

---

# 2020

## SCAN Health Plan Formulary

List of Covered Drugs

## Formulario de SCAN Health Plan

Lista de medicamentos cubiertos



This formulary was updated on 03/01/2020. For more recent information or other questions, please contact SCAN Health Plan Member Services at 1-800-559-3500 (Medicare and Medi-Cal eligible members should call 1-866-722-6725) or, for TTY users, 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).

Este formulario se actualizó el 03/01/2020. Para obtener información más reciente o si tiene dudas, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN Health Plan al 1-800-559-3500 (los miembros elegibles para Medicare y Medi-Cal deben llamar al 1-866-722-6725) o bien, los usuarios de TTY, 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil), o visite [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com).

# SCAN Health Plan

## 2020 Formulary (List of Covered Drugs)

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

**20484, 9**

This formulary was updated on 03/01/2020. For more recent information or other questions, please contact SCAN Health Plan Member Services, at 1-800-559-3500 (Medicare and Medi-Cal eligible members should call 1-866-722-6725) or, for TTY users, 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).

**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 Classic (HMO), SCAN Classic II (HMO), Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO), Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO), SCAN Compass (HMO), SCAN Prime (HMO), SCAN Options (HMO), SCAN Healthy at Home (HMO SNP), SCAN Heart First (HMO SNP), Scripps Heart First offered by SCAN Health Plan (HMO SNP), SCAN Balance (HMO SNP), SCAN Plus (HMO), Scripps Plus offered by SCAN Health Plan (HMO), SCAN Connections (HMO SNP), SCAN Connections at Home (HMO SNP).

This document includes a list of the drugs (formulary) for our plan which is current as of March 2020. 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, 2021, and from time to time during the year.

This information is not a complete description of benefits. Call Member Services, at 1-800-559-3500 (TTY: 711) for more information. The Formulary and pharmacy network may change at any time. You will receive notice when necessary.

You can get prescription drugs shipped to your home through our network mail order delivery program which is called Express Scripts Pharmacy<sup>SM</sup>. Typically, you should expect to receive your prescription drugs within 14 days from the time that the mail-order pharmacy receives the order. If you do not receive your prescription drug(s) within this time, please contact SCAN Health Plan Member Services at 1-800-559-3500 (Medicare and Medi-Cal eligible members should call 1-866-722-6725), 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). TTY: 711.

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

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-559-3500 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-559-3500 (TTY: 711).

注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-559-3500（聽障專線：711）。

Y0057\_SCAN\_11616\_2019\_C 09182019

# Table of Contents

What is the SCAN Health Plan Formulary?.....	5
Can the Formulary (drug list) change?.....	5
How do I use the Formulary?.....	6
What are generic drugs? .....	6
Are there any restrictions on my coverage?.....	6
What if my drug is not on the Formulary? .....	7
How do I request an exception to the SCAN Health Plan Formulary?.....	7
What do I do before I can talk to my doctor about changing my drugs or requesting an exception? .....	7
For more information .....	8
SCAN Health Plan’s Formulary.....	34
Formulary Drugs Arranged by Therapeutic Class .....	70
Formulary Drugs with Quantity Limits .....	100
Index .....	103

**This page is intentionally blank.**

## What is the SCAN Health Plan Formulary?

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

## Can the Formulary (drug list) change?

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

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

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

**Changes that will not affect you if you are currently taking the drug.** Generally, if you are taking a drug on our 2020 formulary that was covered at the beginning of the year, we will not discontinue or reduce coverage of the drug during the 2020 coverage year except as described above. This means these drugs will remain available at the same cost-sharing and with no new restrictions for those members taking them for the remainder of the coverage year.

The enclosed formulary is current as of March, 2020. To get updated information about the drugs covered by SCAN Health Plan, please contact us. Our contact information appears on the front and back cover pages.

## How do I use the Formulary?

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

### Medical Condition

The formulary begins on page 70. The drugs in this formulary are grouped into categories depending on the type of medical conditions that they are used to treat. For example, drugs used to treat a heart condition are listed under the category, "Cardiovascular Agents". If you know what your drug is used for, look for the category name in the list that begins on page number 70. Then look under the category name for your drug.

### Alphabetical Listing

If you are not sure what category to look under, you should look for your drug in the Index that begins on page 103. The Index provides an alphabetical list of all of the drugs included in this document. Both brand name drugs and generic drugs are listed in the Index. Look in the Index and find your drug. Next to your drug, you will see the page number where you can find coverage information. Turn to the page listed in the Index and find the name of your drug in the first column of the list.

## What are generic drugs?

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

## Are there any restrictions on my coverage?

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

- **Prior Authorization:** SCAN Health Plan requires you or your physician to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval from SCAN Health Plan before you fill your prescriptions. If you don't get approval, SCAN Health Plan may not cover the drug.
- **Quantity Limits:** For certain drugs, SCAN Health Plan limits the amount of the drug that SCAN Health Plan will cover. For example, SCAN Health Plan provides 30 tablets per prescription for ramelteon. This may be in addition to a standard one-month or three-month supply.
- **Step Therapy:** In some cases, SCAN Health Plan requires you to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition. For example, if Drug A and Drug B both treat your medical condition, SCAN Health Plan may not cover Drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, SCAN Health Plan will then cover Drug B.

You can find out if your drug has any additional requirements or limits by looking in the formulary that begins on page 70. You can also get more information about the restrictions applied to specific covered drugs by visiting our Web site. We have posted on line documents that explain our prior authorization and step therapy restrictions. You may also ask us to send you a copy. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

You can ask SCAN Health Plan to make an exception to these restrictions or limits or for a list of other, similar drugs that may treat your health condition. See the section, "How do I request an exception to the SCAN Health Plan formulary?" on page 7 for information about how to request an exception.

## What if my drug is not on the Formulary?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

For each of your drugs that is not on our formulary or if your ability to get your drugs is limited, we will cover a temporary 30-day supply if you are not in a long-term care facility or a 31-day supply if you are a resident



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

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

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

## **For more information**

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

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

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

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

**SCAN Classic (HMO):**

Los Angeles and Orange Counties

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$7	\$0	\$14	\$0
2	Generic	\$5	\$15	\$10	\$30	\$0
3	Preferred Brand	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Non-Preferred Drug	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 2 (Generic) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.

**SCAN Classic II (HMO):**

Los Angeles County

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$7	\$0	\$14	\$0
2	Generic	\$7	\$15	\$14	\$30	\$0
3	Preferred Brand	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Non-Preferred Drug	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 2 (Generic) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.

**SCAN Classic (HMO):**

Riverside and San Bernardino Counties

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$9	\$0	\$18	\$0
2	Generic	\$7	\$15	\$14	\$30	\$0
3	Preferred Brand	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Non-Preferred Drug	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 2 (Generic) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.

**Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO):**

San Diego County

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$9	\$0	\$18	\$0
2	Generic	\$5	\$15	\$10	\$30	\$0
3	Preferred Brand	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Non-Preferred Drug	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

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

**Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO):**

San Diego County

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$9	\$0	\$18	\$0
2	Generic	\$3	\$12	\$6	\$24	\$0
3	Preferred Brand	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Non-Preferred Drug	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 2 (Generic) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.

**SCAN Compass (HMO):**

Napa and Sonoma Counties

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$5	\$10	\$10	\$20	\$0
2	Generic	\$15	\$20	\$30	\$40	\$0
3	Preferred Brand	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Non-Preferred Drug	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

**SCAN Classic (HMO):**

Ventura County

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$2	\$10	\$4	\$20	\$0
2	Generic	\$5	\$15	\$10	\$30	\$0
3	Preferred Brand	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Non-Preferred Drug	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

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



**SCAN Classic (HMO):**

San Francisco and Santa Clara Counties

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$3	\$10	\$6	\$20	\$0
2	Generic	\$5	\$12	\$10	\$24	\$0
3	Preferred Brand	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Non-Preferred Drug	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

**SCAN Classic (HMO):**

Napa and Sonoma Counties

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$7	\$0	\$14	\$0
2	Generic	\$10	\$17	\$20	\$34	\$0
3	Preferred Brand	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Non-Preferred Drug	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

**SCAN Classic (HMO):**

Stanislaus County

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$5	\$0	\$10	\$0
2	Generic	\$9	\$15	\$18	\$30	\$0
3	Preferred Brand	\$40	\$47	\$100	\$121	\$100
4	Non-Preferred Drug	\$90	\$100	\$250	\$280	\$250
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 2 (Generic) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.

**SCAN Prime (HMO):**

Los Angeles and Orange Counties

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$5	\$0	\$10	\$0
2	Generic	\$5	\$12	\$10	\$24	\$0
3	Preferred Brand	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Non-Preferred Drug	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 2 (Generic) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.

**SCAN Prime (HMO):**

Riverside and San Bernardino Counties

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$7	\$0	\$14	\$0
2	Generic	\$7	\$14	\$14	\$28	\$0
3	Preferred Brand	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Non-Preferred Drug	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 2 (Generic) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.

**SCAN Options (HMO):**

Santa Clara County

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$5	\$10	\$10	\$20	\$0
2	Generic	\$12.50	\$17.50	\$25	\$35	\$0
3	Preferred Brand	\$40	\$45	\$100	\$115	\$100
4	Non-Preferred Drug	\$90	\$95	\$250	\$265	\$250
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

**SCAN Healthy At Home (HMO SNP):**

Los Angeles, Orange, Riverside and San Bernardino Counties

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$5	\$0	\$15	\$0
2	Generic	\$5	\$12	\$15	\$36	\$0
3	Preferred Brand	\$42	\$47	\$126	\$141	\$126
4	Non-Preferred Drug	\$95	\$100	\$285	\$300	\$285
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

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

**SCAN Heart First (HMO SNP):**

Orange County

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$5	\$0	\$10	\$0
2	Generic	\$2	\$9	\$4	\$18	\$0
3	Preferred Brand	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Non-Preferred Drug	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 2 (Generic) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.



**SCAN Heart First (HMO SNP):**

Riverside and San Bernardino Counties

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$7	\$0	\$14	\$0
2	Generic	\$7	\$14	\$14	\$28	\$0
3	Preferred Brand	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Non-Preferred Drug	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic) and Tier 2 (Generic) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.

**Scripps Heart First offered by SCAN Health Plan (HMO SNP):**

San Diego County

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$7	\$0	\$14	\$0
2	Generic	\$5	\$12	\$10	\$24	\$0
3	Preferred Brand	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Non-Preferred Drug	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

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

**SCAN Heart First (HMO SNP):**

Napa and Sonoma Counties

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$7	\$0	\$14	\$0
2	Generic	\$10	\$17	\$20	\$34	\$0
3	Preferred Brand	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Non-Preferred Drug	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

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

**SCAN Balance (HMO SNP):**

Los Angeles and Orange Counties

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$5	\$0	\$10	\$0
2	Generic	\$2	\$9	\$4	\$18	\$0
3	Preferred Brand	\$30	\$35	\$70	\$85	\$70
4	Non-Preferred Drug	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.

**SCAN Balance (HMO SNP):**

Napa and Sonoma Counties

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$7	\$0	\$14	\$0
2	Generic	\$10	\$17	\$20	\$34	\$0
3	Preferred Brand	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Non-Preferred Drug	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

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

**SCAN Balance (HMO SNP):**

Stanislaus County

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$5	\$0	\$10	\$0
2	Generic	\$9	\$15	\$18	\$30	\$0
3	Preferred Brand	\$30	\$45	\$70	\$115	\$70
4	Non-Preferred Drug	\$85	\$95	\$235	\$265	\$235
5	Specialty Tier	33%	33%	N/A	N/A	N/A

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

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

We provide additional coverage of prescription drugs in Tier 1 (Preferred Generic), Tier 2 (Generic), and Tier 3 (Preferred Brand – insulin only) in the Coverage Gap. Please refer to your Evidence of Coverage for more information about this coverage.

**SCAN Plus (HMO):**

Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Francisco, Santa Clara and Ventura Counties

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$7	\$0	\$21
2	Generic	25%	25%	25%	25%
3	Preferred Brand	25%	25%	25%	25%
4	Non-Preferred Drug	25%	25%	25%	25%
5	Specialty Tier	25%	25%	N/A	N/A

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

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

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

**SCAN Plus (HMO):**

Stanislaus County

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$9	\$0	\$27
2	Generic	25%	25%	25%	25%
3	Preferred Brand	25%	25%	25%	25%
4	Non-Preferred Drug	25%	25%	25%	25%
5	Specialty Tier	25%	25%	N/A	N/A

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

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

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



**Scripps Plus offered by SCAN Health Plan (HMO):**

San Diego County

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (30-day supply)	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network) (90-day supply)	Standard Retail cost-sharing (in-network) (90-day supply)
1	Preferred Generic	\$0	\$10	\$0	\$30
2	Generic	25%	25%	25%	25%
3	Preferred Brand	25%	25%	25%	25%
4	Non-Preferred Drug	25%	25%	25%	25%
5	Specialty Tier	25%	25%	N/A	N/A

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

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

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

The chart below is for Medicare and Medi-Cal eligible members only. It lists what you will pay as your share of the cost for covered prescription drugs when you are in the Initial Coverage Stage. For information about your costs in the Coverage Gap Stage or the Catastrophic Coverage Stage, please refer to your Evidence of Coverage.

Co-pays may vary based on the level of Extra Help you receive. Please contact Member Services for further details. Our contact information appears on the front and back cover pages.

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

Los Angeles, Riverside and San Bernardino Counties

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

Los Angeles, Riverside, and San Bernardino Counties

Drug Tier	Tier Name	Preferred Retail & Mail-Order cost-sharing (in-network)	Standard Retail cost-sharing (in-network)
1	Preferred Generic (One -, two- or three- month supply)	\$0	\$0 or \$1.30 or \$3.60
2	Generic (One -, two- or three- month supply)	Generic drugs (including drugs treated like a generic): – \$0 or \$1.30 or \$3.60  All other drugs: – \$0 or \$3.90 or \$8.95	
3	Preferred Brand (One -, two- or three- month supply)		
4	Non-Preferred Drug (One -, two- or three- month supply)		
5	Specialty Tier (One-month supply)		

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

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

## SCAN Health Plan's Formulary

The formulary that begins on page 70 provides coverage information about the drugs covered by SCAN Health Plan. If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Index that begins on page 103.

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

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

- The symbol [PA] indicates that prior authorization applies.
- The symbol [B vs D] indicates that this drug may be covered under Medicare Part B or Part D depending upon the circumstances. Information may need to be submitted describing the use and setting of the drug to make the determination.
- The symbol [ST] indicates that step therapy applies.
- 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 100.
- The symbol [90D] indicates that the drug is available for a 90-day supply at Express Scripts mail-order and most retail pharmacies.
- The symbol [LD] indicates that limited distribution applies. This prescription may be available only at certain pharmacies. For more information consult your Pharmacy Directory or call Member Services at 1-800-559-3500 (Medicare and Medi-Cal eligible members should call 1-866-722-6725), 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). TTY users should call 711.

# SCAN Health Plan

## Formulario de 2020 (Lista de medicamentos cubiertos)

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

**20484, 9**

Este formulario se actualizó el 03/01/2020. Para obtener información más reciente o si tiene dudas, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN Health Plan al 1-800-559-3500 (los miembros elegibles de Medicare y Medi-Cal deben llamar al 1-866-722-6725) o bien, los usuarios de TTY, 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil), o visite [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com).

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

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) hace referencia a “nosotros” o “nuestro”, quiere decir SCAN Health Plan. Cuando se hace referencia al “plan” o a “nuestro plan”, quiere decir SCAN Classic (HMO), SCAN Classic II (HMO), Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO), Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO), SCAN Compass (HMO), SCAN Prime (HMO), SCAN Options (HMO), SCAN Healthy at Home (HMO SNP), SCAN Heart First (HMO SNP), Scripps Heart First offered by SCAN Health Plan (HMO SNP), SCAN Balance (HMO SNP), SCAN Plus (HMO), Scripps Plus offered by SCAN Health Plan (HMO), SCAN Connections (HMO SNP), SCAN Connections at Home (HMO SNP).

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que está vigente desde marzo de 2020. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la cubierta del frente y del dorso.

Por lo general, debe acudir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2021 y de vez en cuando durante el año.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-559-3500 (TTY: 711) para obtener más información. El formulario y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Puede solicitar que se le envíen sus medicamentos con receta a su hogar a través de nuestro programa de entrega de pedidos por correo de la red, que se llama Entrega a domicilio de la farmacia Express Scripts<sup>SM</sup>. Por lo general, debería esperar recibir sus medicamentos con receta dentro de 14 días a partir del momento en que la farmacia de pedidos por correo reciba la solicitud. Si no recibe sus medicamentos con receta dentro de ese plazo, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN Health Plan llamando al 1-800-559-3500 (los miembros elegibles para Medicare y Medi-Cal deben llamar al 1-866-722-6725), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil). Los usuarios de TTY deben llamar al: 711.

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

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-559-3500 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-559-3500 (TTY: 711).

注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-559-3500（聽障專線：711）。

Y0057\_SCAN\_11616\_2019\_C\_SP 09182019

# Tabla de contenidos

¿Qué es el formulario de SCAN Health Plan? .....	39
¿Puede cambiar el formulario (lista de medicamentos)? .....	39
¿Cómo uso el formulario? .....	40
¿Qué son los medicamentos genéricos? .....	40
¿Existe alguna restricción en mi cobertura? .....	40
¿Qué sucede si el medicamento no se incluye en el formulario? .....	41
¿Cómo solicito una excepción para el formulario de SCAN Health Plan? .....	41
¿Qué hago antes de poder hablar con mi médico sobre cambiar de medicamentos o solicitar una excepción? ..	42
Para obtener más información .....	43
Formulario de SCAN Health Plan: .....	69
Medicamentos del formulario organizados por la clase terapéutica .....	70
Medicamentos del formulario con límites de cantidad .....	100
Índice .....	103

**Esta página se dejó intencionalmente en blanco.**

## ¿Qué es el formulario de SCAN Health Plan?

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

## ¿Puede cambiar el formulario (lista de medicamentos)?

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

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

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



**Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento.** Por lo general, si está tomando un medicamento que se encuentra en nuestro formulario de 2020 que estaba cubierto al comienzo del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2020, excepto en los casos que se describieron anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con los mismos gastos compartidos y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura.

El formulario adjunto está vigente desde marzo de 2020. Para obtener información actualizada acerca de los medicamentos cubiertos por SCAN Health Plan, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la cubierta del frente y del dorso.

## ¿Cómo uso el formulario?

Existen dos maneras de buscar su medicamento dentro del formulario:

### Afección médica

El formulario comienza en la página 70. En este formulario, los medicamentos se dividen en categorías según el tipo de afección médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar una afección cardíaca se indican en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si usted sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página número 70. Luego busque el nombre de su medicamento debajo del nombre de la categoría.

### Orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 103. El Índice le proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos aparecen en el Índice. Consulte el Índice y busque su medicamento. Al lado de medicamento, verá el número de página en donde puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

## ¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

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

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

- **Terapia escalonada:** En algunos casos, SCAN Health Plan le solicita que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección médica. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que SCAN Health Plan no cubra el medicamento B, a menos que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no funciona con usted, SCAN Health Plan cubrirá el medicamento B.

Usted puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional buscando en el formulario que comienza en la página 70. También puede obtener más información sobre las restricciones vigentes para medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos que explican las restricciones de autorización previa y terapia escalonada. Además, puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la cubierta del frente y del dorso.

Usted también puede solicitarle a SCAN Health Plan que realice una excepción para estas restricciones o estos límites o para una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción para el formulario de SCAN Health Plan?” en la página 41 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Qué sucede si el medicamento no se incluye en el formulario?

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

Si se entera de que SCAN Health Plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

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

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

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

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no figura en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de compartición de costo predeterminado y usted no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de compartición de costos inferior.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de gastos compartidos más bajo si este medicamento no se encuentra entre los medicamentos especializados. Si se aprueba, esto disminuiría el monto que debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites a la cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, SCAN Health Plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no apliquemos el límite y que cubramos un monto mayor.

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

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

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

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

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

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

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

## **Para obtener más información**

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

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

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

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

**SCAN Classic (HMO):**

Condados de Los Angeles y Orange

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$7	\$0	\$14	\$0
2	Genéricos	\$5	\$15	\$10	\$30	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Medicamentos no preferidos	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 2 (genéricos) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

**SCAN Classic II (HMO):**

Condado de Los Angeles

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$7	\$0	\$14	\$0
2	Genéricos	\$7	\$15	\$14	\$30	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Medicamentos no preferidos	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 2 (genéricos) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

**SCAN Classic (HMO):**

Condados de Riverside y San Bernardino

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$9	\$0	\$18	\$0
2	Genéricos	\$7	\$15	\$14	\$30	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Medicamentos no preferidos	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 2 (genéricos) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

**Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO):**

Condado de San Diego

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$9	\$0	\$18	\$0
2	Genéricos	\$5	\$15	\$10	\$30	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Medicamentos no preferidos	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.



**Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO):**

Condado de San Diego

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$9	\$0	\$18	\$0
2	Genéricos	\$3	\$12	\$6	\$24	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Medicamentos no preferidos	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 2 (genéricos) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

**SCAN Compass (HMO):**

Condados de Napa y Sonoma

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$5	\$10	\$10	\$20	\$0
2	Genéricos	\$15	\$20	\$30	\$40	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Medicamentos no preferidos	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

**SCAN Classic (HMO):**

Condado de Ventura

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$2	\$10	\$4	\$20	\$0
2	Genéricos	\$5	\$15	\$10	\$30	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Medicamentos no preferidos	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

**SCAN Classic (HMO):**

Condados de San Francisco y Santa Clara

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$3	\$10	\$6	\$20	\$0
2	Genéricos	\$5	\$12	\$10	\$24	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Medicamentos no preferidos	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

**SCAN Classic (HMO):**

Condados de Napa y Sonoma

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$7	\$0	\$14	\$0
2	Genéricos	\$10	\$17	\$20	\$34	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Medicamentos no preferidos	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

**SCAN Classic (HMO):**

Condado de Stanislaus

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$5	\$0	\$10	\$0
2	Genéricos	\$9	\$15	\$18	\$30	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$40	\$47	\$100	\$121	\$100
4	Medicamentos no preferidos	\$90	\$100	\$250	\$280	\$250
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 2 (genéricos) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

**SCAN Prime (HMO):**

Condados de Los Angeles y Orange

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$5	\$0	\$10	\$0
2	Genéricos	\$5	\$12	\$10	\$24	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Medicamentos no preferidos	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 2 (genéricos) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

**SCAN Prime (HMO):**

Condados de Riverside y San Bernardino

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$7	\$0	\$14	\$0
2	Genéricos	\$7	\$14	\$14	\$28	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Medicamentos no preferidos	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 2 (genéricos) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.



