



## 2012 Comprehensive Formulary

### (List of Covered Drugs)

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

**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.

Beneficiaries must use network pharmacies to access their prescription drug benefit. Benefits, formulary, pharmacy network, premium and/or copayments/coinsurance may change on January 1, 2013.

United American - Preferred (PDP) is a Medicare Approved Part D Sponsor.

This information is available in a different format, including large print and Spanish large print. Please call Customer Service at 1-866-524-4169 if you need plan information in another format or language.

## Formulario integral de medicamentos aprobados para 2012

### (Lista de medicamentos cubiertos)

#### **POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN**

**Nota a los miembros actuales:** El formulario no es el mismo del año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que usted toma.

Los beneficiarios deben usar farmacias de la red para tener acceso a su beneficio de medicina de prescripción. Beneficios, formulario, la red de farmacia, el premio y/o co-pagos/co-seguro pueden cambiarse el 1 de enero de 2013.

United American - Preferred es patrocinador aprobado por Medicare.

Esta información está disponible en un formato diferente, incluyendo impresión grande e impresión grande en español. Por favor, llame al servicio al cliente al 1-866-524-4169 si necesita información en otro formato o idioma.



## What is the United American - Preferred Formulary?

A formulary is a list of covered drugs selected by United American - Preferred Prescription Drug Plan (PDP) 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. United American - Preferred will generally cover the drugs listed in our formulary as long as the drug is medically necessary, the prescription is filled at a United American - Preferred 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 change?

Generally, if you are taking a drug on our 2012 formulary that was covered at the beginning of the year, we will not discontinue or reduce coverage of the drug during the 2012 coverage year except when a new, less expensive generic drug becomes available or when new adverse information about the safety or effectiveness of a drug is released. Other types of formulary changes, such as removing a drug from our formulary, will not affect members who are currently taking the drug. It will remain available at the same cost-sharing for those members taking it for the remainder of the coverage year. We feel it is important that you have continued access for the remainder of the coverage year to the formulary drugs that were available when you chose our plan, except for cases in which you can save additional money or we can ensure your safety.

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 60 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 60-day supply of the drug. 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. The enclosed formulary is current as of 08/02/2011. To get updated information about the drugs covered by United American - Preferred, please visit our Web site at <http://www.uamedicarepartd.com> or call Customer Service at 1-866-524-4169, weekdays from 8:00am to 8:00pm in your local time zone. TTY/TDD users should call 1-866-524-4170.

In order to keep your formulary current, we will update the page on which the affected drug(s) is listed and send you a copy to keep with your formulary.

## How do I use the Formulary?

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

### **Medical Condition**

The formulary begins on page 3. 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/Hypertensive/Lipids". If you know what your drug is used for, look for the category name in the list that begins on page 3. 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 35. 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?

United American - Preferred 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:** United American - Preferred requires you [or your physician] to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval from United American - Preferred before you fill your prescriptions. If you don't get approval, United American - Preferred may not cover the drug.
- **Quantity Limits:** For certain drugs, United American - Preferred limits the amount of the drug that United American - Preferred will cover. For example, United American - Preferred provides 34 pills per prescription for Lipitor. This may be in addition to a standard one month or three month supply.
- **Step Therapy:** In some cases, United American - Preferred 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, United American - Preferred may not cover drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, United American - Preferred 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 3. You can also get more information about the restrictions applied to specific covered drugs by visiting our Web site at <http://www.uamedicarepartd.com>.

You can ask United American - Preferred to make an exception to these restrictions or limits. See the section, "How do I request an exception to the United American - Preferred formulary?" on page ii 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, you should first contact Customer Service and confirm that your drug is not covered. If you learn that United American - Preferred does not cover your drug, you have two options:

- You can ask Customer Service for a list of similar drugs that are covered by United American - Preferred. When you receive the list, show it to your doctor and ask him or her to prescribe a similar drug that is covered by United American - Preferred.
- You can ask United American - Preferred 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 United American - Preferred Formulary?

You can ask United American - Preferred 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 your drug even if it is not on our formulary.
- You can ask us to waive coverage restrictions or limits on your drug. For example, for certain drugs, United American - Preferred 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 more.
- You can ask us to provide a higher level of coverage for your drug. If your drug is contained in our non-preferred tier, you can ask us to cover it at the cost-sharing amount that applies to drugs in the preferred tier instead. This would lower the amount you must pay for your drug. Please note, if we grant your request to cover a drug that is not on our formulary, you may not ask us to provide a higher level of coverage for the drug. Also, you may not ask us to provide a higher level of coverage for drugs that are in the specialty drug tier.

