  
XELJANZ, 57  
XELJANZ XR, 57  
XERMELO, 53  
XGEVA INJ, 60  
XIFAXAN TABS 200MG, 33  
XIFAXAN TABS 550MG, 33  
XIGDUO XR, 44  
XIIDRA, 60  
XOFLUZA, 43  
XOLAIR INJ, 57  
XOSPATA, 40  
XPOVIO, 39  
XTANDI, 38  
XYWAV, 64  
YF-VAX INJ, 59  
YONSA, 38  
YUPELRI, 62  
*yuvafem*, 56  
*zafirlukast*, 62  
ZARXIO INJ, 46  
ZEGALOGUE INJ, 45  
ZEJULA, 40  
ZELBORAF, 40

*zenatane*, 50  
*zenzedi*, 66  
*zenzedi tabs 5mg & 10mg*, 49  
ZERBAXA INJ, 33  
*zidovudine*, 43  
*ziprasidone inj*, 41  
*ziprasidone oral*, 41  
ZIRGAN, 61  
ZOLINZA, 39  
*zolmitriptan nasal soln 5mg*, 38  
*zolmitriptan odt*, 38  
*zolmitriptan tabs*, 38  
*zolpidem ir tabs 5mg & 10mg*, 64  
ZOMIG NASAL 2.5MG, 38  
ZONISADE, 35  
*zonisamide*, 35  
ZORTRESS TABS 0.25MG, 58  
ZORTRESS TABS 0.5MG, 0.75MG & 1MG, 58  
ZOSYN INJ, 33  
*zovia*, 56  
ZTALMY SUSP, 34  
ZURZUVAE, 36  
ZYDELIG, 40  
ZYKADIA TABS, 40  
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG, 42



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](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).
- Electronically: Send an email to [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Por teléfono: Llame al 1-916-440-7370. Si tiene dificultades para hablar u oír, llame al servicio de TTY: 711.
- Por escrito: Complete un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:  
Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413  
Puede encontrar los formularios de quejas en [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).
- De manera electrónica: Envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

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

- Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per usufruire di un interprete, contattare il numero 1-866-722-6725. Un nostro incaricato che parla Italiano Le fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.
- Japanese:** 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご利用になるには 1-866-722-6725 にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。
- Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-722-6725번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.
- Laos:** ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພາສາລາວ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພາຍໃຈໃຫ້ພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-722-6725. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພາສາ.
- Mon-Khmer, Cambodian:**  
 យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-866-722-6725។  
 មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។
- Persian:**  
 ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سوالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. توجه: شخصی که به زبان فارسی صحبت می کند، تماس بگیرد. 1-866-722-6725 برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کفایت با شماره می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.
- Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-722-6725. Ta usługa jest bezpłatna.
- Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-722-6725. Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.
- Punjabi:** ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ 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.