**SCAN Options (HMO):**

Condado de Santa Clara

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$5	\$10	\$10	\$20	\$0
2	Genéricos	\$12.50	\$17.50	\$25	\$35	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$40	\$45	\$100	\$115	\$100
4	Medicamentos no preferidos	\$90	\$95	\$250	\$265	\$250
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

**SCAN Healthy at Home (HMO SNP):**

Condados de Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$5	\$0	\$15	\$0
2	Genéricos	\$5	\$12	\$15	\$36	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$42	\$47	\$126	\$141	\$126
4	Medicamentos no preferidos	\$95	\$100	\$285	\$300	\$285
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

**SCAN Heart First (HMO SNP):**

Condado de Orange

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$5	\$0	\$10	\$0
2	Genéricos	\$2	\$9	\$4	\$18	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Medicamentos no preferidos	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 2 (genéricos) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

**SCAN Heart First (HMO SNP):**

Condados de Riverside y San Bernardino

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$7	\$0	\$14	\$0
2	Genéricos	\$7	\$14	\$14	\$28	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Medicamentos no preferidos	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y en el Nivel 2 (genéricos) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

**Scripps Heart First offered by SCAN Health Plan (HMO SNP):**

Condado de San Diego

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$7	\$0	\$14	\$0
2	Genéricos	\$5	\$12	\$10	\$24	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Medicamentos no preferidos	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

**SCAN Heart First (HMO SNP):**

Condados de Napa y Sonoma

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$7	\$0	\$14	\$0
2	Genéricos	\$10	\$17	\$20	\$34	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Medicamentos no preferidos	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

Proporcionamos cobertura adicional para medicamentos con receta en el Nivel 1 (genéricos preferidos) durante la interrupción en la cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

**SCAN Balance (HMO SNP):**

Condados de Los Angeles y Orange

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$5	\$0	\$10	\$0
2	Genéricos	\$2	\$9	\$4	\$18	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$30	\$35	\$70	\$85	\$70
4	Medicamentos no preferidos	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

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

**SCAN Balance (HMO SNP):**

Condados de Napa y Sonoma

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$7	\$0	\$14	\$0
2	Genéricos	\$10	\$17	\$20	\$34	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$42	\$47	\$106	\$121	\$106
4	Medicamentos no preferidos	\$95	\$100	\$265	\$280	\$265
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

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



**SCAN Balance (HMO SNP):**

Condado de Stanislaus

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$5	\$0	\$10	\$0
2	Genéricos	\$9	\$15	\$18	\$30	\$0
3	Medicamentos de marca preferidos	\$30	\$45	\$70	\$115	\$70
4	Medicamentos no preferidos	\$85	\$95	\$235	\$265	\$235
5	Medicamentos de especialidad	33 %	33 %	N/C	N/C	N/C

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

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

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

**SCAN Plus (HMO):**

Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Francisco, Santa Clara y Ventura

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$7	\$0	\$21
2	Genéricos	25%	25%	25%	25%
3	Medicamentos de marca preferidos	25%	25%	25%	25%
4	Medicamentos no preferidos	25%	25%	25%	25%
5	Medicamentos de especialidad	25%	25%	N/C	N/C

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

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

Si recibe "Ayuda adicional", su parte del costo para medicamentos con receta cubiertos puede variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba. Para obtener más información sobre los costos de los medicamentos, consulte la Cláusula adicional LIS.

**SCAN Plus (HMO):**

Condado de Stanislaus

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$9	\$0	\$27
2	Genéricos	25%	25%	25%	25%
3	Medicamentos de marca preferidos	25%	25%	25%	25%
4	Medicamentos no preferidos	25%	25%	25%	25%
5	Medicamentos de especialidad	25%	25%	N/C	N/C

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

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

Si recibe "Ayuda adicional", su parte del costo para medicamentos con receta cubiertos puede variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba. Para obtener más información sobre los costos de los medicamentos, consulte la Cláusula adicional LIS.

**Scripps Plus offered by SCAN Health Plan (HMO):**

Condado de San Diego

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Gastos compartidos con farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)
1	Genéricos preferidos	\$0	\$10	\$0	\$30
2	Genéricos	25%	25%	25%	25%
3	Medicamentos de marca preferidos	25%	25%	25%	25%
4	Medicamentos no preferidos	25%	25%	25%	25%
5	Medicamentos de especialidad	25%	25%	N/C	N/C

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

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

Si recibe "Ayuda adicional", su parte del costo para medicamentos con receta cubiertos puede variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba. Para obtener más información sobre los costos de los medicamentos, consulte la Cláusula adicional LIS.

La tabla a continuación es solo para los miembros elegibles para Medicare y Medi-Cal. Enumera lo que usted pagará por compartir el costo de los medicamentos con receta cubiertos cuando se encuentre en la etapa de cobertura inicial. Para obtener más información sobre los costos en la etapa de interrupción en la cobertura o en la etapa de cobertura catastrófica, consulte la Evidencia de cobertura.

Los copagos pueden variar en función del nivel de ayuda adicional que reciba. Comuníquese con Servicios para Miembros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la cubierta del frente y del dorso.

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

Condados de Los Angeles, Riverside y San Bernardino

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

Condados de Los Angeles, Riverside y San Bernardino

Nivel del medicamento	Nombre del nivel	Gastos compartidos con farmacia minorista preferida y de pedido por correo (dentro de la red)	Gasto compartido con farmacia minorista estándar (dentro de la red)
1	Medicamento genérico preferido (suministro de uno, dos o tres meses)	\$0	\$0 o \$1.30 o \$3.60
2	Medicamento genérico (suministro de uno, dos o tres meses)	Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos tratados como genéricos): – \$0 o \$1.30 o \$3.60  Todos los demás medicamentos: – \$0 o \$3.90 o \$8.95	
3	Medicamento de marca preferido (suministro de uno, dos o tres meses)		
4	Medicamento no preferido (suministro de uno, dos o tres meses)		
5	Medicamento de especialidad (suministro de un mes)		

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

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

## Formulario de SCAN Health Plan:

El formulario que comienza en la página 70 proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por SCAN Health Plan. Si tiene problemas para buscar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 103.

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

La información en la columna de Requisitos/limitaciones le indica si SCAN Health Plan tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

- El símbolo [PA] indica que aplica una autorización previa.
- El símbolo [B vs D] indica que este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare según las circunstancias. Es posible que tenga que enviar información describiendo el uso y entorno del medicamento para realizar la determinación.
- El símbolo [ST] indica que aplica una terapia escalonada.
- El símbolo [QL] indica que las cantidades dispensadas son limitadas. Para consultar el límite de cantidad para los medicamentos del formulario con límites de cantidad, vaya a la página 100.
- El símbolo [90D] indica que el medicamento está disponible por un suministro de 90 días a través del servicio de pedidos por correo de Express Scripts y en la mayoría de las farmacias minoristas.
- El símbolo [LD] indica que aplica una distribución limitada. Es posible que este medicamento con receta esté disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte con su Directorio de farmacias o llame a Servicios para Miembros al 1-800-559-3500 (los miembros elegibles para Medicare y Medi-Cal deben llamar al 1-866-722-6725), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

**Formulary ID: 20484 (Version 9)  
 ID de Formulario: 20484 (Versión 9)**

**Updated: 03/2020  
 Actualizado: 03/2020**

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>ANALGESICS</b>		
<b>Opioid Analgesics, Long-acting</b>		
<i>duramorph inj</i>	2	[90D]
<i>fentanyl patches 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr, 100mcg/hr</i>	3	[QL] [90D]
<i>methadone oral</i>	2	[90D]
<i>morphine sulfate er tabs</i>	3	[QL] [90D]
<i>OXYCODONE ER</i>	4	[QL] [90D]
<i>tramadol er tabs</i>	3	[QL] [90D]
<b>Opioid Analgesics, Short-acting</b>		
<i>acetaminophen &amp; codeine</i>	2	[QL] [90D]
<i>butorphanol tartrate nasal</i>	2	[QL] [90D]
<i>codeine</i>	2	[90D]
<i>endocet 5-325mg, 7.5-325mg, 10-325mg</i>	3	[QL] [90D]
<i>fentanyl citrate lozenges</i>	5	[PA]
<i>hydrocodone &amp; acetaminophen soln 7.5-325mg/15mL</i>	2	[QL] [90D]
<i>hydrocodone &amp; acetaminophen tabs 5-325mg, 7.5-325mg, 10-325mg</i>	2	[QL] [90D]
<i>hydrocodone &amp; ibuprofen</i>	2	[QL] [90D]
<i>hydromorphone immediate-release oral soln &amp; tabs</i>	2	[90D]
<i>hydromorphone inj</i>	3	[90D]
<i>LAZANDA</i>	5	[PA]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>lorcet tabs 5-325mg</i>	2	[QL] [90D]
<i>lorcet hd tabs 10-325mg</i>	2	[QL] [90D]
<i>lorcet plus tabs 7.5-325mg</i>	2	[QL] [90D]
<i>morphine sulfate oral</i>	2	[90D]
<i>oxycodone immediate-release</i>	2	[90D]
<i>oxycodone oral soln</i>	2	[90D]
<i>oxycodone &amp; acetaminophen 2.5-325mg, 5-325mg, 7.5-325mg, 10-325mg</i>	3	[QL] [90D]
<i>oxycodone &amp; aspirin</i>	2	[QL] [90D]
<i>oxycodone &amp; ibuprofen</i>	2	[QL] [90D]
<i>tramadol</i>	2	[90D]
<i>tramadol &amp; acetaminophen</i>	2	[QL] [90D]
<b>ANESTHETICS</b>		
<b>Local Anesthetics</b>		
<i>lidocaine ointment</i>	4	[QL] [90D]
<i>lidocaine patch</i>	3	[PA] [90D]
<i>lidocaine topical gel</i>	2	[QL] [90D]
<i>lidocaine topical soln</i>	2	[QL] [90D]
<i>lidocaine &amp; prilocaine</i>	3	[QL] [90D]
<b>ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS</b>		
<b>Alcohol Deterrents/Anti-Craving</b>		
<i>acamprosate calcium dr</i>	2	[90D]
<i>disulfiram</i>	2	[90D]
<b>Opioid Dependence Treatments</b>		
<i>buprenorphine oral</i>	2	[90D]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit [ST] = Step Therapy [90D] = 90-Day Supply [LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 34.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine &amp; naloxone sublingual tabs</i>	2	[90D]
<i>naltrexone</i>	2	[90D]
<b>Opioid Reversal Agents</b>		
<i>naloxone inj</i>	2	[90D]
NARCAN	3	[90D]
<b>Smoking Cessation Agents</b>		
<i>bupropion sr 150mg</i>	2	[90D]
CHANTIX	4	[ST] [90D]
CHANTIX STARTING & CONTINUING MONTH PAK	4	[ST] [90D]
NICOTROL INHALER	3	[90D]
NICOTROL NASAL	3	[90D]
<b>ANTI-INFLAMMATORY AGENTS</b>		
<b>Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs</b>		
<i>celecoxib</i>	3	[ST] [90D]
<i>diclofenac potassium</i>	1	[90D]
<i>diclofenac sodium dr</i>	1	[90D]
<i>diclofenac sodium er</i>	1	[90D]
<i>diflunisal</i>	2	[90D]
<i>etodolac</i>	2	[90D]
<i>etodolac er</i>	2	[90D]
<i>ibu</i>	1	[90D]
<i>ibuprofen</i>	1	[90D]
<i>indomethacin er</i>	2	[PA] [90D]
<i>indomethacin ir caps</i>	2	[PA] [90D]
<i>ketorolac oral</i>	2	[PA] [90D]
LODINE TABS	2	[90D]
<i>meloxicam tabs</i>	1	[90D]
<i>nabumetone</i>	2	[90D]
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	[90D]
<i>naproxen dr</i>	1	[90D]
<i>naproxen sodium ir</i>	1	[90D]
<i>piroxicam</i>	2	[90D]
<i>sulindac</i>	2	[90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>ANTIBACTERIALS</b>		
<b>Aminoglycosides</b>		
<i>amikacin inj</i>	2	[90D]
<i>gentamicin cream 0.1% &amp; oint 0.1%</i>	2	[90D]
<i>gentamicin inj 40mg/mL</i>	2	[90D]
<i>gentamicin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	[90D]
<i>neomycin sulfate oral</i>	2	[90D]
<i>paromomycin</i>	3	[90D]
<i>streptomycin inj</i>	2	[90D]
TOBRADEX OINT	3	[90D]
<i>tobramycin ophthalmic solution</i>	2	[90D]
<i>tobramycin &amp; dexamethasone ophthalmic suspension</i>	2	[90D]
<i>tobramycin sulfate inj</i>	2	[90D]
<b>Antibacterials, Other</b>		
<i>bacitracin ophthalmic ointment</i>	2	[90D]
<i>bacitracin &amp; polymyxin b ointment</i>	2	[90D]
CLEOCIN VAGINAL SUPP	3	[90D]
<i>clindamycin oral</i>	2	[90D]
<i>clindamycin phosphate inj</i>	2	[90D]
<i>clindamycin topical gel, lotion, soln &amp; swab</i>	2	[90D]
<i>clindamycin vaginal cream</i>	2	[90D]
<i>colistimethate inj</i>	2	[90D]
CORTISPORIN CREAM & OINT	3	[90D]
<i>daptomycin inj</i>	5	
<i>linezolid inj</i>	5	
<i>linezolid oral susp</i>	5	
<i>linezolid tabs</i>	4	[90D]
<i>methenamine hippurate</i>	2	[90D]

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

[90D] = Suministro para 90 Días [LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 69.



Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>metronidazole inj</i>	2	[90D]
<i>metronidazole oral</i>	2	[90D]
<i>metronidazole topical</i>	3	[90D]
<i>metronidazole vaginal</i>	2	[90D]
<i>mupirocin cream</i>	4	[90D]
<i>mupirocin ointment</i>	2	[90D]
<i>neomycin &amp; bacitracin &amp; polymyxin b ophthalmic</i>	2	[90D]
<i>neomycin &amp; polymyxin &amp; gramicidin ophthalmic</i>	2	[90D]
<i>nitrofurantoin caps</i>	2	[90D]
<i>polymyxin b sulfate &amp; trimethoprim sulfate ophthalmic soln</i>	2	[90D]
<i>silver sulfadiazine</i>	2	[90D]
SIVEXTRO	5	
<i>ssd</i>	2	[90D]
TIGECYCLINE INJ	5	
<i>trimethoprim</i>	2	[90D]
TYGACIL INJ	5	
<i>vancomycin caps 125mg</i>	4	[90D]
<i>vancomycin caps 250mg</i>	5	
<i>vancomycin inj</i>	3	[90D]
<i>vancomycin oral soln</i>	4	[90D]
<i>vandazole</i>	2	[90D]
XIFAXAN TABS 200MG	3	[PA] [90D]
XIFAXAN TABS 550MG	5	[PA]
<b>Beta-lactam, Cephalosporins</b>		
<i>cefaclor</i>	2	[90D]
<i>cefaclor er</i>	2	[90D]
<i>cefadroxil caps &amp; tabs</i>	2	[90D]
<i>cefazolin inj</i>	2	[90D]
<i>cefdinir</i>	2	[90D]
<i>cefepime inj</i>	2	[90D]
<i>cefixime caps</i>	4	[90D]
<i>cefixime susp</i>	4	[90D]
<i>cefoxitin sodium</i>	2	[90D]
<i>cefpodoxime tabs</i>	2	[90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>cefprozil</i>	2	[90D]
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm &amp; 6gm</i>	2	[90D]
<i>ceftriaxone inj</i>	2	[90D]
<i>cefuroxime oral</i>	2	[90D]
<i>cefuroxime inj</i>	2	[90D]
<i>cephalexin caps &amp; tabs 250mg &amp; 500mg</i>	1	[90D]
<i>cephalexin oral susp</i>	1	[90D]
SUPRAX CHEWABLE TABS & ORAL SUSP 500MG/5ML	4	[90D]
<i>tazicef inj</i>	2	[90D]
TEFLARO INJ	5	
ZERBAXA INJ	5	
<b>Beta-lactam, Other</b>		
<i>aztreonam inj 1gm</i>	4	[90D]
<i>cilastatin/imipenem inj</i>	2	[90D]
<i>ertapenem inj</i>	4	[90D]
<i>meropenem inj</i>	4	[90D]
<b>Beta-lactam, Penicillins</b>		
<i>amoxicillin</i>	1	[90D]
<i>amoxicillin &amp; clavulanate potassium</i>	2	[90D]
<i>amoxicillin &amp; clavulanate potassium er</i>	2	[90D]
<i>ampicillin &amp; sulbactam inj 10-5gm, 2-1gm, &amp; 1-0.5gm</i>	2	[90D]
<i>ampicillin inj</i>	2	[90D]
<i>ampicillin oral</i>	2	[90D]
BICILLIN L-A INJ	3	[90D]
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	[90D]
<i>nafcillin sodium inj 1gm &amp; 10gm</i>	4	[90D]
<i>nafcillin sodium inj 2gm</i>	2	[90D]
<i>penicillin g inj 2 million units, 5 million units</i>	2	[90D]
<i>penicillin v potassium</i>	2	[90D]
<i>piperacillin/tazobactam inj</i>	3	[90D]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit [ST] = Step Therapy [90D] = 90-Day Supply  
[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 34.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ZOSYN GALAXY INJ 2GM/0.25GM & 3GM/0.375GM	4	[90D]
<b>Macrolides</b>		
AZASITE	3	[90D]
azithromycin tabs & oral susp	2	[90D]
azithromycin inj	2	[90D]
clarithromycin	2	[90D]
clarithromycin er	2	[90D]
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INJ	4	[90D]
erythrocin stearate	3	[90D]
erythromycin caps & tabs	3	[90D]
erythromycin dr	3	[90D]
erythromycin ophthalmic oint	2	[90D]
erythromycin topical gel & soln	2	[90D]
<b>Quinolones</b>		
CIPRO HC	3	[90D]
CIPRODEX	3	[90D]
ciprofloxacin inj	2	[90D]
ciprofloxacin ophthalmic soln 0.3%	2	[90D]
ciprofloxacin tabs immediate-release 250mg, 500mg, 750mg	1	[90D]
levofloxacin inj	2	[90D]
levofloxacin oral soln	2	[90D]
levofloxacin tabs	1	[90D]
moxifloxacin oral	2	[90D]
moxifloxacin hcl ophthalmic	2	[90D]
ofloxacin oral	2	[90D]
ofloxacin ophthalmic	2	[90D]
ofloxacin otic	2	[90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>Sulfonamides</b>		
sulfacetamide sodium ophthalmic oint & soln 10%	2	[90D]
sulfacetamide sodium topical lotion 10%	2	[90D]
sulfacetamide sodium & prednisolone sodium phosphate ophthalmic	2	[90D]
sulfadiazine	4	[90D]
sulfamethoxazole & trimethoprim tabs	1	[90D]
sulfamethoxazole & trimethoprim ds tabs	1	[90D]
sulfamethoxazole & trimethoprim oral susp	2	[90D]
<b>Tetracyclines</b>		
demeclocycline	4	[90D]
doxy 100 inj	2	[90D]
doxycycline immediate- release tabs, caps & oral susp	2	[90D]
minocycline ir	2	[90D]
mondoxylene nl	2	[90D]
tetracycline	3	[90D]
<b>ANTICONVULSANTS</b>		
<b>Anticonvulsants, Other</b>		
BRIVIACT ORAL SOLN	4	[90D]
BRIVIACT TABS	5	
EPIDIOLEX	5	[PA] [LD]
FYCOMPA	4	[90D]
levetiracetam er	2	[90D]
levetiracetam oral	2	[90D]
NAYZILAM	4	[90D]
roweepra	2	[90D]
roweepra xr	2	[90D]
SPRITAM	4	[90D]

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

[90D] = Suministro para 90 Días [LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 69.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>Calcium Channel Modifying Agents</b>		
CELONTIN	4	[90D]
<i>ethosuximide</i>	2	[90D]
<i>pregabalin</i>	3	[90D]
<i>zonisamide</i>	2	[90D]
<b>Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Augmenting Agents</b>		
<i>clobazam</i>	4	[90D]
<i>clonazepam</i>	2	[90D]
<i>clonazepam odt</i>	2	[90D]
DIASTAT	3	[90D]
<i>divalproex sodium</i>	2	[90D]
<i>divalproex sodium dr</i>	2	[90D]
<i>divalproex sodium er</i>	2	[90D]
<i>gabapentin caps, tabs, &amp; oral soln</i>	2	[90D]
<i>phenobarbital elixir</i>	2	[PA] [90D]
<i>phenobarbital tabs</i>	2	[PA] [90D]
<i>primidone</i>	2	[90D]
SYMPAZAN 5MG	4	[90D]
SYMPAZAN 10MG & 20MG	5	
<i>tiagabine tabs</i>	4	[90D]
<i>valproic acid oral caps &amp; soln</i>	2	[90D]
<i>vigabatrin powder for oral soln &amp; tabs</i>	5	[LD]
<i>vigadrone powder for oral soln</i>	5	[LD]
<b>Glutamate Reducing Agents</b>		
<i>felbamate tabs 400mg</i>	2	[90D]
<i>felbamate tabs 600mg</i>	4	[90D]
<i>felbamate oral susp 600mg/5ml</i>	5	
<i>topiramate immediate-release</i>	2	[90D]
<b>Sodium Channel Agents</b>		
APTIOM	4	[90D]
BANZEL	4	[90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>carbamazepine tabs, chewable tabs &amp; oral susp</i>	2	[90D]
<i>carbamazepine er tabs &amp; caps</i>	3	[90D]
DILANTIN CAPS 100MG	2	[90D]
DILANTIN CAPS 30MG	3	[90D]
DILANTIN INFATABS	3	[90D]
DILANTIN SUSP	3	[90D]
<i>epitol</i>	2	[90D]
<i>oxcarbazepine tabs</i>	2	[90D]
<i>oxcarbazepine susp</i>	4	[90D]
PEGANONE	4	[90D]
<i>phenytek</i>	2	[90D]
<i>phenytoin chewable tabs</i>	2	[90D]
<i>phenytoin er</i>	2	[90D]
<i>phenytoin oral susp</i>	2	[90D]
TEGRETOL	3	[90D]
TEGRETOL XR	3	[90D]
TRILEPTAL	4	[90D]
VIMPAT ORAL	4	[90D]
<b>ANTIDEMENTIA AGENTS</b>		
<b>Antidementia Agents, Other</b>		
<i>ergoloid mesylates</i>	3	[PA] [90D]
<b>Cholinesterase Inhibitors</b>		
<i>donepezil tabs 5mg &amp; 10mg</i>	2	[90D]
<i>donepezil odt</i>	2	[90D]
<i>galantamine</i>	2	[QL] [90D]
<i>galantamine er</i>	2	[QL] [90D]
<i>galantamine oral soln</i>	4	[QL] [90D]
<i>rivastigmine caps</i>	3	[QL] [90D]
<i>rivastigmine patches</i>	4	[QL] [90D]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit [ST] = Step Therapy [90D] = 90-Day Supply  
[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 34.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonists</b>		
<i>memantine hcl immediate release</i>	2	[90D]
<i>memantine hcl soln</i>	2	[90D]
<b>ANTIDEPRESSANTS</b>		
<b>Antidepressants, Other</b>		
<i>bupropion</i>	2	[90D]
<i>bupropion sr</i>	2	[90D]
<i>bupropion xl 150mg, 300mg</i>	2	[90D]
<i>bupropion xl 450mg</i>	3	[90D]
FORFIVO XL	3	[90D]
<i>maprotiline</i>	2	[90D]
<i>mirtazapine</i>	1	[90D]
<i>mirtazapine odt</i>	1	[90D]
<i>nefazodone</i>	2	[90D]
<i>trazodone</i>	1	[90D]
TRINTELLIX	4	[ST] [90D]
<b>Monoamine Oxidase Inhibitors</b>		
EMSAM	5	
MARPLAN	4	[90D]
<i>phenelzine</i>	2	[90D]
<i>tranylcypromine</i>	4	[90D]
<b>SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin &amp; Norepinephrine Reuptake Inhibitors)</b>		
<i>citalopram tabs</i>	1	[90D]
<i>citalopram oral soln</i>	2	[90D]
DESVENLAFAXINE ER	4	[ST] [90D]
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	3	[ST] [90D]
DRIZALMA SPRINKLE	4	[90D]
<i>escitalopram</i>	2	[90D]
FETZIMA	4	[ST] [90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
FETZIMA TITRATION PACK	4	[ST] [90D]
<i>fluoxetine hcl caps 10mg, 20mg &amp; 40mg</i>	2	[90D]
<i>fluoxetine hcl tabs 10mg &amp; 20mg</i>	2	[90D]
<i>fluoxetine hcl oral soln</i>	2	[90D]
<i>fluvoxamine</i>	2	[90D]
<i>fluvoxamine er</i>	4	[90D]
<i>paroxetine hcl immediate-release</i>	1	[90D]
<i>paroxetine hcl er</i>	2	[90D]
PAXIL 10MG/5ML SUSP	4	[90D]
<i>sertraline tabs</i>	1	[90D]
<i>sertraline oral soln</i>	2	[90D]
<i>venlafaxine ir tabs</i>	2	[90D]
<i>venlafaxine er caps &amp; tabs</i>	2	[90D]
VIIBRYD	4	[ST] [90D]
VIIBRYD STARTER PACK	4	[ST] [90D]
<b>Tricyclics</b>		
<i>amitriptyline</i>	2	[PA] [90D]
<i>amoxapine</i>	2	[90D]
<i>clomipramine</i>	4	[PA] [90D]
<i>desipramine</i>	2	[90D]
<i>doxepin caps</i>	2	[90D]
<i>doxepin oral soln</i>	2	[90D]
<i>imipramine hcl tabs</i>	2	[PA] [90D]
<i>nortriptyline oral</i>	2	[90D]
<i>perphenazine &amp; amitriptyline</i>	2	[PA] [90D]
<i>protriptyline</i>	2	[90D]
<i>trimipramine maleate</i>	2	[PA] [90D]
<b>ANTIEMETICS</b>		
<b>Antiemetics, Other</b>		
<i>compro</i>	2	[90D]
<i>meclizine</i>	2	[90D]
<i>phenadoz</i>	3	[PA] [90D]
<i>prochlorperazine oral</i>	2	[90D]