Generally, United American - Preferred will only approve your request for an exception if the alternative drugs included on the plan's formulary, the lower-tiered 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 are requesting a formulary, tiering or utilization restriction exception you should submit a statement from your physician supporting your request. Generally, we must make our decision within 72 hours of getting your prescribing physician'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 your prescribing physician's supporting statement.

## **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 (unless you have a prescription written for fewer days) when you go to a network pharmacy. After your first 30-day supply, 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, we will cover a temporary 98-day transition supply (unless you have a prescription written for fewer days). We will cover more than one refill of these drugs for the first 90 days you are a member of our plan. If 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 34-day emergency supply of that drug (unless you have a prescription for fewer days) while you pursue a formulary exception.

## **What if there is a change in my level of care?**

A level of care change is defined as when enrollees:

- Enter LTC facilities from hospitals or other settings;
- Leave LTC facilities and return to the community;
- Are discharged from a hospital to a home;
- End a skilled nursing facility (SNF) stay covered under Medicare Part A (where all pharmacy charges are covered), and must revert to coverage under their Part D plan formulary;
- Revert from hospice status to standard Medicare Part A and B benefits; and
- Are discharged from psychiatric hospitals with medication regimens that are highly individualized.

While Part A does provide reimbursement for "a limited supply" to facilitate beneficiary discharge, you must be permitted to have a full outpatient supply available to continue therapy once this limited supply is exhausted. Level of Care supplies will be available for your prescription, when appropriate, that are received at retail, home infusion, or mail order.

We do not use an early-refill restriction to limit appropriate and necessary access to your Part D benefit. In instances where you are admitted to, or discharged from, a long term care facility, we allow you to access a refill upon admission or discharge. However, we may use early-refill restrictions for safety reasons.

## For more information

For more detailed information about your United American - Preferred Prescription Drug Plan, please review your Evidence of Coverage and other plan materials.

If you have questions about United American - Preferred, please call Customer Service at 1-866-524-4169, weekdays from 8:00am to 8:00pm in your local time zone. TTY/TDD users should call 1-866-524-4170. Or visit <http://www.uamedicarepartd.com>.

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

## United American - Preferred's Formulary

The formulary that begins on page 3 provides coverage information about some of the drugs covered by United American - Preferred. If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Index that begins on page 35.

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

The information in the Notes column tells you if United American - Preferred has any special requirements for coverage of your drug.

## ¿Qué es el formulario de United American - Preferred?

Un formulario de medicamentos aprobados es una lista de medicamentos cubiertos, seleccionados por la cobertura para recetas médicas (PDP) de United American - Preferred con el asesoramiento de un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias con medicamentos consideradas parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. En general United American - Preferred cubrirá los medicamentos incluidos en nuestro formulario de medicamentos aprobados siempre que los mismos sean médicamente necesarios, se adquieran en una farmacia de la red de United American - Preferred y se sigan otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo adquirir sus medicamentos con receta, consulte su Evidencia de cobertura.

## ¿Puede cambiar el formulario de medicamentos aprobados?

En general, si está tomando un medicamento en nuestro formulario de 2012, que estaba cubierto a principios de año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura de dicho medicamento durante 2012, excepto cuando exista un medicamento genérico nuevo, más económico o cuando se haya publicado información negativa respecto a la efectividad o seguridad del medicamento. Otros tipos de cambios en el formulario, como cuando se elimina un producto, no afectarán a los miembros que actualmente estén tomando dicho medicamento. Seguirá disponible al mismo costo compartido para aquellos miembros que lo tomen durante el resto del año de la cobertura. Consideramos que es importante que tenga acceso continuo durante el resto del año de la cobertura, a los medicamentos del formulario que estaban disponibles cuando eligió nuestro plan, excepto en los casos en los que pueda ahorrar dinero adicional o en los que podamos garantizar su seguridad.

Si quitamos medicamentos de nuestro formulario de medicamentos aprobados, o agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado para un medicamento o pasamos un medicamento a una categoría de costo compartido superior, debemos notificar de esta situación a los afiliados afectados, al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia, o en cuanto el afiliado solicite una reposición del medicamento, en cuyo momento el miembro recibirá un suministro de 60 días del mismo. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro formulario de medicamentos aprobados no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, quitaremos el medicamento de nuestro formulario de medicamentos aprobados de inmediato y notificaremos el cambio a los afiliados que toman el medicamento. El formulario de medicamentos aprobados que se adjunta entra en vigencia a partir del 08/02/2011. Para obtener información actualizada acerca de los medicamentos cubiertos por United American - Preferred, visite nuestro sitio web en <http://www.uamedicarepartd.com> o llame a Servicio al cliente al 1-866-524-4169, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm, en su horario local. Los usuarios de TTY/TDD deben comunicarse al 1-866-524-4170.

Con el objeto de mantener su formulario al corriente, actualizaremos la página en la que se listen los medicamentos afectados y le enviaremos una copia para que la guarde en su formulario.

## ¿Cómo utilizo el formulario de medicamentos aprobados?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario de medicamentos aprobados:

### **Afección**

El formulario de medicamentos aprobados comienza en la página 3. Los medicamentos incluidos en este formulario de medicamentos aprobados están agrupados en categorías dependiendo de los tipos de afecciones que tratan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca incluidos en la categoría "Cardiovascular/Hipertenso/Lípidos". Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 3. Luego busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

### **Listado alfabético**

Si no está seguro en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 35. El Índice presenta una lista por orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice se incluyen tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.



Busque en el Índice para encontrar su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Diríjase a la página indicada en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## ¿Qué son los medicamentos genéricos?

United American - Preferred cubrirá tanto medicamentos genéricos como de marca. Un medicamento genérico es un medicamento que ha sido aprobado por la FDA, quien ha declarado que contiene el mismo ingrediente o ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

## ¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- Autorización previa: United American - Preferred requiere que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de United American - Preferred antes de adquirir su medicamento. Si no obtiene la aprobación, puede ser que United American - Preferred no cubra el medicamento.
- Límites de cantidad: En el caso de ciertos medicamentos, United American - Preferred limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Por ejemplo, United American - Preferred suministra 34 pastillas de Lipitor por receta. Esto puede ser además del suministro estándar de uno a tres meses.
- Tratamiento escalonado: En algunos casos, United American - Preferred requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan su afección, United American - Preferred puede no cubrir el Medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no le sirve, United American - Preferred cubrirá el Medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional buscándolo en el formulario de medicamentos con receta que comienza en la página 3. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos visitando nuestro sitio web en <http://www.uamedicarepartd.com>.

Puede solicitarle a United American - Preferred que haga una excepción a estas restricciones o límites. Consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario de medicamentos aprobados de United American - Preferred?" en la página ii para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Qué sucede si mi medicamento no aparece en el formulario de medicamentos aprobados?

Si su medicamento no está incluido en este formulario de medicamentos aprobados, debe comunicarse primero con Servicio al cliente y confirmar que su medicamento no está cubierto. Si se entera que United American - Preferred no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicio al cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por United American - Preferred. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por United American - Preferred.
- Puede pedirle a United American - Preferred que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte las secciones que siguen para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Cómo solicito una excepción al formulario de medicamentos aprobados de United American - Preferred?

Puede solicitarle a United American - Preferred que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitar que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos su medicamento aunque no esté incluido en nuestro formulario de medicamentos aprobados.



- Puede pedirnos que no apliquemos las restricciones o límites de cobertura sobre su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, United American - Preferred limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad puede pedirnos que no apliquemos el límite y cubramos más.
- Puede pedirnos que proporcionemos un nivel de cobertura superior para su medicamento. Si su medicamento está contenido en nuestra categoría de no preferidos, puede pedirnos que lo cubramos con la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos en la categoría de preferidos. Esto bajará el monto que debe pagar por su medicamento. Tenga en cuenta que si aceptamos su solicitud de cubrir un medicamento que no está incluido en nuestro formulario de medicamentos aprobados, no puede pedirnos que proporcionemos un nivel de cobertura superior para dicho medicamento. Además, tampoco puede pedirnos que proporcionemos un nivel de cobertura más alto para medicamentos que estén en la categoría de medicamentos especializados.