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

[90D] = Suministro para 90 Días [LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 69.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>prochlorperazine suppositories</i>	2	[90D]
<i>promethazine suppositories</i>	3	[PA] [90D]
<i>promethazine syrup</i>	2	[PA] [90D]
<i>promethazine tabs 12.5mg, 25mg &amp; 50mg</i>	2	[PA] [90D]
<i>promethegan</i>	3	[PA] [90D]
<i>scopolamine patch</i>	3	[90D]
<b>Emetogenic Therapy Adjuncts</b>		
<i>aprepitant caps 80mg &amp; 125mg</i>	4	[PA] [90D]
<i>aprepitant pack</i>	4	[PA] [90D]
<i>dronabinol</i>	4	[PA] [90D]
<i>granisetron oral</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
<i>ondansetron odt</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
<i>ondansetron oral soln</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
<i>ondansetron tabs</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
<b>ANTIFUNGALS</b>		
<b>Antifungals</b>		
ABELCET INJ	5	[PA] [B vs D]
AMBISOME INJ	5	[PA] [B vs D]
<i>amphotericin b inj</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
<i>caspofungin inj</i>	5	[PA]
<i>ciclopirox 8% nail soln</i>	2	[90D]
<i>ciclopirox cream, gel, shampoo &amp; susp</i>	2	[90D]
<i>clotrimazole 1% cream</i>	2	[90D]
<i>clotrimazole 1% topical soln</i>	2	[90D]
<i>clotrimazole troche</i>	2	[90D]
CRESEMBA ORAL	5	[PA]
<i>econazole nitrate</i>	4	[90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>fluconazole in sodium chloride inj</i>	2	[90D]
<i>fluconazole oral</i>	2	[90D]
<i>flucytosine</i>	5	
<i>griseofulvin microsize</i>	2	[90D]
<i>itraconazole</i>	4	[90D]
<i>ketoconazole tabs, cream, shampoo</i>	2	[90D]
NATACYN	4	[90D]
NOXAFIL ORAL	5	[PA]
<i>nyamyc</i>	2	[90D]
<i>nystatin</i>	2	[90D]
<i>nystatin &amp; triamcinolone</i>	3	[90D]
<i>nystop</i>	2	[90D]
ORAVIG	4	[90D]
<i>posaconazole dr tabs</i>	5	[PA]
<i>terbinafine</i>	2	[90D]
<i>terconazole</i>	2	[90D]
<i>voriconazole inj</i>	4	[90D]
<i>voriconazole oral</i>	5	
<b>ANTIGOUT AGENTS</b>		
<b>Antigout Agents</b>		
<i>allopurinol tab</i>	1	[90D]
COLCHICINE	4	[QL] [90D]
COLCRYS	4	[QL] [90D]
<i>febuxostat</i>	3	[ST] [90D]
<i>probenecid</i>	2	[90D]
<i>probenecid &amp; colchicine</i>	2	[90D]
<b>ANTIMIGRAINE AGENTS</b>		
<b>Ergot Alkaloids</b>		
<i>caffeine-ergotamine</i>	3	[90D]
<i>dihydroergotamine mesylate nasal</i>	4	[QL] [90D]
<i>migergot suppository</i>	4	[90D]
<b>Serotonin (5-HT) 1b/1d Receptor Agonists</b>		
<i>naratriptan</i>	2	[QL] [90D]
<i>rizatriptan</i>	2	[90D]
<i>rizatriptan odt</i>	2	[90D]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit [ST] = Step Therapy [90D] = 90-Day Supply [LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 34.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>sumatriptan nasal</i>	4	[90D]
<i>sumatriptan succinate inj</i>	4	[90D]
<i>sumatriptan succinate tabs</i>	2	[90D]
<i>zolmitriptan tabs</i>	3	[90D]
<i>zolmitriptan odt</i>	3	[90D]
ZOMIG NASAL	4	[QL] [90D]
<b>ANTIMYASTHENIC AGENTS</b>		
<b>Parasympathomimetics</b>		
<i>guanidine</i>	2	[90D]
<i>pyridostigmine soln</i>	4	[90D]
<i>pyridostigmine tabs 60mg</i>	3	[90D]
<i>pyridostigmine er tabs</i>	4	[90D]
<b>ANTIMYCOBACTERIALS</b>		
<b>Antimycobacterials, Other</b>		
<i>dapsone tabs</i>	3	[90D]
<i>rifabutin</i>	4	[90D]
<b>Antituberculars</b>		
<i>ethambutol</i>	2	[90D]
<i>isoniazid oral</i>	2	[90D]
PASER	4	[90D]
PRIFTIN	4	[90D]
<i>pyrazinamide</i>	2	[90D]
<i>rifampin oral</i>	2	[90D]
<i>rifampin inj</i>	2	[90D]
RIFATER	4	[90D]
SIRTURO	5	
TRECTOR	4	[90D]
<b>ANTINEOPLASTICS</b>		
<b>Alkylating Agents</b>		
<i>cyclophosphamide caps</i>	4	[PA] [B vs D] [90D]
GLEOSTINE	4	[90D]
LEUKERAN	3	[90D]
MATULANE	5	
VALCHLOR	5	[PA]
<b>Antiandrogens</b>		
<i>abiraterone acetate</i>	5	[PA]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>bicalutamide</i>	2	[90D]
ERLEADA	5	[PA]
<i>flutamide</i>	2	[90D]
NUBEQA	5	[PA] [LD]
<i>nilutamide</i>	5	
XTANDI	5	[PA]
YONSA	5	[PA]
ZYTIGA 500MG TABS	5	[PA]
<b>Antiangiogenic Agents</b>		
POMALYST	5	[PA] [LD]
REVLIMID	5	[PA] [LD]
THALOMID	5	[PA]
<b>Antiestrogens/Modifiers</b>		
EMCYT	3	[90D]
SOLTAMOX	3	[90D]
<i>tamoxifen</i>	2	[90D]
<i>toremifene citrate</i>	5	
<b>Antimetabolites</b>		
<i>hydroxyurea</i>	2	[90D]
LONSURF	5	[PA]
<i>mercaptopurine</i>	2	[90D]
PURIXAN	5	
TABLOID	4	[PA] [90D]
<b>Antineoplastics, Other</b>		
BRAFTOVI	5	[PA] [LD]
COPIKTRA	5	[PA] [LD]
DAURISMO	5	[PA]
IBRANCE	5	[PA]
INREBIC	5	[PA] [LD]
KISQALI	5	[PA]
KISQALI FEMARA CO-PACK	5	[PA]
<i>leucovorin oral</i>	2	[90D]
LORBRENA	5	[PA]
LYNPARZA	5	[PA]
MEKTOVI	5	[PA] [LD]
MESNEX TABS	5	

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

[90D] = Suministro para 90 Días [LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 69.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
NERLYNX	5	[PA] [LD]
NINLARO	5	[PA]
PIQRAY	5	[PA]
ROZLYTREK	5	[PA]
RUBRACA	5	[PA] [LD]
RYDAPT	5	[PA]
SYLATRON INJ	5	[PA]
SYNRIBO INJ	5	[PA]
TALZENNA	5	[PA]
VENCLEXTA TABS 10MG & 50MG	3	[PA] [90D]
VENCLEXTA TABS 100MG	5	[PA]
VENCLEXTA STARTING PACK	5	[PA]
VERZENIO	5	[PA] [LD]
VITRAKVI	5	[PA] [LD]
XPOVIO	5	[PA] [LD]
ZEJULA	5	[PA] [LD]
ZYKADIA TABS	5	[PA]
<b>Aromatase Inhibitors, 3rd Generation</b>		
<i>anastrozole</i>	2	[90D]
<i>exemestane</i>	3	[90D]
<i>letrozole</i>	2	[90D]
<b>Enzyme Inhibitors</b>		
BALVERSA	5	[PA]
FARYDAK	5	[PA]
ZOLINZA	5	[PA]
ZYDELIG	5	[PA]
<b>Molecular Target Inhibitors</b>		
AFINITOR	5	[PA]
AFINITOR DISPERZ	5	[PA]
ALECENSA	5	[PA]
ALUNBRIG	5	[PA]
ALUNBRIG INITIATION PACK	5	[PA]
BOSULIF TABS	5	[PA]
BRUKINSA	5	[PA] [LD]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
CABOMETYX	5	[PA]
CALQUENCE	5	[PA] [LD]
CAPRELSA	5	[PA]
COMETRIQ	5	[PA]
COTELLIC	5	[PA]
ERIVEDGE	5	[PA]
<i>everolimus</i>	5	[PA]
GILOTRIF	5	[PA]
ICLUSIG	5	[PA]
IDHIFA	5	[PA] [LD]
<i>imatinib</i>	5	[PA]
IMBRUVICA	5	[PA]
INLYTA	5	[PA]
IRESSA	5	[PA]
JAKAFI	5	[PA]
LENVIMA	5	[PA]
MEKINIST	5	[PA]
NEXAVAR	5	[PA] [LD]
ODOMZO	5	[PA]
SPRYCEL	5	[PA]
STIVARGA	5	[PA]
SUTENT	5	[PA]
TAFINLAR	5	[PA]
TAGRISSO	5	[PA]
<i>erlotinib</i>	5	[PA]
TASIGNA	5	[PA]
TIBSOVO	5	[PA]
TYKERB	5	[PA]
VIZIMPRO	5	[PA]
VOTRIENT	5	[PA]
XALKORI	5	[PA]
XOSPATA	5	[PA] [LD]
ZELBORAF	5	[PA]
<b>Retinoids</b>		
<i>bexarotene</i>	5	[PA]
PANRETIN	5	
TARGRETIN GEL	5	[PA]
<i>tretinoin caps</i>	5	

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit [ST] = Step Therapy [90D] = 90-Day Supply  
[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 34.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>ANTIPARASITICS</b>		
<b>Anthelmintics</b>		
<i>albendazole</i>	4	[90D]
<i>ivermectin</i>	2	[90D]
<b>Antiprotozoals</b>		
ALINIA SUSP	4	[90D]
ALINIA TABS	5	
<i>atovaquone</i>	5	
<i>atovaquone/proguanil</i>	2	[90D]
<i>chloroquine</i>	2	[90D]
COARTEM	3	[90D]
DARAPRIM	5	[PA]
<i>hydroxychloroquine</i>	2	[90D]
<i>mefloquine</i>	2	[90D]
NEBUPENT NEBULIZER	4	[PA] [B vs D] [90D]
PENTAM INJ	4	[90D]
<i>pentamidine inhalation soln</i>	3	[PA] [B vs D] [90D]
<i>pentamidine inj</i>	4	[90D]
PRIMAQUINE	3	[90D]
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	3	[PA] [90D]
<b>Pediculicides/Scabicides</b>		
EURAX	3	[90D]
<i>malathion</i>	4	[90D]
<i>permethrin cream</i>	2	[90D]
<b>ANTIPARKINSON AGENTS</b>		
<b>Anticholinergics</b>		
<i>benztropine tabs</i>	2	[PA] [90D]
<i>trihexyphenidyl tabs</i>	2	[PA] [90D]
<i>trihexyphenidyl elixir</i>	2	[PA] [90D]
<b>Antiparkinson Agents, Other</b>		
<i>amantadine</i>	2	[90D]
<i>entacapone</i>	4	[90D]
<b>Dopamine Agonists</b>		
APOKYN INJ	5	[PA]
<i>bromocriptine</i>	2	[90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
NEUPRO PATCH	4	[QL] [90D]
<i>pramipexole ir</i>	2	[90D]
<i>ropinirole ir</i>	2	[90D]
<b>Dopamine Precursors/L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors</b>		
<i>carbidopa</i>	4	[90D]
<i>carbidopa &amp; levodopa</i>	2	[90D]
<i>carbidopa &amp; levodopa er</i>	2	[90D]
<i>carbidopa &amp; levodopa odt</i>	2	[90D]
<i>carbidopa &amp; levodopa &amp; entacapone</i>	4	[90D]
<b>Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors</b>		
<i>rasagiline</i>	4	[90D]
<i>selegiline</i>	2	[90D]
<b>ANTIPSYCHOTICS</b>		
<b>1<sup>st</sup> Generation/Typical</b>		
<i>chlorpromazine oral</i>	4	[90D]
<i>fluphenazine oral</i>	2	[90D]
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	2	[90D]
<i>fluphenazine inj</i>	2	[90D]
<i>haloperidol oral</i>	2	[90D]
<i>haloperidol decanoate inj</i>	2	[90D]
<i>haloperidol lactate inj</i>	2	[90D]
<i>loxapine</i>	2	[90D]
<i>molindone</i>	2	[90D]
<i>perphenazine</i>	2	[90D]
<i>pimozide</i>	2	[90D]
<i>thioridazine</i>	2	[PA] [90D]
<i>thiothixene</i>	2	[90D]
<i>trifluoperazine</i>	2	[90D]
<b>2<sup>nd</sup> Generation/Atypical</b>		
ABILIFY MAINTENA	5	
<i>aripiprazole odt</i>	5	[ST]
<i>aripiprazole soln 1mg/ml</i>	3	[ST] [90D]
<i>aripiprazole tabs</i>	3	[ST] [90D]
ARISTADA INJ	5	
ARISTADA INITIO INJ	4	[90D]

[PA] = Autorización Previa [B vs D] = B versus D [QL] = Límite de Cantidad [ST] = Tratamiento Escalonado  
[90D] = Suministro para 90 Días [LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 69.



Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
FANAPT	4	[ST] [90D]
FANAPT TITRATION PACK	4	[ST] [90D]
GEODON INJ	3	[90D]
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG	4	[90D]
INVEGA SUSTENNA INJ 78MG, 117MG, 156MG, & 234MG	5	
INVEGA TRINZA INJ	5	
LATUDA	5	[ST]
NUPLAZID	5	[PA]
<i>olanzapine tabs</i>	2	[90D]
<i>olanzapine odt</i>	2	[90D]
<i>olanzapine inj 10mg</i>	2	[90D]
<i>paliperidone er 1.5mg, 3mg &amp; 6mg tabs</i>	4	[ST] [90D]
<i>paliperidone er 9mg tabs</i>	5	[ST]
PERSERIS	5	
<i>quetiapine</i>	2	[90D]
<i>quetiapine er tabs</i>	3	[ST] [90D]
REXULTI	5	[ST]
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG & 25MG	4	[90D]
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG & 50MG	5	
<i>risperidone</i>	2	[90D]
<i>risperidone odt</i>	2	[90D]
SAPHRIS	5	[ST]
SEROQUEL XR	4	[ST] [90D]
VRAYLAR CAPSULES	5	[ST]
VRAYLAR DOSE PACK	4	[ST] [90D]
<i>ziprasidone oral</i>	2	[90D]
ZYPREXA RELPREVV 210MG INJ	4	[90D]
<b>Treatment-Resistant</b>		
<i>clozapine</i>	2	[90D]
<i>clozapine odt</i>	4	[90D]
VERSACLOZ	5	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>ANTISPASTICITY AGENTS</b>		
<b>Antispasticity Agents</b>		
<i>baclofen</i>	2	[90D]
<i>tizanidine caps</i>	3	[90D]
<i>tizanidine tabs</i>	2	[90D]
<b>ANTIVIRALS</b>		
<b>Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents</b>		
<i>valganciclovir tabs</i>	5	
ZIRGAN	4	[90D]
<b>Anti-hepatitis B (HBV) Agents</b>		
<i>adefovir dipivoxil</i>	5	
BARACLUDGE ORAL SOLN 0.05MG/ML	4	[90D]
<i>entecavir tabs</i>	4	[90D]
EPIVIR HBV SOLN 5MG/ML	4	[90D]
INTRON-A INJ	4	[90D]
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	2	[90D]
<b>Anti-hepatitis C (HCV) Agents, Direct Acting Agents</b>		
EPCLUSA	5	[PA]
HARVONI	5	[PA]
LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR	5	[PA]
SOFOSBUVIR/VELPATASVIR	5	[PA]
<b>Anti-hepatitis C (HCV) Agents, Other</b>		
PEGASYS INJ	5	
PEGASYS PROCLICK INJ	5	
<i>ribavirin</i>	3	[90D]
<b>Antitherpetic Agents</b>		
<i>acyclovir caps &amp; tabs</i>	2	[90D]
<i>acyclovir cream &amp; oint 5%</i>	4	[QL] [90D]
<i>acyclovir inj</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
<i>acyclovir oral susp</i>	4	[90D]
DENAVIR	3	[90D]
<i>famciclovir</i>	2	[90D]
<i>trifluridine</i>	2	[90D]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit [ST] = Step Therapy [90D] = 90-Day Supply [LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 34.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>valacyclovir</i>	2	[90D]
<b>Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)</b>		
BIKTARVY	5	
DELSTRIGO	5	
DOVATO	5	
GENVOYA	5	
ISENTRESS CHEW TABS	3	[90D]
ISENTRESS ORAL POWDER	3	[90D]
ISENTRESS TABS	3	[90D]
ISENTRESS HD TABS	3	[90D]
JULUCA	5	
STRIBILD	5	
TIVICAY 10MG & 25MG TABS	4	[90D]
TIVICAY 50MG TAB	5	
<b>Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)</b>		
ATRIPLA	5	
COMPLERA	5	
EDURANT	5	
<i>efavirenz caps</i>	4	[90D]
<i>efavirenz tab</i>	5	
INTELENCE 25MG TAB	4	[90D]
INTELENCE 100MG & 200MG TABS	5	
<i>nevirapine er</i>	2	[90D]
<i>nevirapine susp &amp; tabs</i>	2	[90D]
ODEFSEY	5	
PIFELTRO	5	
RESCRIPTOR	3	[90D]
SYMFI	5	
SYMFI LO	5	
<b>Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)</b>		
<i>abacavir soln</i>	4	[90D]
<i>abacavir tabs</i>	2	[90D]
<i>abacavir &amp; lamivudine</i>	5	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>abacavir &amp; lamivudine &amp; zidovudine</i>	5	
CIMDUO	5	
DESCOVY	5	
<i>didanosine</i>	2	[90D]
EMTRIVA	4	[90D]
<i>lamivudine tabs 150mg &amp; 300mg</i>	2	[90D]
<i>lamivudine soln</i>	2	[90D]
<i>lamivudine &amp; zidovudine</i>	2	[90D]
<i>stavudine caps</i>	2	[90D]
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300mg tabs</i>	4	[90D]
TRIUMEQ	5	
TRUVADA	5	
VIDEX EC 125MG	3	[90D]
VIDEX PEDIATRIC SOLN	4	[90D]
VIREAD 150MG, 200MG, 250MG TABS	5	
VIREAD POWDER	4	[90D]
<i>zidovudine</i>	2	[90D]
<b>Anti-HIV Agents, Other</b>		
FUZEON INJ	3	[90D]
SELZENTRY SOLN	4	[90D]
SELZENTRY 25MG & 75MG	4	[90D]
SELZENTRY 150MG & 300MG	5	
TYBOST	3	[90D]
<b>Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors</b>		
APTIVUS	5	
<i>atazanavir sulfate caps 150mg &amp; 200mg</i>	4	[90D]
<i>atazanavir sulfate caps 300mg</i>	5	
CRIXIVAN	3	[90D]
EVOTAZ	5	
<i>fosamprenavir tabs</i>	5	