En general, United American - Preferred sólo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario de medicamentos aprobados del Plan, el medicamento de categoría inferior o las restricciones de utilización adicionales no son eficaces para el tratamiento de su afección y/o le causaran algún efecto médico adverso.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una excepción al formulario de medicamentos aprobados, la categorización, o la restricción de utilización. Cuando solicita una excepción al formulario de medicamentos aprobados, la categorización, o la restricción de utilización, debe enviar un certificado médico que respalde su solicitud. En general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas posteriores a recepción del certificado médico. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que su salud podría verse seriamente afectada por esperar 72 horas una decisión. Si su solicitud de aceleración se acepta, le daremos una decisión a más tardar en 24 horas, después de recibir el certificado de su médico en apoyo al uso del medicamento.

## **¿Qué puedo hacer antes de hablar con mi médico acerca de cambiar mis medicamentos o de solicitar una excepción?**

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no se encuentren en nuestro formulario. O podría estar tomando un medicamento que sí esté comprendido en el formulario, pero su habilidad para obtenerlo podría estar limitada. Por ejemplo, es posible que necesite una autorización previa nuestra antes de adquirir su medicamento. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que se encuentre cubierto o solicitar una excepción del formulario para que podamos cubrir el medicamento que está tomando. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción adecuado para usted, podemos proporcionarle el medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en los que sea miembro del plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no se encuentre en el formulario o si su habilidad para obtener los medicamentos está limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días (a menos que cuente con una receta que establezca menos días) cuando acuda a una farmacia de la red. Después de su primer suministro por 30 días, no le pagaremos por estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de una institución de cuidados a largo plazo, cubriremos un suministro de transición temporal de 98 días (a menos que tenga una receta por menos días). Cubriremos más de una renovación de este medicamento durante los primeros 90 días en que sea miembro de nuestro plan. Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o si su habilidad para obtenerlo es limitada, pero ya han pasado los primeros 90 días de su afiliación al plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento, por 34 días (a menos que tenga una receta por menos días) mientras solicita una excepción al formulario.

## ¿Que si hay un cambio en mi nivel de cuidado?

Un nivel de cambio del cuidado se define como cuando inscribidos sean:

- Internados en LTC (cuidado de largo plazo) de hospitales o de otros ajustes;
- Retirados de LTC (del cuidado de largo plazo) y vuelvan a la comunidad;
- Dar de alta de un hospital a un hogar;
- Terminados el cuidado en un Centro de Enfermería (SNF) bajo parte A de Medicare (donde se cubren todas las cargas de la farmacia), y debe invertir a la cobertura debajo de su formulario del plan de la parte D;
- Invertidos de Hospicio a las ventajas estándar de la parte A y de B beneficios de Medicare; y
- Se descargan de hospitales psiquiátricos con los regímenes de medicación que son altamente individualizados.

Mientras que la parte A no proporciona el reembolso para un suministro de drogas limitado para facilitar el descargo de beneficiario, usted debe ser permitido para tener un suministro completa del paciente no internado disponible para continuar terapia cuando un suministro de droga limitada termine. El nivel de cuidado estará disponible para su prescripción, cuando es apropiado, que se reciben en la venta al por menor, la infusión casera, o el pedido por correo.

No utilizamos restricciones de rellenos tempranos o limitamos acceso apropiado necesario a sus beneficios de la parte D. En los casos a donde se ingrese o se de alta de una facilidad de largo plazo, permitimos que usted tenga acceso a un repuesio sobre la admisión o la descarga. Sin embargo, podemos utilizar restricciones de rellenos tempranos por razones de la seguridad.

## Para más información

Para obtener información más detallada acerca de la cobertura de medicamentos con receta de United American - Preferred, consulte su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta acerca de United American - Preferred, llame entre semana al Servicio al cliente, al 1-866-524-4169, de las 8:00 am a las 8:00 pm en su horario local. Los usuarios de TTY/TDD deben comunicarse al 1-866-524-4170. O visite <http://www.uamedicarepartd.com>.

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

## Formulario de medicamentos aprobados de United American - Preferred

El formulario de medicamentos aprobados que comienza en la página 3 brinda información de cobertura sobre algunos de los medicamentos cubiertos por United American - Preferred. Si tiene algún problema para encontrar su medicamento en la lista, diríjase al Índice que comienza en la página 35.