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

[90D] = Suministro para 90 Días [LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 69.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
INVIRASE	4	[90D]
KALETRA TABS 100-25MG	4	[90D]
KALETRA TABS 200-50MG	5	
LEXIVA ORAL SUSP	4	[90D]
<i>lopinavir &amp; ritonavir soln</i>	4	[90D]
NORVIR PACK & SOLN	3	[90D]
PREZCOBIX	5	
PREZISTA SUSP 100MG/ML	4	[90D]
PREZISTA TABS 75MG & 150MG	4	[90D]
PREZISTA TABS 600MG & 800MG	5	
REYATAZ ORAL POWDER	5	
<i>ritonavir tabs</i>	3	[90D]
SYMTUZA	5	
VIRACEPT	5	
<b>Anti-influenza Agents</b>		
<i>oseltamivir caps</i>	2	[90D]
<i>oseltamivir susp</i>	3	[90D]
RELENZA DISKHALER	3	[90D]
<i>rimantadine</i>	2	[90D]
XOFLUZA	4	[90D]
<b>ANXIOLYTICS</b>		
<b>Anxiolytics, Other</b>		
<i>bupirone</i>	2	[90D]
<i>meprobamate</i>	4	[PA] [90D]
<b>Benzodiazepines</b>		
<i>alprazolam tabs</i>	2	[90D]
<i>alprazolam er tabs</i>	2	[90D]
<i>alprazolam intensol</i>	2	[90D]
<i>clorazepate</i>	2	[PA] [90D]
<i>diazepam tabs &amp; soln</i>	2	[PA] [90D]
<i>diazepam intensol</i>	2	[PA] [90D]
<i>lorazepam tabs</i>	2	[90D]
<i>lorazepam oral soln</i>	2	[90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>oxazepam</i>	3	[PA] [90D]
<b>BIPOlar AGENTS</b>		
<b>Mood Stabilizers</b>		
<i>lithium carbonate</i>	2	[90D]
<i>lithium carbonate er</i>	2	[90D]
<i>lithium citrate</i>	2	[90D]
<i>lamotrigine immediate-release tabs</i>	2	[90D]
<i>lamotrigine starter kit</i>	4	[90D]
<b>BLOOD GLUCOSE REGULATORS</b>		
<b>Antidiabetic Agents</b>		
<i>acarbose</i>	2	[90D]
BYDUREON BCISE INJ	3	[PA] [90D]
BYDUREON INJ	3	[PA] [90D]
BYETTA INJ	3	[PA] [90D]
CYCLOSET	3	[90D]
FARXIGA	3	[ST] [90D]
<i>glimepiride</i>	1	[90D]
<i>glimepiride &amp; pioglitazone</i>	2	[QL] [90D]
<i>glipizide</i>	1	[90D]
<i>glipizide &amp; metformin tabs</i>	1	[90D]
<i>glipizide er</i>	1	[90D]
INVOKAMET	3	[ST] [90D]
INVOKAMET XR	3	[ST] [90D]
INVOKANA	3	[ST] [90D]
JANUMET	3	[90D]
JANUMET XR	3	[90D]
JANUVIA	3	[90D]
KOMBIGLYZE XR	3	[90D]
<i>metformin</i>	1	[90D]
<i>metformin er uncoated tabs 500mg &amp; 750mg</i>	1	[90D]
<i>nateglinide</i>	2	[90D]
ONGLYZA	3	[90D]
OZEMPIC	3	[PA] [90D]
<i>pioglitazone</i>	1	[90D]
<i>pioglitazone &amp; metformin</i>	2	[90D]
<i>repaglinide</i>	2	[90D]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit [ST] = Step Therapy [90D] = 90-Day Supply [LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 34.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
SYMLIN PEN INJ	5	[PA]
TRULICITY INJ	4	[PA] [90D]
VICTOZA INJ	3	[PA] [90D]
XIGDUO XR	3	[ST] [90D]
<b>Glycemic Agents</b>		
BAQSIMI	3	[90D]
GLUCAGEN HYPOKIT	3	[90D]
GLUCAGON EMERGENCY KIT INJ	3	[90D]
PROGLYCEM	4	[90D]
<b>Insulins</b>		
HUMALOG CARTRIDGE INJ	3	[90D]
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ	3	[90D]
HUMALOG KWIKPEN INJ	3	[90D]
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ	3	[90D]
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ	3	[90D]
HUMALOG MIX 50/50 VIAL INJ	3	[90D]
HUMALOG MIX 75/25 VIAL INJ	3	[90D]
HUMALOG VIAL INJ	3	[90D]
HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ	3	[90D]
HUMULIN 70/30 VIAL INJ	3	[90D]
HUMULIN N KWIKPEN INJ	3	[90D]
HUMULIN N VIAL INJ	3	[90D]
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) KWIKPEN INJ	3	[90D]
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) VIAL INJ	3	[90D]
HUMULIN R VIAL INJ	3	[90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
LANTUS SOLOSTAR PEN INJ	3	[90D]
LANTUS VIAL INJ	3	[90D]
TOUJEO SOLOSTAR	3	[90D]
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	[90D]
<b>BLOOD PRODUCTS/ MODIFIERS/ VOLUME EXPANDERS</b>		
<b>Anticoagulants</b>		
COUMADIN ORAL	3	[90D]
ELIQUIS	3	[90D]
ELIQUIS STARTER PACK	3	[90D]
<i>enoxaparin inj syringe 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml 100mg/ml, 120mg/0.8ml, &amp; 150mg/ml</i>	4	[90D]
<i>fondaparinux inj 2.5mg/0.5ml &amp; 5mg/0.4ml</i>	4	[90D]
<i>fondaparinux inj 7.5mg/0.6ml &amp; 10mg/0.8ml</i>	5	
<i>heparin inj vials 1000u/ml, 5000u/ml, 10000u/ml &amp; 20000u/ml</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
<i>jantoven</i>	1	[90D]
PRADAXA	4	[90D]
<i>warfarin</i>	1	[90D]
XARELTO	3	[90D]
XARELTO STARTER PACK	3	[90D]
<b>Blood Formation Modifiers</b>		
<i>anagrelide</i>	2	[90D]
LEUKINE INJ	5	[PA]
NEUPOGEN INJ	5	[PA]
NIVESTYM	5	[PA]
PROCRIT INJ 2000UNIT/ML	3	[PA] [90D]

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

[90D] = Suministro para 90 Días [LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 69.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
PROCRIT INJ 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML & 10000UNIT/ML	4	[PA] [90D]
PROCRIT INJ 20000UNIT/ML & 40000UNIT/ML	5	[PA]
RETACRIT INJ 2000UNIT/ML	3	[PA] [90D]
RETACRIT INJ 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML & 10000UNIT/ML	4	[PA] [90D]
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	5	[PA]
PROMACTA	5	[PA] [LD]
<b>Hemostasis Agents</b>		
<i>tranexamic acid tabs</i>	2	[90D]
<b>Platelet Modifying Agents</b>		
BRILINTA	3	[QL] [90D]
<i>cilostazol</i>	2	[90D]
<i>clopidogrel tabs 75mg</i>	2	[90D]
<i>dipyridamole er &amp; aspirin</i>	3	[QL] [90D]
<i>dipyridamole oral</i>	2	[PA] [90D]
<b>CARDIOVASCULAR AGENTS</b>		
<b>Alpha-adrenergic Agonists</b>		
<i>clonidine patches</i>	4	[90D]
<i>clonidine tabs immediate-release</i>	1	[90D]
<i>guanfacine ir</i>	2	[90D]
<i>methyldopa</i>	2	[PA] [90D]
<i>methyldopa &amp; hydrochlorothiazide</i>	2	[PA] [90D]
<i>midodrine tabs</i>	3	[90D]
<b>Alpha-adrenergic Blocking Agents</b>		
<i>doxazosin</i>	2	[90D]
<i>prazosin</i>	2	[90D]
<i>terazosin</i>	1	[90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors</b>		
<i>benazepril</i>	1	[90D]
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[90D]
<i>captopril</i>	1	[90D]
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[90D]
<i>enalapril</i>	1	[90D]
<i>enalapril &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[90D]
<i>fosinopril</i>	1	[90D]
<i>fosinopril &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[90D]
<i>lisinopril</i>	1	[90D]
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[90D]
<i>moexipril</i>	1	[90D]
<i>perindopril</i>	1	[90D]
<i>quinapril</i>	1	[90D]
<i>quinapril &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[90D]
<i>ramipril</i>	1	[90D]
<i>trandolapril</i>	1	[90D]
<b>Angiotensin II Receptor Antagonists</b>		
<i>irbesartan</i>	1	[90D]
<i>irbesartan hct</i>	1	[90D]
<i>losartan</i>	1	[90D]
<i>losartan hct</i>	1	[90D]
<i>olmesartan</i>	2	[90D]
<i>olmesartan &amp; amlodipine</i>	2	[ST] [90D]
<i>olmesartan hct</i>	2	[90D]
<i>valsartan</i>	1	[90D]
<i>valsartan hct</i>	1	[90D]
<i>valsartan &amp; amlodipine</i>	1	[90D]
<i>valsartan &amp; amlodipine &amp; hct</i>	2	[ST] [90D]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit [ST] = Step Therapy [90D] = 90-Day Supply  
[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 34.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>Antiarrhythmics</b>		
<i>amiodarone tabs</i>	2	[90D]
<i>disopyramide phosphate</i>	4	[PA] [90D]
<i>dofetilide</i>	4	[90D]
<i>flecainide acetate</i>	2	[90D]
<i>mexiletine</i>	2	[90D]
<i>pacerone tabs</i>	2	[90D]
<i>propafenone</i>	2	[90D]
<i>quinidine gluconate cr</i>	4	[90D]
<i>quinidine sulfate</i>	2	[90D]
<i>sorine</i>	2	[90D]
<i>sotalol tabs</i>	2	[90D]
<b>Beta-adrenergic Blocking Agents</b>		
<i>acebutolol</i>	2	[90D]
<i>atenolol</i>	1	[90D]
<i>atenolol &amp; chlorthalidone</i>	1	[90D]
<i>bisoprolol</i>	2	[90D]
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide</i>	2	[90D]
BYSTOLIC	4	[90D]
<i>carvedilol</i>	1	[90D]
<i>carvedilol phosphate er</i>	4	[90D]
<i>labetalol oral</i>	2	[90D]
<i>metoprolol succinate er</i>	2	[90D]
<i>metoprolol tartrate 25mg, 50mg, 100mg tabs</i>	1	[90D]
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide</i>	2	[90D]
<i>nadolol</i>	2	[90D]
<i>pindolol</i>	2	[90D]
<i>propranolol ir tabs</i>	1	[90D]
<i>propranolol er caps</i>	2	[90D]
<i>propranolol oral soln</i>	2	[90D]
<i>propranolol &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[90D]
<i>timolol oral</i>	1	[90D]
<b>Calcium Channel Blocking Agents</b>		
<i>amlodipine</i>	1	[90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>amlodipine &amp; atorvastatin</i>	2	[90D]
<i>amlodipine &amp; benazepril</i>	1	[90D]
<i>cartia xt</i>	2	[90D]
<i>diltiazem tabs</i>	2	[90D]
<i>diltiazem er caps</i>	2	[90D]
<i>dilt-xr</i>	2	[90D]
<i>felodipine er</i>	2	[90D]
<i>isradipine</i>	2	[90D]
<i>nicardipine caps</i>	2	[90D]
<i>nifedipine</i>	2	[PA] [90D]
<i>nifedipine er</i>	2	[90D]
<i>nimodipine caps</i>	4	[90D]
<i>nisoldipine er</i>	4	[90D]
<i>olmesartan medoxomil &amp; amlodipine &amp; hydrochlorothiazide tabs</i>	2	[ST] [90D]
<i>taztia xt</i>	2	[90D]
<i>tiadylt er</i>	2	[90D]
<i>verapamil ir</i>	1	[90D]
<i>verapamil er</i>	2	[90D]
<i>verapamil sr</i>	2	[90D]
<b>Cardiovascular Agents, Other</b>		
<i>aliskiren</i>	3	[ST] [90D]
CORLANOR	4	[PA] [90D]
DEMSEER	5	[PA]
<i>digitek</i>	2	[90D]
<i>digox</i>	2	[90D]
<i>digoxin oral</i>	2	[90D]
ENTRESTO	3	[90D]
LANOXIN ORAL	3	[90D]
NORTHERA	5	[PA]
<i>pentoxifylline er</i>	2	[90D]
<i>ranolazine er</i>	4	[PA] [90D]
REPATHA INJ	4	[PA] [90D]
TEKTURNA HCT	3	[ST] [90D]
<b>Diuretics, Loop</b>		
<i>bumetanide oral</i>	2	[90D]

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

[90D] = Suministro para 90 Días [LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 69.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>furosemide oral</i>	1	[90D]
<i>furosemide inj</i>	2	[90D]
<i>torsemide oral</i>	2	[90D]
<b>Diuretics, Potassium-sparing</b>		
<i>amiloride</i>	2	[90D]
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[90D]
<i>eplerenone</i>	3	[90D]
<i>spironolactone</i>	1	[90D]
<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[90D]
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	[90D]
<b>Diuretics, Thiazide</b>		
<i>chlorothiazide tabs</i>	2	[90D]
<i>chlorthalidone</i>	1	[90D]
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	[90D]
<i>indapamide</i>	1	[90D]
<i>metolazone</i>	2	[90D]
<b>Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives</b>		
<i>fenofibrate caps 43mg &amp; 130mg</i>	2	[QL] [90D]
<i>fenofibrate micronized</i>	2	[QL] [90D]
<i>fenofibrate tabs 48mg, 54mg, 145mg, 160mg</i>	2	[QL] [90D]
<i>fenofibric acid dr caps</i>	3	[QL] [90D]
<i>fenofibric acid tabs</i>	2	[90D]
<i>gemfibrozil</i>	2	[90D]
<b>Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors</b>		
<i>atorvastatin</i>	1	[90D]
<i>lovastatin</i>	1	[90D]
<i>pravastatin</i>	1	[90D]
<i>rosuvastatin</i>	2	[90D]
<i>simvastatin</i>	1	[90D]
<b>Dyslipidemics, Other</b>		
<i>cholestyramine</i>	2	[90D]
<i>cholestyramine light</i>	2	[90D]
<i>colesevelam</i>	4	[90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>colestipol granules</i>	2	[90D]
<i>colestipol tabs</i>	2	[90D]
<i>ezetimibe</i>	3	[90D]
<i>ezetimibe &amp; simvastatin</i>	4	[90D]
JUXTAPID	5	[PA] [LD]
<i>niacin er tabs</i>	3	[QL] [90D]
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	3	[90D]
<i>prevalite</i>	2	[90D]
<b>Vasodilators, Direct-acting Arterial</b>		
<i>hydralazine oral</i>	2	[90D]
<i>minoxidil</i>	2	[90D]
<b>Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous</b>		
<i>isosorbide dinitrate tabs 5mg, 10mg, 20mg, &amp; 30mg</i>	2	[90D]
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	[90D]
<i>isosorbide mononitrate er</i>	2	[90D]
<i>minitran patches</i>	2	[90D]
<i>nitro-bid oint</i>	2	[90D]
NITRO-DUR PATCHES	3	[90D]
<i>nitroglycerin lingual</i>	2	[90D]
<i>nitroglycerin patches</i>	2	[90D]
<i>nitroglycerin sublingual</i>	2	[90D]
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS</b>		
<b>Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines</b>		
<i>amphetamine &amp; dextroamphetamine tabs</i>	2	[QL] [90D]
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	3	[QL] [90D]
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	4	[QL] [90D]
<i>zenzedi tabs 5mg &amp; 10mg</i>	3	[QL] [90D]
<b>Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines</b>		
<i>atomoxetine</i>	3	[90D]
<i>clonidine er</i>	2	[90D]
<i>dexmethylphenidate ir tabs</i>	2	[90D]
<i>metadate er</i>	2	[90D]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit [ST] = Step Therapy [90D] = 90-Day Supply [LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 34.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>methylphenidate er tabs 10mg &amp; 20mg</i>	2	[90D]
<i>methylphenidate ir tabs 5mg, 10mg &amp; 20mg</i>	2	[90D]
<b>Central Nervous System, Other</b>		
AUSTEDO	5	[PA]
HETLIOZ	5	[PA]
NUDEXTA	5	[PA]
<i>riluzole</i>	3	[90D]
<b>Fibromyalgia Agents</b>		
<i>duloxetine hcl</i>	3	[90D]
SAVELLA	3	[90D]
SAVELLA TITRATION PACK	3	[90D]
<b>Multiple Sclerosis Agents</b>		
AUBAGIO	5	[PA]
AVONEX INJ	5	[PA]
AVONEX PEN INJ	5	[PA]
BETASERON INJ	5	[PA]
COPAXONE INJ 40MG/ML	5	[PA]
<i>dalfampridine er</i>	5	[PA]
GILENYA	5	[PA]
<i>glatiramer acetate inj</i>	5	[PA]
<i>glatopa inj</i>	5	[PA]
PLEGRIDY INJ	5	[PA]
PLEGRIDY STARTER PACK INJ	5	[PA]
REBIF INJ	5	[PA]
REBIF REBIDOSE INJ	5	[PA]
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK INJ	5	[PA]
REBIF TITRATION PACK INJ	5	[PA]
TECFIDERA	5	[PA] [LD]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
TECFIDERA STARTER PACK	5	[PA] [LD]
<b>DENTAL AND ORAL AGENTS</b>		
<b>Dental and Oral Agents</b>		
<i>cevimeline</i>	3	[90D]
<i>chlorhexidine gluconate</i>	2	[90D]
<i>lidocaine viscous soln</i>	2	[90D]
<i>pilocarpine tabs</i>	3	[90D]
<i>triamcinolone dental paste</i>	2	[90D]
<b>DERMATOLOGICAL AGENTS</b>		
<b>Dermatological Agents</b>		
<i>acitretin 10mg &amp; 25mg caps</i>	4	[PA] [90D]
<i>adapalene cream 0.1%</i>	4	[90D]
<i>adapalene gel 0.1% &amp; 0.3%</i>	4	[90D]
ALTRENO	3	[PA] [90D]
<i>ammonium lactate topical</i>	2	[90D]
<i>amnestem caps</i>	4	[90D]
<i>calcipotriene cream &amp; oint</i>	4	[QL] [90D]
<i>calcipotriene soln</i>	4	[90D]
CARAC	5	
<i>claravis</i>	4	[90D]
<i>clindamycin &amp; benzoyl peroxide gel 5%-1% &amp; 5%-1.2%</i>	3	[90D]
COSENTYX	5	[PA]
COSENTYX SENSOREADY PEN	5	[PA]
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	3	[90D]
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	4	[PA] [90D]
FLUOROURACIL 0.5% CREAM	5	
<i>fluorouracil 2% and 5% topical</i>	3	[90D]
<i>imiquimod cream 5%</i>	3	[90D]
IMIQUIMOD CREAM 3.75% PUMP	5	

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

[90D] = Suministro para 90 Días [LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 69.



Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>isotretinoin caps</i>	4	[90D]
<i>methoxsalen</i>	5	
<i>myorisan</i>	4	[90D]
<i>pimecrolimus</i>	4	[QL] [90D]
<i>podofilox</i>	2	[90D]
<i>prudoxin</i>	3	[90D]
RECTIV	4	[90D]
REGRANEX	5	[QL]
SANTYL	3	[QL] [90D]
<i>selenium sulfide lotion</i>	2	[90D]
STELARA INJ 45MG/0.5ML, & 90MG/ML	5	[PA]
<i>tacrolimus oint</i>	3	[90D]
<i>tazarotene</i>	3	[90D]
TAZORAC 0.05% CREAM	3	[90D]
TAZORAC GEL	3	[QL] [90D]
TOLAK	3	[90D]
<i>tretinoin cream, gel</i>	3	[PA] [90D]
<i>zenatane</i>	4	[90D]
<b>ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/ VITAMINS</b>		
<b>Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers</b>		
CARBAGLU	5	[PA] [LD]
<i>deferasirox</i>	5	[PA]
DEPEN TITRATABS	5	
FERRIPROX	5	[PA]
INTRALIPID INJ	4	[PA] [B vs D] [90D]
JADENU	5	[PA]
<i>kionex</i>	2	[90D]
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	2	[90D]
<i>trientine</i>	5	
VELTASSA	3	[PA] [90D]
<b>Electrolyte/Mineral Replacement</b>		
AMINOSYN INJ	3	[PA] [B vs D] [90D]
CLINISOL SF INJ	4	[PA] [B vs D] [90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>dextrose inj</i>	2	[90D]
<i>dextrose (10%, 5% or 2.5%) &amp; sodium chloride inj</i>	2	[90D]
<i>klor-con pack</i>	4	[90D]
<i>klor-con tabs</i>	2	[90D]
<i>klor-con sprinkle</i>	2	[90D]
<i>magnesium sulfate inj</i>	2	[90D]
<i>plenamine inj</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
<i>potassium chloride oral soln</i>	4	[90D]
<i>potassium chloride pack 20meq</i>	4	[90D]
<i>potassium chloride er &amp; cr</i>	2	[90D]
<i>potassium chloride &amp; dextrose &amp; lactated ringers inj</i>	2	[90D]
<i>potassium chloride &amp; dextrose &amp; sodium chloride inj 30mEq/5%/0.45% &amp; 20mEq/5%/0.2%</i>	2	[90D]
<i>potassium citrate er</i>	2	[90D]
PROSOL INJ	4	[PA] [B vs D] [90D]
<i>sodium chloride inj</i>	2	[90D]
TPN ELECTROLYTES INJ	3	[90D]
TRAVASOL INJ	4	[PA] [B vs D] [90D]
<b>Phosphate Binders</b>		
AURYXIA	5	[PA]
<i>calcium acetate</i>	2	[90D]
<i>lanthanum carbonate</i>	3	[90D]
<i>sevelamer carbonate powder</i>	3	[90D]
<i>sevelamer carbonate tabs</i>	3	[90D]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit [ST] = Step Therapy [90D] = 90-Day Supply  
[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 34.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>GASTROINTESTINAL AGENTS</b>		
<b>Antispasmodics, Gastrointestinal</b>		
<i>dicyclomine oral</i>	2	[90D]
<i>glycopyrrolate 1mg &amp; 2mg tabs</i>	2	[90D]
<b>Gastrointestinal Agents, Other</b>		
<i>cromolyn sodium oral</i>	4	[90D]
<i>diphenoxylate &amp; atropine</i>	2	[90D]
GATTEX INJ	5	[PA]
<i>loperamide caps 2mg</i>	2	[90D]
<i>metoclopramide oral tablets &amp; soln</i>	2	[90D]
MOVANTIK	3	[90D]
RELISTOR INJ	5	[PA]
RELISTOR TABS	5	[PA]
<i>ursodiol</i>	3	[90D]
<b>Histamine2 (H2) Receptor Antagonists</b>		
<i>cimetidine oral</i>	2	[90D]
<i>famotidine tabs</i>	1	[90D]
<i>ranitidine caps, &amp; syrup</i>	2	[90D]
<i>ranitidine tabs</i>	1	[90D]
<b>Irritable Bowel Syndrome Agents</b>		
<i>alosectron hcl tabs</i>	5	[PA]
AMITIZA	3	[90D]
LINZESS	3	[90D]
<b>Laxatives</b>		
<i>constulose soln</i>	2	[90D]
<i>enulose</i>	2	[90D]
<i>gavilyte-c</i>	2	[90D]
<i>gavilyte-g</i>	2	[90D]
<i>gavilyte-n</i>	2	[90D]
<i>generlac</i>	2	[90D]
<i>lactulose soln 10g/15ml</i>	2	[90D]
MOVIPREP	3	[90D]
OSMOPREP	3	[90D]
<i>peg 3350 &amp; electrolytes</i>	2	[90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>peg 3350 &amp; sodium chloride &amp; sodium bicarbonate &amp; potassium chloride</i>	2	[90D]
PLENVU	3	[90D]
PREPOPIK	3	[90D]
SUPREP BOWEL PREP	3	[90D]
<b>Protectants</b>		
<i>misoprostol</i>	2	[90D]
<i>sucalfate tabs</i>	2	[90D]
<b>Proton Pump Inhibitors</b>		
<i>esomeprazole magnesium dr caps</i>	3	[ST] [90D]
<i>lansoprazole dr caps</i>	2	[90D]
<i>omeprazole caps</i>	2	[90D]
<i>pantoprazole tabs</i>	2	[90D]
<b>GENETIC OR ENZYME DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT</b>		
<b>Genetic or Enzyme Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment</b>		
CERDELGA	5	[PA]
CREON DR	3	[90D]
CYSTADANE	4	[90D]
CYSTAGON	3	[90D]
KUVAN	5	
<i>miglustat</i>	5	[PA] [LD]
ORFADIN	5	[PA] [LD]
RAVICTI	5	
<i>sodium phenylbutyrate powder &amp; tabs</i>	5	
SUCRAID	5	
<b>GENITOURINARY AGENTS</b>		
<b>Antispasmodics, Urinary</b>		
<i>flavoxate</i>	2	[90D]
GELNIQUE	3	[90D]
MYRBETRIQ	3	[90D]
<i>oxybutynin</i>	2	[90D]
<i>oxybutynin er</i>	2	[QL] [90D]

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

[90D] = Suministro para 90 Días [LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 69.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
OXYTROL	4	[90D]
<i>solifenacin succinate</i>	3	[90D]
<i>tolterodine tartrate er</i>	2	[QL] [90D]
TOVIAZ	3	[90D]
<b>Benign Prostatic Hypertrophy Agents</b>		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	[90D]
<i>dutasteride</i>	3	[90D]
<i>dutasteride &amp; tamsulosin</i>	3	[90D]
<i>finasteride tabs 5mg</i>	2	[90D]
<i>tamsulosin</i>	2	[90D]
<b>Genitourinary Agents, Other</b>		
<i>bethanechol</i>	2	[90D]
ELMIRON	4	[90D]
THIOLA	5	
THIOLA EC	5	
<b>HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (ADRENAL)</b>		
<b>Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)</b>		
<i>alclometasone dipropionate</i>	2	[90D]
<i>betamethasone dipropionate</i>	2	[90D]
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	2	[90D]
<i>betamethasone valerate cream, oint, lotion</i>	2	[90D]
CAPEX SHAMPOO	4	[90D]
<i>clobetasol propionate cream, foam, gel, oint, soln</i>	4	[90D]
<i>clobetasol propionate emollient</i>	4	[90D]
<i>clotrimazole &amp; betamethasone</i>	2	[90D]
<i>cortisone</i>	2	[90D]
<i>desonide</i>	3	[90D]
<i>desoximetasone topical cream, gel &amp; oint 0.05%</i>	4	[90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>desoximetasone topical cream, &amp; oint 0.25%</i>	3	[90D]
<i>dexamethasone dose pack</i>	2	[90D]
<i>dexamethasone elixir</i>	2	[90D]
<i>dexamethasone tabs</i>	2	[90D]
<i>diflorasone diacetate</i>	4	[90D]
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	[90D]
<i>fluocinolone acetonide</i>	3	[90D]
<i>fluocinonide gel &amp; oint</i>	2	[QL] [90D]
<i>fluocinonide emulsified base cream</i>	2	[QL] [90D]
<i>fluocinonide soln</i>	2	[90D]
<i>fluticasone propionate cream &amp; oint</i>	2	[90D]
<i>halobetasol propionate cream &amp; ointment</i>	2	[90D]
<i>hydrocortisone 2.5% cream, lotion, oint</i>	2	[90D]
<i>hydrocortisone butyrate cream, oint &amp; soln</i>	2	[90D]
<i>hydrocortisone oral</i>	2	[90D]
<i>hydrocortisone valerate</i>	2	[90D]
MEDROL TABS	4	[PA] [B vs D] [90D]
<i>methylprednisolone dose pack</i>	2	[90D]
<i>methylprednisolone oral</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
MILLIPRED	4	[PA] [B vs D] [90D]
<i>mometasone cream, oint &amp; soln</i>	2	[90D]
ORAPRED ODT	4	[PA] [B vs D] [90D]
<i>prednicarbate</i>	2	[90D]
<i>prednisolone oral soln</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
<i>prednisolone odt</i>	4	[PA] [B vs D] [90D]
<i>procto-med hc</i>	2	[90D]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit [ST] = Step Therapy [90D] = 90-Day Supply [LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 34.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>procto-pak</i>	2	[90D]
<i>proctosol hc</i>	2	[90D]
<i>proctozone-hc</i>	2	[90D]
<i>triamcinolone acetonide topical cream, lotion &amp; oint</i>	2	[90D]
<i>triderm</i>	2	[90D]
<b>HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (PITUITARY)</b>		
<b><i>Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Pituitary)</i></b>		
<i>desmopressin acetate nasal</i>	4	[90D]
<i>desmopressin acetate oral</i>	2	[90D]
GENOTROPIN INJ	5	[PA]
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG, 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG	4	[PA] [90D]
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 1MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, & 2MG	5	[PA]
HUMATROPE INJ 6MG CARTRIDGE	4	[PA] [90D]
HUMATROPE INJ 5MG VIAL, 12MG & 24MG CARTRIDGE	5	[PA]
INCRELEX INJ	5	[PA]
STIMATE	4	[90D]
<b>HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (SEX HORMONES/ MODIFIERS)</b>		
<b><i>Anabolic Steroids</i></b>		
ANADROL-50	5	[PA]
<i>oxandrolone 2.5mg tabs</i>	3	[90D]
<i>oxandrolone 10mg tabs</i>	4	[90D]
<b><i>Androgens</i></b>		
<i>danazol</i>	3	[90D]
<i>testosterone cypionate inj</i>	2	[PA] [90D]
<i>testosterone enanthate inj</i>	2	[PA] [90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>testosterone 1% &amp; 1.62% gel</i>	3	[PA] [90D]
<i>testosterone gel 25mg/2.5g, 20.25mg/1.25g, 40.5mg/2.5g &amp; 50mg/5g gel</i>	3	[PA] [90D]
<b><i>Estrogens</i></b>		
ALORA	3	[PA] [90D]
<i>altavera</i>	2	[90D]
<i>alyacen 1/35</i>	2	[90D]
<i>amabelz</i>	3	[PA] [90D]
<i>apri</i>	2	[90D]
<i>aranelle</i>	2	[90D]
<i>aubra</i>	2	[90D]
<i>aviane</i>	2	[90D]
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2	[90D]
<i>briellyn</i>	2	[90D]
<i>caziant</i>	2	[90D]
<i>cyclafem 1/35</i>	2	[90D]
<i>cyclafem 7/7/7</i>	2	[90D]
<i>cyred eq</i>	2	[90D]
<i>desogestrel &amp; ethinyl estradiol</i>	2	[90D]
<i>dotti</i>	3	[PA] [90D]
<i>emoquette</i>	2	[90D]
<i>enpresse-28</i>	2	[90D]
<i>enskyce</i>	2	[90D]
<i>estarylla</i>	2	[90D]
ESTRACE VAGINAL CREAM	3	[90D]
<i>estradiol oral</i>	2	[PA] [90D]
<i>estradiol patches</i>	3	[PA] [90D]
<i>estradiol vaginal cream</i>	3	[90D]

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

[90D] = Suministro para 90 Días [LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 69.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>estradiol vaginal tabs</i>	3	[90D]
<i>estradiol &amp; norethindrone acetate 0.5mg/0.1mg &amp; 1mg/0.5mg</i>	3	[PA] [90D]
<i>ethinyl estradiol &amp; norethindrone acetate 5mcg/1mg &amp; 2.5mcg-0.5mg</i>	3	[PA] [90D]
<i>ethinyl estradiol &amp; ethynodiol</i>	2	[90D]
<i>norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate 0.4mg/0.035mg</i>	2	[90D]
<i>falmina</i>	2	[90D]
<i>femynor</i>	2	[90D]
<i>fyavolv</i>	3	[PA] [90D]
<i>introvale</i>	2	[90D]
<i>isibloom</i>	2	[90D]
<i>jasmiel</i>	2	[90D]
<i>jinteli</i>	3	[PA] [90D]
<i>junel 21 day</i>	2	[90D]
<i>kariva</i>	2	[90D]
<i>kelnor 1/35, 1/50</i>	2	[90D]
<i>kurvelo</i>	2	[90D]
<i>larin</i>	2	[90D]
<i>larin fe</i>	2	[90D]
<i>larissia</i>	2	[90D]
<i>leena</i>	2	[90D]
<i>levonest</i>	2	[90D]
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol 0.1-0.02mg &amp; 0.15-0.03mg &amp; triphasic packs</i>	2	[90D]
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol and ethinyl estradiol 0.1/0.02mg-0.01mg packs</i>	2	[90D]
<i>levora</i>	2	[90D]
<i>low-ogestrel</i>	2	[90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>marlissa 28 day</i>	2	[90D]
MENEST	4	[PA] [90D]
<i>microgestin 1/20 &amp; 1.5/30</i>	2	[90D]
<i>mili</i>	2	[90D]
<i>mimvey</i>	3	[PA] [90D]
<i>necon</i>	2	[90D]
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	2	[90D]
<i>orsythia 28 day</i>	2	[90D]
<i>pimtrea</i>	2	[90D]
<i>pirmella 1/35</i>	2	[90D]
PREMARIN ORAL	4	[PA] [90D]
PREMARIN VAGINAL CREAM	3	[90D]
PREMPHASE	4	[PA] [90D]
PREMPRO	4	[PA] [90D]
<i>setlakin</i>	2	[90D]
<i>tarina fe</i>	2	[90D]
<i>tri-estarylla</i>	2	[90D]
<i>tri-lo-estarylla</i>	2	[90D]
<i>tri-lo-sprintec</i>	2	[90D]
<i>tri-mili</i>	2	[90D]
<i>tri-sprintec</i>	2	[90D]
<i>tri-vylibra</i>	2	[90D]
<i>tri-vylibra lo</i>	2	[90D]
<i>trivora-28</i>	2	[90D]
<i>velivet</i>	2	[90D]
<i>vienva</i>	2	[90D]
<i>vyfemla</i>	2	[90D]
<i>vylibra</i>	2	[90D]
<i>wymzya fe</i>	2	[90D]
<i>yuvafem</i>	3	[90D]
<i>zovia</i>	2	[90D]
<b>Progesterone Agonists/Antagonists</b>		
KORLYM	5	[PA]
<b>Progestins</b>		
<i>deblitane</i>	2	[90D]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit [ST] = Step Therapy [90D] = 90-Day Supply [LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 34.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
DEPO-PROVERA INJ 400MG/ML	4	[90D]
<i>incassia</i>	2	[90D]
<i>lyza</i>	2	[90D]
<i>medroxyprogesterone acetate inj</i>	2	[90D]
<i>medroxyprogesterone acetate tabs</i>	2	[90D]
<i>megestrol acetate oral susp 40mg/ml</i>	2	[90D]
<i>megestrol tabs</i>	2	[90D]
<i>norethindrone</i>	2	[90D]
<i>progesterone caps</i>	2	[90D]
<i>sharobel</i>	2	[90D]
<b>Selective Estrogen Receptor Modifying Agents</b>		
DUAVEE	3	[PA] [90D]
<i>raloxifene hcl</i>	3	[QL] [90D]
<b>HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (THYROID)</b>		
<b>Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Thyroid)</b>		
CYTOMEL	3	[90D]
<i>levothyroxine tabs</i>	1	[90D]
<i>levoxyl</i>	1	[90D]
<i>liothyronine tabs</i>	2	[90D]
SYNTHROID	3	[90D]
<i>unithroid</i>	1	[90D]
<b>HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL)</b>		
<b>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal)</b>		
LYSODREN	3	[90D]
<b>HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)</b>		
<b>Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)</b>		
<i>cabergoline</i>	2	[90D]
ELIGARD INJ	4	[PA] [90D]
<i>leuprolide acetate inj</i>	2	[PA] [90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
LUPRON DEPOT INJ	5	[PA]
<i>octreotide inj 50mcg/ml, 100mcg/ml &amp; 200mcg/ml</i>	2	[90D]
<i>octreotide inj 500mcg/ml &amp; 1000mcg/ml</i>	5	
SIGNIFOR INJ	5	[PA]
SOMATULINE DEPOT INJ	5	[PA]
SOMAVERT INJ	5	[PA]
SYNAREL	4	[90D]
TRELSTAR MIXJECT	5	[PA]
<b>HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)</b>		
<b>Antithyroid Agents</b>		
<i>methimazole</i>	2	[90D]
<i>propylthiouracil</i>	2	[90D]
<b>IMMUNOLOGICAL AGENTS</b>		
<b>Angioedema Agents</b>		
CINRYZE INJ	5	[PA]
<i>icatibant inj</i>	5	[PA]
<b>Immune Suppressants</b>		
ASTAGRAF XL	4	[PA] [B vs D] [90D]
AZASAN	4	[PA] [B vs D] [90D]
<i>azathioprine oral</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
BENLYSTA INJ 200MG/ML	5	[PA]
CELLCEPT CAPS	4	[PA] [B vs D] [90D]
CELLCEPT ORAL SUSPENSION & TABS	5	[PA] [B vs D]
<i>cyclosporine caps</i>	3	[PA] [B vs D] [90D]
<i>cyclosporine modified</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
ENBREL INJ	5	[PA]
ENBREL MINI	5	[PA]

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

[90D] = Suministro para 90 Días [LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 69.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
ENBREL SURECLICK INJ	5	[PA]
ENVARUSUS XR	4	[PA] [B vs D] [90D]
<i>gengraf</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
HUMIRA INJ	5	[PA]
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS INJ	5	[PA]
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	5	[PA]
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	5	[PA]
HUMIRA PEN INJ	5	[PA]
IMURAN TABS	4	[PA] [B vs D] [90D]
KINERET INJ	5	[PA]
<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	2	[90D]
<i>methotrexate oral</i>	2	[90D]
<i>mycophenolate mofetil caps &amp; tabs</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
<i>mycophenolate mofetil oral susp</i>	5	[PA] [B vs D]
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	[PA] [B vs D] [90D]
MYFORTIC	4	[PA] [B vs D] [90D]
NEORAL	4	[PA] [B vs D] [90D]
ORENCIA INJ PF SYRINGE	5	[PA]
ORENCIA CLICKJET	5	[PA]
PROGRAF CAPS	4	[PA] [B vs D] [90D]
PROGRAF PACK	4	[PA] [B vs D] [90D]
RAPAMUNE SOLN	5	[PA] [B vs D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
RAPAMUNE TABS	4	[PA] [B vs D] [90D]
SANDIMMUNE ORAL SOLN 100MG/ML	4	[PA] [B vs D] [90D]
SANDIMMUNE CAPS 25MG & 100MG	4	[PA] [B vs D] [90D]
<i>sirolimus soln</i>	5	[PA] [B vs D]
<i>sirolimus tabs</i>	4	[PA] [B vs D] [90D]
SKYRIZI	5	[PA]
<i>tacrolimus caps 0.5mg &amp; 1mg</i>	3	[PA] [B vs D] [90D]
<i>tacrolimus caps 5mg</i>	4	[PA] [B vs D] [90D]
XATMEP	4	[90D]
ZORTRESS TABS 0.25MG	4	[PA] [B vs D] [90D]
ZORTRESS TABS 0.5MG, 0.75MG & 1MG	5	[PA] [B vs D]
<b>Immunizing Agents, Passive</b>		
GAMMAGARD INJ	5	[PA] [B vs D]
GAMUNEX-C INJ	5	[PA] [B vs D]
<b>Immunomodulators</b>		
ACTIMMUNE INJ	5	[PA]
ARCALYST INJ	5	[PA]
<i>leflunomide</i>	2	[QL] [90D]
OTEZLA	5	[PA]
OTEZLA STARTER	5	[PA]
RIDAURA	5	
RINVOQ	5	[PA]
XELJANZ	5	[PA]
XELJANZ XR	5	[PA]
<b>Vaccines</b>		
ACTHIB INJ	3	[90D]
ADACEL INJ	3	[90D]
BCG INJ	3	[90D]
BEXSERO INJ	3	[90D]
BOOSTRIX INJ	3	[90D]
DAPTACEL INJ	3	[90D]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit [ST] = Step Therapy [90D] = 90-Day Supply  
[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 34.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
DIPHThERIA & TETANUS TOXOIDS PEDIATRIC INJ	3	[90D]
ENGERIX-B INJ	3	[PA] [B vs D] [90D]
GARDASIL 9 INJ	4	[90D]
HAVRIX INJ	3	[90D]
HIBERIX INJ	3	[90D]
IMOVAX RABIES INJ	3	[90D]
INFANRIX INJ	3	[90D]
IPOL INACTIVATED IPV INJ	3	[90D]
IXIARO INJ	4	[90D]
KINRIX INJ	3	[90D]
MENACTRA INJ	3	[90D]
MENVEO-A/C/Y/W-135 INJ	3	[90D]
M-M-R II INJ	3	[90D]
PEDIARIX INJ	3	[90D]
PEDVAX HIB INJ	3	[90D]
PROQUAD INJ	3	[90D]
QUADRACEL INJ	3	[90D]
RABAVERT INJ	3	[90D]
RECOMBIVAX HB INJ	3	[PA] [B vs D] [90D]
ROTARIX	3	[90D]
ROTATEQ	3	[90D]
SHINGRIX	3	[90D]
TENIVAC	3	[90D]
TETANUS & DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT INJ	3	[90D]
TRUMENBA INJ	3	[90D]
TWINRIX INJ	3	[90D]
TYPHIM VI INJ	3	[90D]
VAQTA INJ	3	[90D]
VARIVAX INJ	3	[90D]
VARIZIG INJ	4	[90D]
YF-VAX INJ	3	[90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
ZOSTAVAX INJ	4	[90D]
<b>INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS</b>		
<b>Aminosalicylates</b>		
<i>balsalazide</i>	3	[90D]
<i>mesalamine dr 400mg</i>	3	[90D]
DIPENTUM	5	
<i>mesalamine enema kit</i>	4	[90D]
<i>mesalamine er caps</i>	4	[QL] [90D]
PENTASA	4	[QL] [90D]
<b>Glucocorticoids</b>		
<i>budesonide ec caps</i>	4	[PA] [90D]
<i>hydrocortisone enema</i>	2	[90D]
<i>prednisone tabs</i>	1	[PA] [B vs D] [90D]
<i>prednisone oral soln</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
PREDNISONE INTENSOL	4	[PA] [B vs D] [90D]
<b>Sulfonamides</b>		
<i>sulfasalazine</i>	2	[90D]
<b>METABOLIC BONE DISEASE AGENTS</b>		
<b>Metabolic Bone Disease Agents</b>		
<i>alendronate tabs</i>	1	[90D]
<i>alendronate oral soln</i>	2	[90D]
<i>calcitonin-salmon nasal</i>	2	[90D]
<i>calcitriol caps</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
<i>doxercalciferol oral</i>	3	[PA] [B vs D] [90D]
FORTEO INJ	5	[PA]
<i>ibandronate oral</i>	2	[90D]
<i>paricalcitol caps</i>	3	[PA] [B vs D] [90D]
PROLIA	4	[PA] [90D]
<i>risedronate sodium</i>	3	[ST] [90D]
<i>risedronate sodium dr</i>	3	[ST] [90D]
<i>cinacalcet tabs 30mg</i>	3	[PA] [B vs D] [90D]

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

[90D] = Suministro para 90 Días [LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 69.



Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>cinacalcet tabs 60mg &amp; 90mg</i>	5	[PA] [B vs D]
TYMLOS	5	[PA]
XGEVA INJ	5	[PA]
<b>MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS</b>		
<b>Miscellaneous Therapeutic Agents</b>		
<i>alcohol pads</i>	2	[90D]
<i>bd insulin syringe ultrafine</i>	2	[90D]
<i>bd insulin syringe safetyglide</i>	2	[90D]
<i>bd pen needle ultrafine</i>	2	[90D]
FERRIPROX	5	[PA]
<i>gauze pads 2"x2"</i>	2	[90D]
<i>levocarnitine oral</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
<i>paroxetine mesylate</i>	3	[90D]
NATPARA	5	[PA] [LD]
<b>OPHTHALMIC AGENTS</b>		
<b>Ophthalmic Agents, Other</b>		
<i>atropine sulfate soln</i>	2	[90D]
CYSTARAN	5	
LACRISERT	4	[90D]
RESTASIS	3	[PA] [90D]
XIIDRA	4	[PA] [90D]
<b>Ophthalmic Anti-allergy Agents</b>		
<i>azelastine 0.05%</i>	2	[90D]
<i>cromolyn sodium ophthalmic soln</i>	2	[90D]
<i>olopatadine soln 0.1%</i>	2	[90D]
<i>olopatadine soln 0.2%</i>	3	[90D]
<b>Ophthalmic Anti-inflammatories</b>		
BLEPHAMIDE	3	[90D]
BLEPHAMIDE S.O.P.	3	[90D]
<i>dexamethasone ophthalmic soln</i>	2	[90D]
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	2	[90D]
DUREZOL	3	[90D]
<i>fluorometholone</i>	2	[90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ketorolac soln 0.4% &amp; 0.5%</i>	2	[90D]
<i>neomycin &amp; polymyxin &amp; dexamethasone</i>	2	[90D]
<i>neomycin &amp; polymyxin &amp; bacitracin &amp; hydrocortisone</i>	2	[90D]
<i>neomycin &amp; polymyxin &amp; hydrocortisone</i>	2	[90D]
PRED MILD	3	[90D]
<i>prednisolone acetate</i>	2	[90D]
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	2	[90D]
<b>Ophthalmic Antiglaucoma Agents</b>		
<i>acetazolamide tabs</i>	2	[90D]
<i>acetazolamide er caps</i>	2	[90D]
ALPHAGAN P 0.1%	3	[90D]
<i>betaxolol soln</i>	2	[90D]
<i>brimonidine tartrate soln 0.15%</i>	3	[90D]
<i>brimonidine tartrate soln 0.2%</i>	2	[90D]
<i>carteolol</i>	1	[90D]
COMBIGAN	3	[90D]
<i>dorzolamide</i>	2	[90D]
<i>dorzolamide &amp; timolol maleate</i>	2	[90D]
<i>levobunolol</i>	2	[90D]
<i>methazolamide</i>	4	[90D]
PHOSPHOLINE IODIDE	3	[90D]
<i>pilocarpine soln</i>	2	[90D]
<i>timolol ophthalmic gel forming</i>	2	[90D]
<i>timolol ophth soln 12 hours 0.25% &amp; 0.5%</i>	1	[90D]
<b>Ophthalmic Prostaglandin and Prostanoid Analogs</b>		
<i>latanoprost</i>	1	[90D]
LUMIGAN	3	[ST] [90D]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit [ST] = Step Therapy [90D] = 90-Day Supply  
[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 34.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>OTIC AGENTS</b>		
<b>Otic Agents</b>		
<i>acetic acid &amp; hydrocortisone</i>	2	[90D]
<i>neomycin &amp; polymyxin &amp; hydrocortisone</i>	2	[90D]
<b>RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS</b>		
<b>Antihistamines</b>		
<i>azelastine nasal 0.1%</i>	2	[90D]
<i>azelastine nasal 0.15%</i>	3	[90D]
<i>cyproheptadine</i>	2	[PA] [90D]
<i>desloratadine tabs</i>	2	[90D]
<i>hydroxyzine hcl tabs</i>	2	[PA] [90D]
<i>levocetirizine</i>	2	[90D]
<b>Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids</b>		
ADVAIR HFA	3	[90D]
ASMANEX HFA	3	[90D]
ASMANEX TWISTHALER	3	[90D]
BREO ELLIPTA	3	[90D]
<i>budesonide nebulizer</i>	3	[PA] [B vs D] [90D]
DULERA	3	[90D]
<i>flunisolide nasal</i>	2	[QL] [90D]
<i>fluticasone propionate nasal</i>	2	[QL] [90D]
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus 100mcg-50mcg, 250mcg-50mcg &amp; 500mcg-50mcg</i>	3	[90D]
<i>mometasone furoate nasal</i>	3	[QL] [90D]
PULMICORT NEBULIZER	4	[PA] [B vs D] [90D]
QVAR REDHALER	3	[90D]
<i>wixela inhub</i>	3	[90D]
<b>Antileukotrienes</b>		
<i>montelukast</i>	2	[90D]
<i>zafirlukast</i>	2	[QL] [90D]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>Bronchodilators, Anticholinergic</b>		
ATROVENT HFA	3	[QL] [90D]
COMBIVENT RESPIMAT	3	[90D]
<i>ipratropium bromide nasal</i>	2	[QL] [90D]
<i>ipratropium bromide nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
<i>ipratropium bromide &amp; albuterol sulfate nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
SPIRIVA HANDHALER	3	[90D]
SPIRIVA RESPIMAT	3	[90D]
TUDORZA PRESSAIR	3	[90D]
YUPELRI	5	[PA] [B vs D]
<b>Bronchodilators, Sympathomimetic</b>		
<i>albuterol sulfate nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
<i>albuterol sulfate er</i>	3	[90D]
<i>albuterol sulfate syrup</i>	2	[90D]
<i>albuterol sulfate tabs</i>	3	[90D]
BEVESPI AEROSPHERE	3	[90D]
BROVANA NEBULIZER	4	[PA] [B vs D] [90D]
EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR 0.15MG/0.3ML & 0.3MG/0.3ML	3	[90D]
<i>levalbuterol nebulizer</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
PERFOROMIST NEBULIZER	4	[PA] [B vs D] [90D]
PROAIR HFA	3	[90D]
PROAIR RESPICLICK	3	[90D]
SEREVENT DISKUS	3	[90D]
STRIVERDI RESPIMAT	3	[90D]
<i>terbutaline sulfate oral</i>	2	[90D]
XOPENEX NEBULIZER	4	[PA] [B vs D] [90D]
<b>Cystic Fibrosis Agents</b>		
BETHKIS	5	[PA] [B vs D]
CAYSTON	5	[PA] [LD]