El nombre del medicamento se encuentra en la primera columna de la tabla. Los medicamentos de marca aparecen en mayúscula (por ej., PRILLOSEC) y los medicamentos genéricos aparecen en letra cursiva minúscula (por ej., omeprazole).

La información en la columna Notas le informa si United American - Preferred tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

If you live in the following states: AK you will pay the following for your prescription drugs:

Si usted vive en los siguientes Estados: AK usted pagara lo siguiente hacia sus prescripciones de drogas:

	<b>34-Day supply at a Network Pharmacy un suministro de 34 días a Farmacia bajo la red</b>	<b>90-Day Supply at a Network Pharmacy un suministro de 90 días a Farmacia bajo la red</b>	<b>90-Day Supply using the plan's mail-order service un suministro de 90 días venta por el correo con farmacia bajo la red</b>
<b>Cost-sharing tier 1</b> <i>(Preferred Generic Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 1</b> <i>(drogas Genéricas Preferidas)</i>	\$3	\$9	\$0
<b>Cost-sharing tier 2</b> <i>(Non-Preferred Generic Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 2</b> <i>(drogas Genéricas No Preferidas)</i>	\$11	\$33	\$27
<b>Cost-sharing tier 3</b> <i>(Preferred Brand Name Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 3</b> <i>(drogas de Marca Preferida)</i>	\$45	\$113	\$90
<b>Cost-sharing tier 4</b> <i>(Non-Preferred Name Brand Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 4</b> <i>(drogas de Marca No Preferidas)</i>	\$95	\$238	\$190
<b>Cost-sharing tier 5</b> <i>(Specialty Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 5</b> <i>(drogas de Especialidad)</i>	30%	30%	30%

If you live in the following states: AZ, DC, DE, FL, ID, IL, MD, ME, NH, NM, NV, OH, PA, SC, TX, UT, VA, WV you will pay the following for your prescription drugs:

Si usted vive en los siguientes Estados: AZ, DC, DE, FL, ID, IL, MD, ME, NH, NM, NV, OH, PA, SC, TX, UT, VA, WV usted pagara lo siguiente hacia sus prescripciones de drogas:

	<b>34-Day supply at a Network Pharmacy un suministro de 34 días a Farmacia bajo la red</b>	<b>90-Day Supply at a Network Pharmacy un suministro de 90 días a Farmacia bajo la red</b>	<b>90-Day Supply using the plan's mail-order service un suministro de 90 días venta por el correo con farmacia bajo la red</b>
<b>Cost-sharing tier 1</b> <i>(Preferred Generic Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 1</b> <i>(drogas Genéricas Preferidas)</i>	\$3	\$9	\$0
<b>Cost-sharing tier 2</b> <i>(Non-Preferred Generic Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 2</b> <i>(drogas Genéricas No Preferidas)</i>	\$9	\$27	\$21
<b>Cost-sharing tier 3</b> <i>(Preferred Brand Name Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 3</b> <i>(drogas de Marca Preferida)</i>	\$45	\$113	\$90
<b>Cost-sharing tier 4</b> <i>(Non-Preferred Name Brand Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 4</b> <i>(drogas de Marca No Preferidas)</i>	\$95	\$238	\$190
<b>Cost-sharing tier 5</b> <i>(Specialty Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 5</b> <i>(drogas de Especialidad)</i>	30%	30%	30%

If you live in the following states: IA,MN,MT,NE,ND,SD,WY you will pay the following for your prescription drugs:

Si usted vive en los siguientes Estados: IA,MN,MT,NE,ND,SD,WY usted pagara lo siguiente hacia sus prescripciones de drogas:

	<b>34-Day supply at a Network Pharmacy un suministro de 34 días a Farmacia bajo la red</b>	<b>90-Day Supply at a Network Pharmacy un suministro de 90 días a Farmacia bajo la red</b>	<b>90-Day Supply using the plan's mail-order service un suministro de 90 días venta por el correo con farmacia bajo la red</b>
<b>Cost-sharing tier 1</b> <i>(Preferred Generic Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 1</b> <i>(drogas Genéricas Preferidas)</i>	\$3	\$9	\$0
<b>Cost-sharing tier 2</b> <i>(Non-Preferred Generic Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 2</b> <i>(drogas Genéricas No Preferidas)</i>	\$9	\$27	\$21
<b>Cost-sharing tier 3</b> <i>(Preferred Brand Name Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 3</b> <i>(drogas de Marca Preferida)</i>	\$45	\$113	\$90
<b>Cost-sharing tier 4</b> <i>(Non-Preferred Name Brand Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 4</b> <i>(drogas de Marca No Preferidas)</i>	\$95	\$238	\$190
<b>Cost-sharing tier 5</b> <i>(Specialty Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 5</b> <i>(drogas de Especialidad)</i>	32%	32%	32%