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

[90D] = Suministro para 90 Días [LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 69.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
KALYDECO	5	[PA]
ORKAMBI	5	[PA]
PULMOZYME	5	[PA] [B vs D]
TOBI SOLN	5	[PA] [B vs D]
TOBI PODHALER	5	
<i>tobramycin nebulizer</i>	5	[PA] [B vs D]
TRIKAFTA	5	[PA]
<b>Mast Cell Stabilizers</b>		
<i>cromolyn sodium nebulizer soln</i>	4	[PA] [B vs D] [90D]
<b>Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease</b>		
DALIRESP	3	[90D]
<i>theophylline er tabs</i>	2	[90D]
<b>Pulmonary Antihypertensives</b>		
ADEMPAS	5	[PA] [LD]
<i>alyq</i>	5	[PA]
<i>ambrisentan</i>	5	[PA] [LD]
<i>bosentan 62.5mg &amp; 125mg tab</i>	5	[PA] [LD]
OPSUMIT	5	[PA] [LD]
<i>sildenafil tab 20mg</i>	3	[PA] [90D]
<i>tadalafil tab 20mg</i>	5	[PA]
TRACLEER 32MG	5	[PA] [LD]
UPTRAVI	5	[PA]
VENTAVIS	5	[PA] [B vs D]
<b>Pulmonary Fibrosis Agents</b>		
ESBRIET	5	[PA]
OFEV	5	[PA]
<b>Respiratory Tract Agents, Other</b>		
<i>acetylcysteine nebulizer soln</i>	2	[PA] [B vs D] [90D]
ANORO ELLIPTA	3	[90D]
PROLASTIN C INJ	5	[PA] [LD]
STIOLTO RESPIMAT	3	[90D]
XOLAIR	5	[PA] [LD]

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>SKELETAL MUSCLE RELAXANTS</b>		
<b>Skeletal Muscle Relaxants</b>		
<i>chlorzoxazone tabs 500mg</i>	2	[PA] [90D]
<i>cyclobenzaprine hcl ir</i>	2	[PA] [90D]
<i>methocarbamol tabs</i>	2	[PA] [90D]
<b>SLEEP DISORDER AGENTS</b>		
<b>GABA Receptor Modulators</b>		
<i>estazolam</i>	2	[90D]
<i>flurazepam</i>	2	[90D]
<i>temazepam caps 7.5mg, 15mg &amp; 30mg</i>	2	[90D]
<i>temazepam caps 22.5mg</i>	3	[90D]
<i>triazolam</i>	2	[90D]
<i>zolpidem ir tabs 5mg &amp; 10mg</i>	2	[90D]
<b>Sleep Disorders, Other</b>		
BELSOMRA	3	[QL] [90D]
<i>doxepin tabs</i>	3	[QL] [90D]
<i>modafinil</i>	4	[PA] [90D]
<i>ramelteon</i>	3	[QL] [90D]
XYREM	5	[PA] [LD]

[PA] = Prior Authorization [B vs D] = B versus D [QL] = Quantity Limit [ST] = Step Therapy [90D] = 90-Day Supply  
[LD] = Limited Distribution

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 34.

### **Additional drugs covered in select SCAN plans:**

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

- SCAN Classic (HMO): Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, Ventura Counties
- SCAN Classic II (HMO): Los Angeles County
- Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO): San Diego County
- Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO): San Diego County
- SCAN Prime (HMO): Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino Counties

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

### **Medicamentos adicionales cubiertos en los planes selectos de SCAN:**

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

- SCAN Classic (HMO): Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino y Ventura
- SCAN Classic II (HMO): Condado de Los Angeles
- Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO): Condado de San Diego
- Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO): Condado de San Diego
- SCAN Prime (HMO): Condados de Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino

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

<b>Drug Name</b>	<b>Drug Tier</b>	<b>Requirements/Limits</b>
<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Requisitos/ Límites</b>
<b>ERECTILE DYSFUNCTION</b>		
<b>Generic Viagra</b>		
<i>sildenafil tabs 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	[QL] [90D]

[PA] = Autorización Previa [B vs D] = B versus D [QL] = Límite de Cantidad [ST] = Tratamiento Escalonado  
[90D] = Suministro para 90 Días [LD] = Distribución Limitada

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 69.

**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>	5g per 30 days
<i>acyclovir ointment</i>	30g 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
BRILINTA	60 tabs per 30 days
<i>butorphanol tartrate nasal</i>	4 bottles per 30 days
<i>calcipotriene cream</i>	60gm: 2 tube per 30 days; 120gm: 1 tube per 30 days
<i>calcipotriene oint</i>	60gm: 2 tubes per 30 days
COLCHICINE	120 caps or tabs per 30 days
COLCRYS	120 tabs 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>dihydroergotamine mesylate nasal</i>	8ml per 30 days
<i>dipyridamole er &amp; aspirin</i>	60 caps per 30 days
<i>doxepin tabs</i>	30 tabs per 30 days
<i>endocet tabs 5-325mg, 7.5-325mg, 10-325mg</i>	5-325mg: 360 tabs per 30 days; 7.5-325mg: 240 tabs per 30 days; 10-325mg: 180 tabs per 30 days
<i>fenofibrate</i>	30 caps or tabs per 30 days
<i>fenofibrate micronized</i>	30 caps per 30 days
<i>fenofibric acid dr</i>	45mg: 60 caps per 30 days; 135mg: 30 caps 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; oint</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>galantamine</i>	60 tabs per 30 days
<i>galantamine er</i>	30 caps per 30 days
<i>galantamine oral soln</i>	200ml per 30 days
<i>glimepiride &amp; pioglitazone tabs</i>	30 tabs per 30 days
<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>leflunomide</i>	30 tabs per 30 days
<i>lidocaine ointment</i>	1 tube per 30 days
<i>lidocaine topical gel</i>	30gm: 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>lorcet hd tabs 10-325mg</i>	180 tabs per 30 days
<i>lorcet plus tabs 7.5-325mg</i>	180 tabs per 30 days
<i>lorcet tabs 5-325mg</i>	360 tabs per 30 days
<i>mesalamine er caps</i>	120 caps per 30 days
<i>mometasone furoate nasal</i>	3 bottles per 30 days
<i>morphine sulfate er tabs</i>	120 tabs per 30 days
<i>naratriptan</i>	9 tabs per 30 days
NEUPRO PATCH	30 patches per 30 days
<i>niacin er tabs</i>	500mg: 90 tabs per 30 days; 750mg & 1000mg: 60 tabs per 30 days
<i>oxybutynin er</i>	5mg: 30 tabs per 30 days; 10mg & 15mg: 60 tabs 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
<i>oxycodone &amp; aspirin tabs</i>	360 tabs per 30 days
<i>oxycodone &amp; ibuprofen tabs</i>	120 tabs per 30 days
OXYCODONE ER	60 tabs per 30 days
PENTASA	240 caps per 30 days
<i>pimecrolimus</i>	100gm: 2 tubes per 30 days
<i>raloxifene hcl</i>	30 tabs per 30 days
REGRANEX	2 tubes per 30 days
<i>rivastigmine caps</i>	60 caps per 30 days
<i>rivastigmine patches</i>	30 patches 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>ramelteon</i>	30 tabs per 30 days
SANTYL	90gm per 30 days
TAZORAC GEL	30gm: 3 tubes per 30 days; 100gm: 1 tube per 30 days
<i>tolterodine tartrate er</i>	30 caps per 30 days
<i>tramadol &amp; acetaminophen 37.5-325mg tabs</i>	240 tabs per 30 days
<i>tramadol er tabs</i>	30 tabs per 30 days
<i>zafirlukast</i>	60 tabs per 30 days
<i>zenzedi</i>	5mg: 120 tabs per 30 days 10mg: 180 tabs per 30 days
ZOMIG NASAL	2.5mg: 18 single use units per 30 days; 5mg: 12 single use units per 30 days

## INDEX ÍNDICE

- abacavir & lamivudine*, 81  
*abacavir & lamivudine & zidovudine*, 81  
*abacavir soln*, 81  
*abacavir tabs*, 81  
ABELCET INJ, 76  
ABILIFY MAINTENA, 79  
*abiraterone acetate*, 77  
*acamprosate calcium dr*, 70  
*acarbose*, 82  
*acebutolol*, 85  
*acetaminophen & codeine*, 70, 100  
*acetazolamide er caps*, 96  
*acetazolamide tabs*, 96  
*acetic acid & hydrocortisone*, 97  
*acetylcysteine nebulizer soln*, 98  
*acitretin 10mg & 25mg caps*, 87  
ACTHIB INJ, 94  
ACTIMMUNE INJ, 94  
*acyclovir caps & tabs*, 80  
*acyclovir cream & oint 5%*, 80  
*acyclovir inj*, 80  
*acyclovir oral susp*, 80  
ADACEL INJ, 94  
*adapalene cream 0.1%*, 87  
*adapalene gel 0.1% & 0.3%*, 87  
*adefovir dipivoxil*, 80  
ADEMPAS, 98  
ADVAIR HFA, 97  
AFINITOR, 78  
AFINITOR DISPERZ, 78  
*albendazole*, 79  
*albuterol sulfate er*, 97  
*albuterol sulfate nebulizer*, 97  
*albuterol sulfate syrup*, 97  
*albuterol sulfate tabs*, 97  
*alclometasone dipropionate*, 90  
*alcohol pads*, 96  
ALECENSA, 78  
*alendronate oral soln*, 95  
*alendronate tabs*, 95  
*alfuzosin hcl er*, 90  
ALINIA SUSP, 79  
ALINIA TABS, 79  
*aliskiren*, 85  
*allopurinol tab*, 76  
ALORA, 91  
*alosetron hcl tabs*, 89  
ALPHAGAN P 0.1%, 96  
*alprazolam er tabs*, 82  
*alprazolam intensol*, 82  
*alprazolam tabs*, 82  
*altavera*, 91  
ALTRENO, 87  
ALUNBRIG, 78  
ALUNBRIG INITIATION PACK, 78  
*alyacen 1/35*, 91  
*alyq*, 98  
*amabelz*, 91  
*amantadine*, 79  
AMBISOME INJ, 76  
*ambrisentan*, 98  
*amikacin inj*, 71  
*amiloride*, 86  
*amiloride & hydrochlorothiazide*, 86  
AMINOSYN INJ, 88  
*amiodarone tabs*, 85  
AMITIZA, 89  
*amitriptyline*, 75  
*amlodipine*, 85  
*amlodipine & atorvastatin*, 85  
*amlodipine & benazepril*, 85  
*ammonium lactate topical*, 87  
*amnesteem caps*, 87  
*amoxapine*, 75  
*amoxicillin*, 72  
*amoxicillin & clavulanate potassium*, 72  
*amoxicillin & clavulanate potassium er*, 72  
*amphetamine & dextroamphetamine*, 100  
*amphetamine & dextroamphetamine tabs*, 86  
*amphotericin b inj*, 76



*ampicillin & sulbactam inj 10-5gm, 2-1gm, & 1-0.5gm, 72*  
*ampicillin inj, 72*  
*ampicillin oral, 72*  
ANADROL-50, 91  
*anagrelide, 83*  
*anastrozole, 78*  
ANORO ELLIPTA, 98  
APOKYN INJ, 79  
*aprepitant caps 80mg & 125mg, 76*  
*aprepitant pack, 76*  
*apri, 91*  
APTIOM, 74  
APTIVUS, 81  
*aranelle, 91*  
ARCALYST INJ, 94  
*aripiprazole odt, 79*  
*aripiprazole soln 1mg/ml, 79*  
*aripiprazole tabs, 79*  
ARISTADA INITIO INJ, 79  
ARISTADA INJ, 79  
ASMANEX HFA, 97  
ASMANEX TWISTHALER, 97  
ASTAGRAF XL, 93  
*atazanavir sulfate caps 150mg & 200mg, 81*  
*atazanavir sulfate caps 300mg, 81*  
*atenolol, 85*  
*atenolol & chlorthalidone, 85*  
*atomoxetine, 86*  
*atorvastatin, 86*  
*atovaquone, 79*  
*atovaquone/proguanil, 79*  
ATRIPLA, 81  
*atropine sulfate soln, 96*  
ATROVENT HFA, 97, 100  
AUBAGIO, 87  
*aubra, 91*  
AURYXIA, 88  
AUSTEDO, 87  
*aviane, 91*  
AVONEX INJ, 87

AVONEX PEN INJ, 87  
AZASAN, 93  
AZASITE, 73  
*azathioprine oral, 93*  
*azelastine 0.05%, 96*  
*azelastine nasal 0.1%, 97*  
*azelastine nasal 0.15%, 97*  
*azithromycin inj, 73*  
*azithromycin tabs & oral susp, 73*  
*aztreonam inj 1gm, 72*  
*bacitracin & polymyxin b ointment, 71*  
*bacitracin ophthalmic ointment, 71*  
*baclofen, 80*  
*balsalazide, 95*  
BALVERSA, 78  
BANZEL, 74  
BAQSIMI, 83  
BARACLUDGE ORAL SOLN 0.05MG/ML, 80  
BCG INJ, 94  
*bd insulin syringe safetyglide, 96*  
*bd insulin syringe ultrafine, 96*  
*bd pen needle ultrafine, 96*  
BELSOMRA, 98, 100  
*benazepril, 84*  
*benazepril & hydrochlorothiazide, 84*  
BENLYSTA INJ 200MG/ML, 93  
*benztropine tabs, 79*  
*betamethasone dipropionate, 90*  
*betamethasone dipropionate augmented, 90*  
*betamethasone valerate cream, oint, lotion, 90*  
BETASERON INJ, 87  
*betaxolol soln, 96*  
*bethanechol, 90*  
BETHKIS, 97  
BEVESPI AEROSPHERE, 97  
*bexarotene, 78*  
BEXSERO INJ, 94  
*bicalutamide, 77*  
BICILLIN L-A INJ, 72  
BIKTARVY, 81  
*bisoprolol, 85*

*bisoprolol & hydrochlorothiazide*, 85  
 BLEPHAMIDE, 96  
 BLEPHAMIDE S.O.P., 96  
*blisovi fe 1.5/30*, 91  
 BOOSTRIX INJ, 94  
*bosentan 62.5mg & 125mg tab*, 98  
 BOSULIF TABS, 78  
 BRAFTOVI, 77  
 BREO ELLIPTA, 97  
*briellyn*, 91  
 BRILINTA, 84, 100  
*brimonidine tartrate soln 0.15%*, 96  
*brimonidine tartrate soln 0.2%*, 96  
 BRIVIACT ORAL SOLN, 73  
 BRIVIACT TABS, 73  
*bromocriptine*, 79  
 BROVANA NEBULIZER, 97  
 BRUKINSA, 78  
*budesonide ec caps*, 95  
*budesonide nebulizer*, 97  
*bumetanide oral*, 85  
*buprenorphine & naloxone sublingual tabs*, 71  
*buprenorphine oral*, 70  
*bupropion*, 75  
*bupropion sr*, 75  
*bupropion sr 150mg*, 71  
*bupropion xl 150mg, 300mg*, 75  
*bupropion xl 450mg*, 75  
*bupirone*, 82  
*butorphanol tartrate nasal*, 70, 100  
 BYDUREON BCISE INJ, 82  
 BYDUREON INJ, 82  
 BYETTA INJ, 82  
 BYSTOLIC, 85  
*cabergoline*, 93  
 CABOMETYX, 78  
*caffeine-ergotamine*, 76  
*calcipotriene cream*, 100  
*calcipotriene cream & oint*, 87  
*calcipotriene oint*, 100  
*calcipotriene soln*, 87  
*calcitonin-salmon nasal*, 95  
*calcitriol caps*, 95  
*calcium acetate*, 88  
 CALQUENCE, 78  
 CAPEX SHAMPOO, 90  
 CAPRELSA, 78  
*captopril*, 84  
*captopril & hydrochlorothiazide*, 84  
 CARAC, 87  
 CARBAGLU, 88  
*carbamazepine er tabs & caps*, 74  
*carbamazepine tabs, chewable tabs & oral susp*, 74  
*carbidopa*, 79  
*carbidopa & levodopa*, 79  
*carbidopa & levodopa & entacapone*, 79  
*carbidopa & levodopa er*, 79  
*carbidopa & levodopa odt*, 79  
*carteolol*, 96  
*cartia xt*, 85  
*carvedilol*, 85  
*carvedilol phosphate er*, 85  
*caspofungin inj*, 76  
 CAYSTON, 97  
*caziant*, 91  
*cefaclor*, 72  
*cefaclor er*, 72  
*cefadroxil caps & tabs*, 72  
*cefazolin inj*, 72  
*cefdinir*, 72  
*cefepime inj*, 72  
*cefixime caps*, 72  
*cefixime susp*, 72  
*cefoxitin sodium*, 72  
*cefpodoxime tabs*, 72  
*cefprozil*, 72  
*ceftazidime inj 1gm, 2gm & 6gm*, 72  
*ceftriaxone inj*, 72  
*cefuroxime inj*, 72  
*cefuroxime oral*, 72  
*celecoxib*, 71  
 CELLCEPT CAPS, 93  
 CELLCEPT ORAL SUSPENSION & TABS, 93  
 CELONTIN, 74  
*cephalexin caps & tabs 250mg & 500mg*, 72

*cephalexin oral susp*, 72  
 CERDELGA, 89  
*cevimeline*, 87  
 CHANTIX, 71  
 CHANTIX STARTING MONTH PAK, 71  
*chlorhexidine gluconate*, 87  
*chloroquine*, 79  
*chlorothiazide tabs*, 86  
*chlorpromazine oral*, 79  
*chlorthalidone*, 86  
*chlorzoxazone tabs 500mg*, 98  
*cholestyramine*, 86  
*cholestyramine light*, 86  
*ciclopirox 8% nail soln*, 76  
*ciclopirox cream, gel, shampoo & susp*, 76  
*cilastatin/imipenem inj*, 72  
*cilostazol*, 84  
 CIMDUO, 81  
*cimetidine oral*, 89  
*cinacalcet tabs 30mg*, 95  
*cinacalcet tabs 60mg & 90mg*, 96  
 CINRYZE INJ, 93  
 CIPRO HC, 73  
 CIPRODEX, 73  
*ciprofloxacin inj*, 73  
*ciprofloxacin ophthalmic soln 0.3%*, 73  
*ciprofloxacin tabs immediate-release 250mg, 500mg, 750mg*, 73  
*citalopram oral soln*, 75  
*citalopram tabs*, 75  
*claravis*, 87  
*clarithromycin*, 73  
*clarithromycin er*, 73  
 CLEOCIN VAGINAL SUPP, 71  
*clindamycin & benzoyl peroxide gel 5%-1% & 5%-1.2%*, 87  
*clindamycin oral*, 71  
*clindamycin phosphate inj*, 71  
*clindamycin topical gel, lotion, soln & swab*, 71  
*clindamycin vaginal cream*, 71  
 CLINISOL SF INJ, 88  
*clobazam*, 74  
*clobetasol propionate cream, foam, gel, oint, soln*, 90  
*clobetasol propionate emollient*, 90  
*clomipramine*, 75  
*clonazepam*, 74  
*clonazepam odt*, 74  
*clonidine er*, 86  
*clonidine patches*, 84  
*clonidine tabs immediate-release*, 84  
*clopidogrel tabs 75mg*, 84  
*clorazepate*, 82  
*clotrimazole & betamethasone*, 90  
*clotrimazole 1% cream*, 76  
*clotrimazole 1% topical soln*, 76  
*clotrimazole troche*, 76  
*clozapine*, 80  
*clozapine odt*, 80  
 COARTEM, 79  
*codeine*, 70  
 COLCHICINE, 76  
 COLCHICINE, 100  
 COLCRYS, 76, 100  
*colesevelam*, 86  
*colestipol granules*, 86  
*colestipol tabs*, 86  
*colistimethate inj*, 71  
 COMBIGAN, 96  
 COMBIVENT RESPIMAT, 97  
 COMETRIQ, 78  
 COMPLERA, 81  
*compro*, 75  
*constulose soln*, 89  
 COPAXONE INJ 40MG/ML, 87  
 COPIKTRA, 77  
 CORLANOR, 85  
*cortisone*, 90  
 CORTISPORIN CREAM & OINT, 71  
 COSENTYX, 87  
 COSENTYX SENSOREADY PEN, 87  
 COTELLIC, 78

COUMADIN ORAL, 83  
 CREON DR, 89  
 CRESEMBA ORAL, 76  
 CRIXIVAN, 81  
*cromolyn sodium nebulizer soln*, 98  
*cromolyn sodium ophthalmic soln*, 96  
*cromolyn sodium oral*, 89  
*cyclafem 1/35*, 91  
*cyclafem 7/7/7*, 91  
*cyclobenzaprine hcl ir*, 98  
*cyclophosphamide caps*, 77  
 CYCLOSET, 82  
*cyclosporine caps*, 93  
*cyclosporine modified*, 93  
*cyproheptadine*, 97  
*cyred eq*, 91  
 CYSTADANE, 89  
 CYSTAGON, 89  
 CYSTARAN, 96  
 CYTOMEL, 93  
*dalfampridine er*, 87  
 DALIRESP, 98  
*danazol*, 91  
*dapsone tabs*, 77  
 DAPTACEL INJ, 94  
*daptomycin inj*, 71  
 DARAPRIM, 79  
 DAURISMO, 77  
*deblitane*, 92  
*deferasirox*, 88  
 DELSTRIGO, 81  
*demeclocycline*, 73  
 DEMSER, 85  
 DENAVIR, 80  
 DEPEN TITRATABS, 88  
 DEPO-PROVERA INJ 400MG/ML, 93  
 DESCOVY, 81  
*desipramine*, 75  
*desloratadine tabs*, 97  
*desmopressin acetate nasal*, 91  
*desmopressin acetate oral*, 91  
*desogestrel & ethinyl estradiol*, 91  
*desonide*, 90  
*desoximetasone topical cream, & oint 0.25%*, 90  
*desoximetasone topical cream, gel & oint 0.05%*, 90  
 DESVENLAFAXINE ER, 75  
*desvenlafaxine succinate er*, 75  
*dexamethasone dose pack*, 90  
*dexamethasone elixir*, 90  
*dexamethasone ophthalmic soln*, 96  
*dexamethasone tabs*, 90  
*dexmethylphenidate ir tabs*, 86  
*dextroamphetamine sulfate*, 86, 100  
*dextroamphetamine sulfate er*, 86, 100  
*dextrose (10%, 5% or 2.5%) & sodium chloride inj*, 88  
*dextrose inj*, 88  
 DIASTAT, 74  
*diazepam intensol*, 82  
*diazepam tabs & soln*, 82  
*diclofenac potassium*, 71  
*diclofenac sodium*, 71  
*diclofenac sodium dr*, 71  
*diclofenac sodium er*, 71  
*diclofenac sodium gel 1%*, 87  
*diclofenac sodium gel 3%*, 87  
*diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%*, 96  
*dicloxacillin sodium*, 72  
*dicyclomine oral*, 89  
*didanosine*, 81  
*diflorasone diacetate*, 90  
*diflunisal*, 71  
*digitek*, 85  
*digox*, 85  
*digoxin oral*, 85  
*dihydroergotamine mesylate nasal*, 76, 100  
 DILANTIN CAPS 100MG, 74  
 DILANTIN CAPS 30MG, 74  
 DILANTIN INFATABS, 74  
 DILANTIN SUSP, 74  
*diltiazem er caps*, 85  
*diltiazem tabs*, 85  
*dilt-xr*, 85  
 DIPENTUM, 95  
*diphenoxylate & atropine*, 89

DIPHTHERIA & TETANUS TOXOIDS

PEDIATRIC INJ, 95  
*dipyridamole er & aspirin*, 100  
*dipyridamole er & aspirin*, 84  
*dipyridamole oral*, 84  
*disopyramide phosphate*, 85  
*disulfiram*, 70  
*divalproex sodium*, 74  
*divalproex sodium dr*, 74  
*divalproex sodium er*, 74  
*dofetilide*, 85  
*donepezil odt*, 74  
*donepezil tabs 5mg & 10mg*, 74  
*dorzolamide*, 96  
*dorzolamide & timolol maleate*, 96  
*dotti*, 91  
DOVATO, 81  
*doxazosin*, 84  
*doxepin caps*, 75  
*doxepin oral soln*, 75  
*doxepin tabs*, 98, 100  
*doxercalciferol oral*, 95  
*doxy 100 inj*, 73  
*doxycycline immediate-release tabs, caps & oral susp*, 73  
DRIZALMA SPRINKLE, 75  
*dronabinol*, 76  
DUAVEE, 93  
DULERA, 97  
*duloxetine hcl*, 87  
*duramorph inj*, 70  
DUREZOL, 96  
*dutasteride*, 90  
*dutasteride & tamsulosin*, 90  
*econazole nitrate*, 76  
EDURANT, 81  
*efavirenz caps*, 81  
*efavirenz tab*, 81  
ELIGARD INJ, 93  
ELIQUIS, 83  
ELIQUIS STARTER PACK, 83

ELMIRON, 90  
EMCYT, 77  
*emoquette*, 91  
EMSAM, 75  
EMTRIVA, 81  
*enalapril*, 84  
*enalapril & hydrochlorothiazide*, 84  
ENBREL INJ, 93  
ENBREL MINI, 93  
ENBREL SURECLICK INJ, 94  
*endocet*, 70  
*endocet*, 100  
ENGERIX-B INJ, 95  
*enoxaparin inj syringe 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml 100mg/ml, 120mg/0.8ml, & 150mg/ml*, 83  
*enpresse-28*, 91  
*enskyce*, 91  
*entacapone*, 79  
*entecavir tabs*, 80  
ENTRESTO, 85  
*enulose*, 89  
ENVARUSUS XR, 94  
EPCLUSA, 80  
EPIDIOLEX, 73  
EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR  
0.15MG/0.3ML & 0.3MG/0.3ML, 97  
*epitol*, 74  
EPIVIR HBV SOLN 5MG/ML, 80  
*eplerenone*, 86  
*ergoloid mesylates*, 74  
ERIVEDGE, 78  
ERLEADA, 77  
*erlotinib*, 78  
*ertapenem inj*, 72  
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INJ, 73  
*erythrocine stearate*, 73  
*erythromycin caps & tabs*, 73  
*erythromycin dr*, 73  
*erythromycin ophthalmic oint*, 73  
*erythromycin topical gel & soln*, 73

ESBRIET, 98  
*escitalopram*, 75  
*esomeprazole magnesium dr caps*, 89  
*estarylla*, 91  
*estazolam*, 98  
 ESTRACE VAGINAL CREAM, 91  
*estradiol & norethindrone acetate 5mcg/1mg & 2.5mcg-0.5mg*, 92  
*estradiol oral*, 91  
*estradiol patches*, 91  
*estradiol vaginal cream*, 91  
*estradiol vaginal tabs*, 92  
*ethambutol*, 77  
*ethinyl estradiol & ethynodiol*, 92  
*ethinyl estradiol & norethindrone acetate 5mcg/1mg & 2.5mcg-0.5mg*, 92  
*ethosuximide*, 74  
*etodolac*, 71  
*etodolac er*, 71  
 EURAX, 79  
*everolimus*, 78  
 EVOTAZ, 81  
*exemestane*, 78  
*ezetimibe*, 86  
*ezetimibe & simvastatin*, 86  
*falmina*, 92  
*famciclovir*, 80  
*famotidine tabs*, 89  
 FANAPT, 80  
 FANAPT TITRATION PACK, 80  
 FARXIGA, 82  
 FARYDAK, 78  
*febuxostat*, 76  
*felbamate oral susp 600mg/5ml*, 74  
*felbamate tabs 400mg*, 74  
*felbamate tabs 600mg*, 74  
*felodipine er*, 85  
*femynor*, 92  
*fenofibrate*, 86, 100  
*fenofibrate caps 43mg & 130mg*, 86  
*fenofibrate micronized*, 86, 100  
*fenofibrate tabs 48mg, 54mg, 145mg, 160mg*, 86  
*fenofibric acid dr caps*, 86, 100  
*fenofibric acid tabs*, 86  
*fantanyl citrate lozenges*, 70  
*fantanyl patches*, 100  
*fantanyl patches 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr, 100mcg/hr*, 70  
 FERRIPROX, 88, 96  
 FETZIMA, 75  
 FETZIMA TITRATION PACK, 75  
*finasteride tabs 5mg*, 90  
*flavoxate*, 89  
*flecainide acetate*, 85  
*fluconazole in sodium chloride inj*, 76  
*fluconazole oral*, 76  
*flucytosine*, 76  
*fludrocortisone acetate*, 90  
*flunisolide nasal*, 97, 100  
*fluocinolone acetonide*, 90  
*fluocinonide cream, gel & ointment, oint*, 100  
*fluocinonide emulsified base cream*, 90  
*fluocinonide gel & oint*, 90  
*fluocinonide soln*, 90  
*fluorometholone*, 96  
 FLUOROURACIL 0.5% CREAM, 87  
*fluorouracil topical*, 87  
*fluoxetine hcl caps 10mg, 20mg & 40mg*, 75  
*fluoxetine hcl oral soln*, 75  
*fluoxetine hcl tabs 10mg & 20mg*, 75  
*fluphenazine decanoate inj*, 79  
*fluphenazine inj*, 79  
*fluphenazine oral*, 79  
*flurazepam*, 98  
*flutamide*, 77  
*fluticasone propionate cream & oint*, 90  
*fluticasone propionate nasal*, 97, 100  
*fluticasone propionate/salmeterol diskus 100mcg-50mcg, 250mcg-50mcg & 500mcg-50mcg*, 97  
*fluvoxamine*, 75  
*fluvoxamine er*, 75  
*fondaparinux inj 2.5mg/0.5ml & 5mg/0.4ml*, 83  
*fondaparinux inj 7.5mg/0.6ml & 10mg/0.8ml*, 83  
 FORFIVO XL, 75

FORTEO INJ, 95  
*fosamprenavir tabs*, 81  
*fosinopril*, 84  
*fosinopril & hydrochlorothiazide*, 84  
*furosemide inj*, 86  
*furosemide oral*, 86  
 FUZEON INJ, 81  
*fyavolv*, 92  
 FYCOMPA, 73  
*gabapentin caps, tabs, & oral soln*, 74  
*galantamine*, 74, 101  
*galantamine er*, 74, 101  
*galantamine oral soln*, 74, 101  
 GAMMAGARD INJ, 94  
 GAMUNEX-C INJ, 94  
 GARDASIL 9 INJ, 95  
 GATTEX INJ, 89  
*gauze pads 2x2*, 96  
*gavilyte-c*, 89  
*gavilyte-g*, 89  
*gavilyte-n*, 89  
 GELNIQUE, 89  
*gemfibrozil*, 86  
*generlac*, 89  
*gengraf*, 94  
 GENOTROPIN INJ, 91  
 GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG, 0.4MG,  
 0.6MG, 0.8MG, 91  
 GENOTROPIN MINIQUICK INJ 1MG, 1.2MG,  
 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, & 2MG, 91  
*gentamicin cream 0.1% & oint 0.1%*, 71  
*gentamicin inj 40mg/ml*, 71  
*gentamicin ophthalmic soln 0.3%*, 71  
 GENVOYA, 81  
 GEODON INJ, 80  
 GILENYA, 87  
 GILOTRIF, 78  
*glatiramer acetate inj*, 87  
*glatopa inj*, 87  
 GLEOSTINE, 77  
*glimepiride*, 82  
*glimepiride & pioglitazone*, 82  
*glimepiride & pioglitazone tabs*, 101  
*glipizide*, 82  
*glipizide & metformin tabs*, 82  
*glipizide er*, 82  
 GLUCAGEN HYPOKIT, 83  
 GLUCAGON EMERGENCY KIT INJ, 83  
*glycopyrrolate 1mg & 2mg tabs*, 89  
*granisetron oral*, 76  
*griseofulvin microsize*, 76  
*guanfacine ir*, 84  
*guanidine*, 77  
*halobetasol propionate cream & ointment*, 90  
*haloperidol decanoate inj*, 79  
*haloperidol lactate inj*, 79  
*haloperidol oral*, 79  
 HARVONI, 80  
 HAVRIX INJ, 95  
*heparin inj vials 1000u/ml, 5000u/ml, 10000u/ml  
 & 20000u/ml*, 83  
 HETLIOZ, 87  
 HIBERIX INJ, 95  
 HUMALOG CARTRIDGE INJ, 83  
 HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ, 83  
 HUMALOG KWIKPEN INJ, 83  
 HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ, 83  
 HUMALOG MIX 50/50 VIAL INJ, 83  
 HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ, 83  
 HUMALOG MIX 75/25 VIAL INJ, 83  
 HUMALOG VIAL INJ, 83  
 HUMATROPE INJ 5MG VIAL, 12MG & 24MG  
 CARTRIDGE, 91  
 HUMATROPE INJ 6MG CARTRIDGE, 91  
 HUMIRA INJ, 94  
 HUMIRA PEDIATRIC CROHNS INJ, 94  
 HUMIRA PEN INJ, 94  
 HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER, 94  
 HUMIRA PEN-PS/UV STARTER, 94  
 HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ, 83  
 HUMULIN 70/30 VIAL INJ, 83  
 HUMULIN N KWIKPEN INJ, 83

HUMULIN N VIAL INJ, 83  
 HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)  
     KWIKPEN INJ, 83  
 HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) VIAL  
     INJ, 83  
 HUMULIN R VIAL INJ, 83  
*hydralazine oral*, 86  
*hydrochlorothiazide*, 86  
*hydrocodone & acetaminophen soln*, 70, 101  
*hydrocodone & acetaminophen tabs*, 101  
*hydrocodone & acetaminophen tabs 5-325mg*,  
     7.5-325mg, 10-325mg, 70  
*hydrocodone & ibuprofen*, 70, 101  
*hydrocortisone 2.5% cream, lotion, oint*, 90  
*hydrocortisone butyrate cream, oint & soln*, 90  
*hydrocortisone enema*, 95  
*hydrocortisone oral*, 90  
*hydrocortisone valerate*, 90  
*hydromorphone immediate-release oral soln &*  
     *tabs*, 70  
*hydromorphone inj*, 70  
*hydroxychloroquine*, 79  
*hydroxyurea*, 77  
*hydroxyzine hcl tabs*, 97  
*ibandronate oral*, 95  
 IBRANCE, 77  
*ibu*, 71  
*ibuprofen*, 71  
*icatibant inj*, 93  
 ICLUSIG, 78  
 IDHIFA, 78  
*imatinib*, 78  
 IMBRUVICA, 78  
*imipramine hcl tabs*, 75  
 IMIQUIMOD CREAM 3.75% PUMP, 87  
*imiquimod cream 5%*, 87  
 IMOVAX RABIES INJ, 95  
 IMURAN TABS, 94  
*incassia*, 93  
 INCRELEX INJ, 91  
*indapamide*, 86  
*indomethacin*, 71  
*indomethacin er*, 71  
*indomethacin ir caps*, 71  
 INFANRIX INJ, 95  
 INLYTA, 78  
 INREBIC, 77  
 INTELENCE 100MG & 200MG TABS, 81  
 INTELENCE 25MG TAB, 81  
 INTRALIPID INJ, 88  
 INTRON-A INJ, 80  
*introvale*, 92  
 INVEGA SUSTENNA 39MG, 80  
 INVEGA SUSTENNA INJ 78MG, 117MG,  
     156MG, & 234MG, 80  
 INVEGA TRINZA INJ, 80  
 INVIRASE, 82  
 INVOKAMET, 82  
 INVOKAMET XR, 82  
 INVOKANA, 82  
 IPOL INACTIVATED IPV INJ, 95  
*ipratropium bromide & albuterol sulfate*  
     *nebulizer*, 97  
*ipratropium bromide nasal*, 97, 101  
*ipratropium bromide nebulizer*, 97  
*irbesartan*, 84  
*irbesartan hct*, 84  
 IRESSA, 78  
 ISENTRESS CHEW TABS, 81  
 ISENTRESS HD TABS, 81  
 ISENTRESS ORAL POWDER, 81  
 ISENTRESS TABS, 81  
*isibloom*, 92  
*isoniazid oral*, 77  
*isosorbide dinitrate tabs 5mg, 10mg, 20mg, &*  
     *30mg*, 86  
*isosorbide mononitrate*, 86  
*isosorbide mononitrate er*, 86  
*isotretinoin caps*, 88  
*isradipine*, 85  
*itraconazole*, 76  
*ivermectin*, 79  
 IXIARO INJ, 95  
 JADENU, 88  
 JAKAFI, 78  
*jantoven*, 83



JANUMET, 82  
 JANUMET XR, 82  
 JANUVIA, 82  
*jasmiel*, 92  
*jinteli*, 92  
 JULUCA, 81  
*junel 21 day*, 92  
 JUXTAPID, 86  
 KALETRA TABS 100-25MG, 82  
 KALETRA TABS 200MG-50MG, 82  
 KALYDECO, 98  
*kariva*, 92  
*kelnor 1/35, 1/50*, 92  
*ketoconazole tabs, cream, shampoo*, 76  
*ketorolac oral*, 71  
*ketorolac soln 0.4% & 0.5%*, 96  
 KINERET INJ, 94  
 KINRIX INJ, 95  
*kionex*, 88  
 KISQALI, 77  
 KISQALI FEMARA CO-PACK, 77  
*klor-con pack*, 88  
*klor-con sprinkle*, 88  
*klor-con tabs*, 88  
 KOMBIGLYZE XR, 82  
 KORLYM, 92  
*kurvelo*, 92  
 KUVAN, 89  
*labetalol oral*, 85  
 LACRISERT, 96  
*lactulose soln 10g/15ml*, 89  
*lamivudine & zidovudine*, 81  
*lamivudine soln*, 81  
*lamivudine tabs 100mg*, 80  
*lamivudine tabs 150mg & 300mg*, 81  
*lamotrigine immediate-release tabs*, 82  
*lamotrigine starter kit*, 82  
 LANOXIN ORAL, 85  
*lansoprazole dr caps*, 89  
*lanthanum carbonate*, 88  
 LANTUS SOLOSTAR PEN INJ, 83  
 LANTUS VIAL INJ, 83  
*larin*, 92  
*larin fe*, 92  
*larissia*, 92  
*latanoprost*, 96  
 LATUDA, 80  
 LAZANDA, 70  
 LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR, 80  
*leena*, 92  
*leflunomide*, 94, 101  
 LENVIMA, 78  
*letrozole*, 78  
*leucovorin oral*, 77  
 LEUKERAN, 77  
 LEUKINE INJ, 83  
*leuprolide acetate inj*, 93  
*levalbuterol nebulizer*, 97  
*levetiracetam er*, 73  
*levetiracetam oral*, 73  
*levobunolol*, 96  
*levocarnitine oral*, 96  
*levocetirizine*, 97  
*levofloxacin inj*, 73  
*levofloxacin oral soln*, 73  
*levofloxacin tabs*, 73  
*levonest*, 92  
*levonorgestrel & ethinyl estradiol 0.1-0.02mg & 0.15-0.03mg & triphasic packs*, 92  
*levonorgestrel & ethinyl estradiol and ethinyl estradiol 0.1/0.02mg-0.01mg packs*, 92  
*levora*, 92  
*levothyroxine tabs*, 93  
*levoxyl*, 93  
 LEXIVA ORAL SUSP, 82  
*lidocaine & prilocaine*, 70, 101  
*lidocaine ointment*, 70, 101  
*lidocaine patch*, 70  
*lidocaine topical gel*, 70, 101  
*lidocaine topical soln*, 70, 101  
*lidocaine viscous soln*, 87  
*linezolid inj*, 71

*linezolid oral*, 71  
 LINZESS, 89  
*liothyronine tabs*, 93  
*lisinopril*, 84  
*lisinopril & hydrochlorothiazide*, 84  
*lithium carbonate*, 82  
*lithium carbonate er*, 82  
*lithium citrate*, 82  
 LODINE TABS, 71  
 LONSURF, 77  
*loperamide caps 2mg*, 89  
*lopinavir & ritonavir soln*, 82  
*lorazepam oral soln*, 82  
*lorazepam tabs*, 82  
 LORBRENA, 77  
*lorcet hd tabs*, 70, 101  
*lorcet plus tabs*, 70, 101  
*lorcet tabs*, 70, 101  
*losartan*, 84  
*losartan hct*, 84  
*lovastatin*, 86  
*low-ogestrel*, 92  
*loxapine*, 79  
 LUMIGAN, 96  
 LUPRON DEPOT INJ, 93  
 LYNPARZA, 77  
 LYSODREN, 93  
*lyza*, 93  
*magnesium sulfate inj*, 88  
*malathion*, 79  
*maprotiline*, 75  
*marlissa 28 day*, 92  
 MARPLAN, 75  
 MATULANE, 77  
*meclizine*, 75  
 MEDROL TABS, 90  
*medroxyprogesterone acetate inj*, 93  
*medroxyprogesterone acetate tabs*, 93  
*mefloquine*, 79  
*megestrol acetate oral susp 40mg/ml*, 93  
*megestrol tabs*, 93  
 MEKINIST, 78  
 MEKTOVI, 77  
*meloxicam tabs*, 71  
*memantine hcl immediate release*, 75  
*memantine hcl soln*, 75  
 MENACTRA INJ, 95  
 MENEST, 92  
 MENVEO-A/C/Y/W-135 INJ, 95  
*meprobamate*, 82  
*mercaptopurine*, 77  
*meropenem inj*, 72  
*mesalamine dr 400mg*, 95  
*mesalamine enema kit*, 95  
*mesalamine er caps*, 95, 101  
 MESNEX TABS, 77  
*metadate er*, 86  
*metformin*, 82  
*metformin er uncoated tabs 500mg & 750mg*, 82  
*methadone oral*, 70  
*methazolamide*, 96  
*methenamine hippurate*, 71  
*methimazole*, 93  
*methocarbamol tabs*, 98  
*methotrexate inj 50mg/2ml*, 94  
*methotrexate oral*, 94  
*methoxsalen*, 88  
*methyl dopa*, 84  
*methyl dopa & hydrochlorothiazide*, 84  
*methylphenidate er tabs 10mg & 20mg*, 87  
*methylphenidate ir tabs 5mg, 10mg & 20mg*, 87  
*methylprednisolone dose pack*, 90  
*methylprednisolone oral*, 90  
*metoclopramide oral tablets & soln*, 89  
*metolazone*, 86  
*metoprolol & hydrochlorothiazide*, 85  
*metoprolol succinate er*, 85  
*metoprolol tartrate 25mg, 50mg, 100mg tabs*, 85  
*metronidazole inj*, 72  
*metronidazole oral*, 72  
*metronidazole topical*, 72  
*metronidazole vaginal*, 72  
*mexiletine*, 85  
*microgestin*, 92  
*midodrine tabs*, 84  
*migergot suppository*, 76

*miglustat*, 89  
*mili*, 92  
MILLIPRED, 90  
*mimvey*, 92  
*minitran patches*, 86  
*minocycline ir*, 73  
*minoxidil*, 86  
*mirtazapine*, 75  
*mirtazapine odt*, 75  
*misoprostol*, 89  
M-M-R II INJ, 95  
*modafinil*, 98  
*moexipril*, 84  
*molindone*, 79  
*mometasone cream, oint & soln*, 90  
*mometasone furoate nasal*, 97  
*mometasone furoate nasal*, 101  
*mondoxylene nl*, 73  
*montelukast*, 97  
*morphine sulfate er tabs*, 70, 101  
*morphine sulfate oral*, 70  
MOVANTIK, 89  
MOVIPREP, 89  
*moxifloxacin hcl ophthalmic*, 73  
*moxifloxacin oral*, 73  
*mupirocin cream*, 72  
*mupirocin ointment*, 72  
*mycophenolate mofetil caps & tabs*, 94  
*mycophenolate mofetil oral susp*, 94  
*mycophenolic acid dr*, 94  
MYFORTIC, 94  
*myorisan*, 88  
MYRBETRIQ, 89  
*nabumetone*, 71  
*nadolol*, 85  
*nafcillin sodium inj 1gm & 10gm*, 72  
*nafcillin sodium inj 2gm*, 72  
*naloxone inj*, 71  
*naltrexone*, 71  
*naproxen dr*, 71  
*naproxen sodium ir*, 71  
*naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg*, 71  
*naratriptan*, 76, 101  
NARCAN, 71  
NATACYN, 76  
*nateglinide*, 82  
NATPARA, 96  
NAYZILAM, 73  
NEBUPENT NEBULIZER, 79  
*necon*, 92  
*nefazodone*, 75  
*neomycin & bacitracin & polymyxin b ophthalmic*, 72  
*neomycin & polymyxin & bacitracin & hydrocortisone*, 96  
*neomycin & polymyxin & dexamethasone*, 96  
*neomycin & polymyxin & gramicidin ophthalmic*, 72  
*neomycin & polymyxin & hydrocortisone*, 96, 97  
*neomycin sulfate oral*, 71  
NEORAL, 94  
NERLYNX, 78  
NEUPOGEN INJ, 83  
NEUPRO PATCH, 79  
NEUPRO PATCH, 101  
*nevirapine er*, 81  
*nevirapine susp & tabs*, 81  
NEXAVAR, 78  
*niacin er tabs*, 86, 101  
*nicardipine caps*, 85  
NICOTROL INHALER, 71  
NICOTROL NASAL, 71  
*nifedipine*, 85  
*nifedipine er*, 85  
*nilutamide*, 77  
*nimodipine caps*, 85  
NINLARO, 78  
*nisoldipine er*, 85  
*nitro-bid oint*, 86  
NITRO-DUR PATCHES, 86  
*nitrofurantoin caps*, 72  
*nitroglycerin lingual*, 86

*nitroglycerin patches*, 86  
*nitroglycerin sublingual*, 86  
 NIVESTYM, 83  
*norethindrone*, 93  
*norethindrone, ethinyl estradiol, ferrous fumarate*  
     *0.4mg/0.035mg*, 92  
*norgestimate-ethinyl estradiol*, 92  
 NORTHERA, 85  
*nortriptyline oral*, 75  
 NORVIR PACK & SOLN, 82  
 NOXAFIL ORAL, 76  
 NUBEQA, 77  
 NUDEXTA, 87  
 NUPLAZID, 80  
*nyamyc*, 76  
*nystatin*, 76  
*nystatin & triamcinolone*, 76  
*nystop*, 76  
*octreotide inj 500mcg/ml & 1000mcg/ml*, 93  
*octreotide inj 50mcg/ml, 100mcg/ml &*  
     *200mcg/ml*, 93  
 ODEFSEY, 81  
 ODOMZO, 78  
 OFEV, 98  
*ofloxacin ophthalmic*, 73  
*ofloxacin oral*, 73  
*ofloxacin otic*, 73  
*olanzapine inj 10mg*, 80  
*olanzapine odt*, 80  
*olanzapine tabs*, 80  
*olmesartan*, 84  
*olmesartan & amlodipine*, 84  
*olmesartan hct*, 84  
*olmesartan medoxomil & amlodipine &*  
     *hydrochlorothiazide tabs*, 85  
*olopatadine soln 0.1%*, 96  
*olopatadine soln 0.2%*, 96  
*omega-3-acid ethyl esters*, 86  
*omeprazole caps*, 89  
*ondansetron odt*, 76  
*ondansetron oral soln*, 76  
*ondansetron tabs*, 76  
 ONGLYZA, 82  
 OPSUMIT, 98  
 ORAPRED ODT, 90  
 ORAVIG, 76  
 ORENCIA CLICKJET, 94  
 ORENCIA INJ PF SYRINGE, 94  
 ORFADIN, 89  
 ORKAMBI, 98  
*orsythia 28 day*, 92  
*oseltamivir caps*, 82  
*oseltamivir susp*, 82  
 OSMOPREP, 89  
 OTEZLA, 94  
 OTEZLA STARTER, 94  
*oxandrolone 10mg tabs*, 91  
*oxandrolone 2.5mg tabs*, 91  
*oxazepam*, 82  
*oxcarbazepine*, 74  
*oxybutynin*, 89  
*oxybutynin er*, 89, 101  
*oxycodone*, 70  
*oxycodone & acetaminophen*, 70, 101  
*oxycodone & aspirin*, 70, 101  
*oxycodone & ibuprofen*, 70  
*oxycodone & ibuprofen tabs*, 101  
 OXYCODONE ER, 70  
 OXYCODONE ER, 101  
*oxycodone immediate-release*, 70  
*oxycodone oral soln*, 70  
 OXYTROL, 90  
 OZEMPIC, 82  
*pacerone tabs*, 85  
*paliperidone er 1.5mg, 3mg & 6mg tabs*, 80  
*paliperidone er 9mg tabs*, 80  
 PANRETIN, 78  
*pantoprazole tabs*, 89  
*paricalcitol caps*, 95  
*paramomycin*, 71  
*paroxetine hcl er*, 75  
*paroxetine hcl immediate-release*, 75  
*paroxetine mesylate*, 96  
 PASER, 77  
 PAXIL 10MG/5ML SUSP, 75  
 PEDIARIX INJ, 95

PEDVAX HIB INJ, 95  
*peg 3350 & electrolytes*, 89  
*peg 3350 & sodium chloride & sodium bicarbonate & potassium chloride*, 89  
 PEGANONE, 74  
 PEGASYS INJ, 80  
 PEGASYS PROCLICK INJ, 80  
*penicillin g inj 2 million, 5 million units*, 72  
*penicillin v potassium*, 72  
 PENTAM INJ, 79  
*pentamidine inhalation soln*, 79  
*pentamidine inj*, 79  
 PENTASA, 95, 101  
*pentoxifylline er*, 85  
 PERFOROMIST NEBULIZER, 97  
*perindopril*, 84  
*permethrin cream*, 79  
*perphenazine*, 75, 79  
*perphenazine & amitriptyline*, 75  
 PERSERIS, 80  
*phenadoz*, 75  
*phenelzine*, 75  
*phenobarbital elixir*, 74  
*phenobarbital tabs*, 74  
*phenytek*, 74  
*phenytoin chewable tabs*, 74  
*phenytoin er*, 74  
*phenytoin oral susp*, 74  
 PHOSPHOLINE IODIDE, 96  
 PIFELTRO, 81  
*pilocarpine soln*, 96  
*pilocarpine tabs*, 87  
*pimecrolimus*, 88, 101  
*pimozide*, 79  
*pimtrea*, 92  
*pindolol*, 85  
*pioglitazone*, 82  
*pioglitazone & metformin*, 82  
*piperacillin/tazobactam inj*, 72  
 PIQRAY, 78  
*pirmella 1/35*, 92  
*piroxicam*, 71  
 PLEGRIDY INJ, 87  
 PLEGRIDY STARTER PACK INJ, 87  
*plenamine inj*, 88  
 PLENVU, 89  
*podofilox*, 88  
*polymyxin b sulfate & trimethoprim sulfate ophthalmic soln*, 72  
 POMALYST, 77  
*posaconazole dr tabs*, 76  
*potassium chloride & dextrose & lactated ringers inj*, 88  
*potassium chloride & dextrose & sodium chloride inj 30mEq/5%/0.45% & 20mEq/5%/0.2%*, 88  
*potassium chloride er & cr*, 88  
*potassium chloride oral soln*, 88  
*potassium chloride pack 20meq*, 88  
*potassium citrate er*, 88  
 PRADAXA, 83  
*pramipexole ir*, 79  
*pravastatin*, 86  
*prazosin*, 84  
 PRED MILD, 96  
*prednicarbate*, 90  
*prednisolone acetate*, 96  
*prednisolone odt*, 90  
*prednisolone oral soln*, 90  
*prednisolone sodium phosphate*, 96  
 PREDNISON INTENSOL, 95  
*prednisone oral soln*, 95  
*prednisone tabs*, 95  
*pregabalin*, 74  
 PREMARIN ORAL, 92  
 PREMARIN VAGINAL CREAM, 92  
 PREMPHASE, 92  
 PREMPRO, 92  
 PREPOPIK, 89  
*prevalite*, 86  
 PREZCOBIX, 82  
 PREZISTA SUSP 100MG/ML, 82

PREZISTA TABS 600MG & 800MG, 82  
 PREZISTA TABS 75MG & 150MG, 82  
 PRIFTIN, 77  
 PRIMAQUINE, 79  
*primidone*, 74  
 PROAIR HFA, 97  
 PROAIR RESPICLICK, 97  
*probenecid*, 76  
*probenecid & colchicine*, 76  
*prochlorperazine oral*, 75  
*prochlorperazine suppositories*, 76  
 PROCRT INJ 20000UNIT/ML &  
 40000UNIT/ML, 84  
 PROCRT INJ 2000UNIT/ML, 83  
 PROCRT INJ 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML &  
 10000UNIT/ML, 84  
*procto-med hc*, 90  
*procto-pak*, 91  
*proctosol hc*, 91  
*proctozone-hc*, 91  
*progesterone caps*, 93  
 PROGLYCEM, 83  
 PROGRAF CAPS, 94  
 PROGRAF PACK, 94  
 PROLASTIN C INJ, 98  
 PROLIA, 95  
 PROMACTA, 84  
*promethazine suppositories*, 76  
*promethazine syrup*, 76  
*promethazine tabs 12.5mg, 25mg & 50mg*, 76  
*promethegan*, 76  
*propafenone*, 85  
*propranolol & hydrochlorothiazide*, 85  
*propranolol er caps*, 85  
*propranolol ir tabs*, 85  
*propranolol oral soln*, 85  
*propylthiouracil*, 93  
 PROQUAD INJ, 95  
 PROSOL INJ, 88  
*protriptyline*, 75  
*prudoxin*, 88  
 PULMICORT NEBULIZER, 97  
 PULMOZYME, 98  
 PURIXAN, 77  
*pyrazinamide*, 77  
*pyridostigmine er tabs*, 77  
*pyridostigmine soln*, 77  
*pyridostigmine tabs 60mg*, 77  
 QUADRACEL INJ, 95  
*quetiapine*, 80  
*quetiapine er tabs*, 80  
*quinapril*, 84  
*quinapril & hydrochlorothiazide*, 84  
*quinidine gluconate cr*, 85  
*quinidine sulfate*, 85  
*quinine sulfate caps 324mg*, 79  
 QVAR REDIHALER, 97  
 RABAVERT INJ, 95  
*raloxifene hcl*, 93, 101  
*ramelteon*, 98, 102  
*ramipril*, 84  
*ranitidine caps, & syrup*, 89  
*ranitidine tabs*, 89  
*ranolazine er*, 85  
 RAPAMUNE SOLN, 94  
 RAPAMUNE TABS, 94  
*rasagiline*, 79  
 RAVICTI, 89  
 REBIF INJ, 87  
 REBIF REBIDOSE INJ, 87  
 REBIF REBIDOSE TITRATION PACK INJ, 87  
 REBIF TITRATION PACK INJ, 87  
 RECOMBIVAX HB INJ, 95  
 RECTIV, 88  
 REGRANEX, 88, 101  
 RELENZA DISKHALER, 82  
 RELISTOR INJ, 89  
 RELISTOR TABS, 89  
*repaglinide*, 82  
 REPATHA INJ, 85  
 RESCRIPTOR, 81  
 RESTASIS, 96  
 RETACRIT INJ 2000UNIT/ML, 84  
 RETACRIT INJ 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML &  
 10000UNIT/ML, 84  
 RETACRIT INJ 40000UNIT/ML, 84

REVLIMID, 77  
 REXULTI, 80  
 REYATAZ ORAL POWDER, 82  
*ribavirin*, 80  
 RIDAURA, 94  
*rifabutin*, 77  
*rifampin inj*, 77  
*rifampin oral*, 77  
 RIFATER, 77  
*riluzole*, 87  
*rimantadine*, 82  
 RINVOQ, 94  
*risedronate sodium*, 95  
*risedronate sodium dr*, 95  
 RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG & 25MG, 80  
 RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG & 50MG, 80  
*risperidone*, 80  
*risperidone odt*, 80  
*ritonavir tabs*, 82  
*rivastigmine caps*, 74  
*rivastigmine caps*, 101  
*rivastigmine patches*, 101  
*rivastigmine patches*, 74  
*rizatriptan*, 76  
*rizatriptan odt*, 76  
*ropinirole ir*, 79  
*rosuvastatin*, 86  
 ROTARIX, 95  
 ROTATEQ, 95  
*roweepra*, 73  
*roweepra xr*, 73  
 ROZLYTREK, 78  
 RUBRACA, 78  
 RYDAPT, 78  
 SANDIMMUNE CAPS 25MG & 100MG, 94  
 SANDIMMUNE ORAL SOLN 100MG/ML, 94  
 SANTYL, 88, 102  
 SAPHRIS, 80  
 SAVELLA, 87  
 SAVELLA TITRATION PACK, 87  
*scopolamine patch*, 76  
*selegiline*, 79  
*selenium sulfide lotion*, 88  
 SELZENTRY 150MG & 300MG, 81  
 SELZENTRY 25MG & 75MG, 81  
 SELZENTRY SOLN, 81  
 SEREVENT DISKUS, 97  
 SEROQUEL XR, 80  
*sertraline oral soln*, 75  
*sertraline tabs*, 75  
*setlakin*, 92  
*sevelamer carbonate powder*, 88  
*sevelamer carbonate tabs*, 88  
*sharobel*, 93  
 SHINGRIX, 95  
*sildenafil tab 20mg*, 98  
*silver sulfadiazine*, 72  
*simvastatin*, 86  
*sirolimus soln*, 94  
*sirolimus tabs*, 94  
 SIRTURO, 77  
 SIVEXTRO, 72  
 SKYRIZI, 94  
*sodium chloride inj*, 88  
*sodium phenylbutyrate powder & tabs*, 89  
*sodium polystyrene sulfonate*, 88  
 SOFOSBUVIR/VELPATASVIR, 80  
*solifenacin succinate*, 90  
 SOLTAMOX, 77  
 SOMATULINE DEPOT INJ, 93  
 SOMAVERT INJ, 93  
*sorine*, 85  
*sotalol tabs*, 85  
 SPIRIVA HANDIHALER, 97  
 SPIRIVA RESPIMAT, 97  
*spironolactone*, 86  
*spironolactone & hydrochlorothiazide*, 86  
 SPRITAM, 73  
 SPRYCEL, 78  
*ssd*, 72  
*stavudine caps*, 81  
 STELARA INJ 45MG/0.5ML, & 90MG/ML, 88

STIMATE, 91  
 STIOLTO RESPIMAT, 98  
 STIVARGA, 78  
*streptomycin inj*, 71  
 STRIBILD, 81  
 STRIVERDI RESPIMAT, 97  
 SUCRAID, 89  
*sucralfate tabs*, 89  
*sulfacetamide sodium & prednisolone sodium phosphate ophthalmic*, 73  
*sulfacetamide sodium ophthalmic oint & soln 10%*, 73  
*sulfacetamide sodium topical lotion 10%*, 73  
*sulfadiazine*, 73  
*sulfamethoxazole & trimethoprim*, 73  
*sulfamethoxazole & trimethoprim ds tabs*, 73  
*sulfamethoxazole & trimethoprim oral susp*, 73  
*sulfamethoxazole & trimethoprim tabs*, 73  
*sulfasalazine*, 95  
*sulindac*, 71  
*sumatriptan nasal*, 77  
*sumatriptan succinate inj*, 77  
*sumatriptan succinate tabs*, 77  
 SUPRAX ORAL SUSP 500MG/5ML, 72  
 SUPREP BOWEL PREP, 89  
 SUTENT, 78  
 SYLATRON INJ, 78  
 SYMFI, 81  
 SYMFI LO, 81  
 SYMLINPEN INJ, 83  
 SYMPAZAN 10MG & 20MG, 74  
 SYMPAZAN 5MG, 74  
 SYMTUZA, 82  
 SYNAREL, 93  
 SYNRIPO INJ, 78  
 SYNTHROID, 93  
 TABLOID, 77  
*tacrolimus caps 0.5mg & 1mg*, 94  
*tacrolimus caps 5mg*, 94  
*tacrolimus oint*, 88  
*tadalafil tab 20mg*, 98  
 TAFINLAR, 78  
 TAGRISSO, 78  
 TALZENNA, 78  
*tamoxifen*, 77  
*tamsulosin*, 90  
 TARGRETIN GEL, 78  
*tarina fe*, 92  
 TASIGNA, 78  
*tazarotene*, 88  
*tazicef inj*, 72  
 TAZORAC 0.05% CREAM, 88  
 TAZORAC GEL, 88, 102  
*taztia xt*, 85  
 TECFIDERA, 87  
 TECFIDERA STARTER PACK, 87  
 TEFLARO INJ, 72  
 TEGRETOL, 74  
 TEGRETOL XR, 74  
 TEKTURNA HCT, 85  
*temazepam caps 22.5mg*, 98  
*temazepam caps 7.5mg, 15mg & 30mg*, 98  
 TENIVAC, 95  
*tenofovir disoproxil fumarate 300mg tabs*, 81  
*terazosin*, 84  
*terbinafine*, 76  
*terbutaline sulfate oral*, 97  
*terconazole*, 76  
*testosterone 1% & 1.62% gel*, 91  
*testosterone cypionate inj*, 91  
*testosterone enanthate inj*, 91  
*testosterone gel 25mg/2.5g, 20.25mg/1.25g, 40.5mg/2.5g & 50mg/5g gel*, 91  
 TETANUS & DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT INJ, 95  
*tetracycline*, 73  
 THALOMID, 77  
*theophylline er tabs*, 98  
 THIOLA, 90  
 THIOLA EC, 90  
*thioridazine*, 79  
*thiothixene*, 79  
*tiadylt er*, 85  
*tiagabine tabs*, 74  
 TIBSOVO, 78  
 TIGECYCLINE INJ, 72



*timolol ophth soln 12 hours 0.25% & 0.5%*, 96  
*timolol ophthalmic gel forming*, 96  
*timolol oral*, 85  
 TIVICAY 10MG & 25MG TABS, 81  
 TIVICAY 50MG TAB, 81  
*tizanidine caps*, 80  
*tizanidine tabs*, 80  
 TOBI PODHALER, 98  
 TOBI SOLN, 98  
 TOBRADEX OINT, 71  
*tobramycin & dexamethasone ophthalmic suspension*, 71  
*tobramycin nebulizer*, 98  
*tobramycin ophthalmic solution*, 71  
*tobramycin sulfate inj*, 71  
 TOLAK, 88  
*tolterodine tartrate er*, 90, 102  
*topiramate immediate-release*, 74  
*toremifene citrate*, 77  
*toremide oral*, 86  
 TOUJEO MAX SOLOSTAR, 83  
 TOUJEO SOLOSTAR, 83  
 TOVIAZ, 90  
 TPN ELECTROLYTES INJ, 88  
 TRACLEER 32MG, 98  
*tramadol*, 70  
*tramadol & acetaminophen*, 70, 102  
*tramadol er tabs*, 70, 102  
*trandolapril*, 84  
*tranexamic acid tabs*, 84  
*tranylcypromine*, 75  
 TRAVASOL INJ, 88  
*trazodone*, 75  
 TRECATOR, 77  
 TRELSTAR MIXJECT, 93  
*tretinoin caps*, 78  
*tretinoin cream, gel*, 88  
*triamcinolone acetonide topical cream, lotion & oint*, 91  
*triamcinolone dental paste*, 87  
*triamterene & hydrochlorothiazide*, 86  
*triazolam*, 98  
*triderm*, 91  
*trientine*, 88  
*tri-estarylla*, 92  
*trifluoperazine*, 79  
*trifluridine*, 80  
*trihexyphenidyl elixir*, 79  
*trihexyphenidyl tabs*, 79  
 TRIKAFTA, 98  
 TRILEPTAL, 74  
*tri-lo-estarylla*, 92  
*tri-lo-sprintec*, 92  
*trimethoprim*, 72  
*tri-mili*, 92  
*trimipramine maleate*, 75  
 TRINTELLIX, 75  
*tri-sprintec*, 92  
 TRIUMEQ, 81  
*trivora-28*, 92  
*tri-vylibra*, 92  
*tri-vylibra lo*, 92  
 TRULICITY INJ, 83  
 TRUMENBA INJ, 95  
 TRUVADA, 81  
 TUDORZA PRESSAIR, 97  
 TWINRIX INJ, 95  
 TYBOST, 81  
 TYGACIL INJ, 72  
 TYKERB, 78  
 TYMLOS, 96  
 TYPHIM VI INJ, 95  
*unithroid*, 93  
 UPTRAVI, 98  
*ursodiol*, 89  
*valacyclovir*, 81  
 VALCHLOR, 77  
*valganciclovir tabs*, 80  
*valproic acid oral caps soln*, 74  
*valsartan*, 84  
*valsartan & amlodipine*, 84  
*valsartan & amlodipine & hct*, 84

*valsartan hct*, 84  
*vancomycin caps 125mg*, 72  
*vancomycin caps 250mg*, 72  
*vancomycin inj*, 72  
*vancomycin oral soln*, 72  
*vandazole*, 72  
 VAQTA INJ, 95  
 VARIVAX INJ, 95  
 VARIZIG INJ, 95  
*velivet*, 92  
 VELTASSA, 88  
 VENCLEXTA STARTING PACK, 78  
 VENCLEXTA TABS 100MG, 78  
 VENCLEXTA TABS 10MG & 50MG, 78  
*venlafaxine er caps & tabs*, 75  
*venlafaxine ir tabs*, 75  
 VENTAVIS, 98  
*verapamil er*, 85  
*verapamil ir*, 85  
*verapamil sr*, 85  
 VERSACLOZ, 80  
 VERZENIO, 78  
 VICTOZA INJ, 83  
 VIDEX EC 125MG, 81  
 VIDEX PEDIATRIC SOLN, 81  
*vienna*, 92  
*vigabatrin powder for oral soln & tabs*, 74  
*vigadrone powder for oral soln*, 74  
 VIIBRYD, 75  
 VIIBRYD STARTER PACK, 75  
 VIMPAT ORAL, 74  
 VIRACEPT, 82  
 VIREAD 150MG, 200MG, 250MG TABS, 81  
 VIREAD POWDER, 81  
 VITRAKVI, 78  
 VIZIMPRO, 78  
*voriconazole inj*, 76  
*voriconazole oral*, 76  
 VOTRIENT, 78  
 VRAYLAR CAPSULES, 80  
 VRAYLAR DOSE PACK, 80  
*vyfemla*, 92  
*vylibra*, 92  
*warfarin*, 83  
*wixela inhub*, 97  
*wymzya fe*, 92  
 XALKORI, 78  
 XARELTO, 83  
 XARELTO STARTER PACK, 83  
 XATMEP, 94  
 XELJANZ, 94  
 XELJANZ XR, 94  
 XGEVA INJ, 96  
 XIFAXAN TABS 200MG, 72  
 XIFAXAN TABS 550MG, 72  
 XIGDUO XR, 83  
 XIIDRA, 96  
 XOFLUZA, 82  
 XOLAIR, 98  
 XOPENEX NEBULIZER, 97  
 XOSPATA, 78  
 XPOVIO, 78  
 XTANDI, 77  
 XYREM, 98  
 YF-VAX INJ, 95  
 YONSA, 77  
 YUPELRI, 97  
*yuvafem*, 92  
*zafirlukast*, 97, 102  
 ZEJULA, 78  
 ZELBORAF, 78  
*zenatane*, 88  
*zenzedi*, 102  
*zenzedi tabs 5mg & 10mg*, 86  
 ZERBAXA INJ, 72  
*zidovudine*, 81  
*ziprasidone oral*, 80  
 ZIRGAN, 80  
 ZOLINZA, 78  
*zolmitriptan odt*, 77  
*zolmitriptan tabs*, 77  
*zolpidem tabs 5mg & 10mg*, 98  
 ZOMIG NASAL, 77, 102  
*zonisamide*, 74  
 ZORTRESS TABS 0.25MG, 94  
 ZORTRESS TABS 0.5MG, 0.75MG & 1MG, 94

ZOSTAVAX INJ, 95  
ZOSYN GALAXY INJ 2GM/0.25GM &  
3GM/0.375GM, 73  
*zovia*, 92

ZYDELIG, 78  
ZYKADIA TABS, 78  
ZYPREXA RELPREVV 210MG INJ, 80  
ZYTIGA 500MG TABS, 77



This formulary was updated on 03/01/2020. For more recent information or other questions, please contact SCAN Health Plan Member Services at 1-800-559-3500 (Medicare and Medi-Cal eligible members should call 1-866-722-6725) or, for TTY users, 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).

Este formulario se actualizó el 03/01/2020. Para obtener información más reciente o si tiene dudas, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN Health Plan al 1-800-559-3500 (los miembros elegibles para Medicare y Medi-Cal deben llamar al 1-866-722-6725) o bien, los usuarios de TTY, 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil), o visite [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com).

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

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Llame al 1-800-559-3500. (TTY: 711). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Call 1-800-559-3500. (TTY: 711). 注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-559-3500。（聽障專線：711）。