If you live in the following states: CO, CT, MA, MI, NJ, RI, VT, WI you will pay the following for your prescription drugs:

Si usted vive en los siguientes Estados: CO, CT, MA, MI, NJ, RI, VT, WI usted pagara lo siguiente hacia sus prescripciones de drogas:

	<b>34-Day supply at a Network Pharmacy un suministro de 34 días a Farmacia bajo la red</b>	<b>90-Day Supply at a Network Pharmacy un suministro de 90 días a Farmacia bajo la red</b>	<b>90-Day Supply using the plan's mail-order service un suministro de 90 días venta por el correo con farmacia bajo la red</b>
<b>Cost-sharing tier 1</b> <i>(Preferred Generic Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 1</b> <i>(drogas Genéricas Preferidas)</i>	\$3	\$9	\$0
<b>Cost-sharing tier 2</b> <i>(Non-Preferred Generic Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 2</b> <i>(drogas Genéricas No Preferidas)</i>	\$9	\$27	\$21
<b>Cost-sharing tier 3</b> <i>(Preferred Brand Name Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 3</b> <i>(drogas de Marca Preferida)</i>	\$45	\$113	\$90
<b>Cost-sharing tier 4</b> <i>(Non-Preferred Name Brand Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 4</b> <i>(drogas de Marca No Preferidas)</i>	\$95	\$238	\$190
<b>Cost-sharing tier 5</b> <i>(Specialty Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 5</b> <i>(drogas de Especialidad)</i>	29%	29%	29%

If you live in the following states: AL, CA, GA, IN, KS, KY, LA, MO, MS, NC, OK, OR, TN, WA you will pay the following for your prescription drugs:

Si usted vive en los siguientes Estados: AL, CA, GA, IN, KS, KY, LA, MO, MS, NC, OK, OR, TN, WA usted pagara lo siguiente hacia sus prescripciones de drogas:

	<b>34-Day supply at a Network Pharmacy un suministro de 34 días a Farmacia bajo la red</b>	<b>90-Day Supply at a Network Pharmacy un suministro de 90 días a Farmacia bajo la red</b>	<b>90-Day Supply using the plan's mail-order service un suministro de 90 días venta por el correo con farmacia bajo la red</b>
<b>Cost-sharing tier 1</b> <i>(Preferred Generic Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 1</b> <i>(drogas Genéricas Preferidas)</i>	\$3	\$9	\$0
<b>Cost-sharing tier 2</b> <i>(Non-Preferred Generic Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 2</b> <i>(drogas Genéricas No Preferidas)</i>	\$9	\$27	\$21
<b>Cost-sharing tier 3</b> <i>(Preferred Brand Name Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 3</b> <i>(drogas de Marca Preferida)</i>	\$45	\$113	\$90
<b>Cost-sharing tier 4</b> <i>(Non-Preferred Name Brand Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 4</b> <i>(drogas de Marca No Preferidas)</i>	\$95	\$238	\$190
<b>Cost-sharing tier 5</b> <i>(Specialty Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 5</b> <i>(drogas de Especialidad)</i>	31%	31%	31%



If you live in the following states: AR you will pay the following for your prescription drugs:

Si usted vive en los siguientes Estados: AR usted pagara lo siguiente hacia sus prescripciones de drogas:

	<b>34-Day supply at a Network Pharmacy un suministro de 34 días a Farmacia bajo la red</b>	<b>90-Day Supply at a Network Pharmacy un suministro de 90 días a Farmacia bajo la red</b>	<b>90-Day Supply using the plan's mail-order service un suministro de 90 días venta por el correo con farmacia bajo la red</b>
<b>Cost-sharing tier 1</b> <i>(Preferred Generic Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 1</b> <i>(drogas Genéricas Preferidas)</i>	\$5	\$15	\$0
<b>Cost-sharing tier 2</b> <i>(Non-Preferred Generic Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 2</b> <i>(drogas Genéricas No Preferidas)</i>	\$12	\$36	\$30
<b>Cost-sharing tier 3</b> <i>(Preferred Brand Name Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 3</b> <i>(drogas de Marca Preferida)</i>	\$45	\$113	\$90
<b>Cost-sharing tier 4</b> <i>(Non-Preferred Name Brand Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 4</b> <i>(drogas de Marca No Preferidas)</i>	\$95	\$238	\$190
<b>Cost-sharing tier 5</b> <i>(Specialty Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 5</b> <i>(drogas de Especialidad)</i>	29%	29%	29%

Below is a list of abbreviations that may appear on the following pages in the Notes column that tells you if there are any special requirements for coverage of your drug.

### **List of Abbreviations**

**B/D:** This prescription drug may be covered under Medicare Part B or D depending upon the circumstances. Information may need to be submitted describing the use and setting of the drug to make the determination.

**LA:** Limited Availability. This prescription may be available only at certain pharmacies. For more information, please call Customer Service.

**MO:** Mail-Order Drug. This prescription drug is available through our mail-order service, as well as through our retail network pharmacies. Consider using mail order for your long-term (maintenance) medications (such as high blood pressure medications). Retail network pharmacies may be more appropriate for short-term prescriptions (such as antibiotics).

**PA:** Prior Authorization. The **Plan** requires you or your physician to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval before you fill your prescriptions. If you don't get approval, we may not cover the drug.

**QL:** Quantity Limit. For certain drugs, the **Plan** limits the amount of the drug that we will cover.

**ST:** Step Therapy. In some cases, the **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, we may not cover Drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, we will then cover Drug B.

La siguiente es una lista de abreviaturas que pueden aparecer en las siguientes páginas en la columna Notas para indicarle si su medicamento está sujeto a algún requisito especial de cobertura.

### **Lista de abreviaturas (del inglés)**

**B/D:** Este medicamento recetado podría estar cubierto bajo Medicare Parte B o Parte D, dependiendo de las circunstancias. Puede ser necesario que se presente información que describa la utilización y las circunstancias en las que se administrará el medicamento, para que se pueda tomar una determinación.

**LA:** Disponibilidad limitada. Este medicamento recetado puede estar disponible solamente en ciertas farmacias. Para obtener más información, llame al servicio de Atención al cliente.

**MO:** Medicamento obtenido por correo. Este medicamento recetado está disponible a través de nuestro servicio de pedido por correo, así como en las farmacias minoristas de nuestra red. Considere utilizar el servicio de farmacia por correo para obtener sus medicamentos de uso continuo, o de mantenimiento (por ejemplo, los medicamentos para la presión sanguínea elevada). Las farmacias minoristas de la red pueden ser más adecuadas para obtener medicamentos de uso a corto plazo (por ejemplo, los antibióticos).

**PA:** Autorización previa. El **Plan** requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para obtener ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener aprobación antes de que se surtan sus recetas. Si no obtiene aprobación, podríamos no cubrir el medicamento.

**QL:** Límite de cantidad. En el caso de ciertos medicamentos, el **Plan** limita la cantidad del medicamento que cubriremos.

**ST:** Terapia de paso. En algunos casos, el **Plan** requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para el tratamiento de su afección médica antes de que podamos cubrir otro medicamento para tratar esa afección. Por ejemplo, si puede utilizarse tanto un medicamento A como un medicamento B en el tratamiento de la misma afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le produce mejoras, cubriremos el medicamento B.

## Commonly Prescribed Therapeutic Drug Categories

(Categorías de productos farmacoterapéuticos que se  
recetan comúnmente)

### ANTI - INFECTIVES

#### ANTIFUNGAL AGENTS

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require- ments/ Limits</b> (Requisitos /Limites)
<i>amphotericin b</i>	2	B/D PA MO
ANCOBON	3	MO
<i>clotrimazole troc</i>	2	MO
DIFLUCAN IN NAACL	3	
ERAXIS INJ 100MG	3	
<i>fluconazole in dextrose inj 0; 400mg/200ml</i>	2	
<i>fluconazole susr</i>	2	MO
<i>fluconazole tabs 50mg</i>	2	MO
<i>fluconazole tabs 100mg, 150mg, 200mg</i>	1	MO
GRIS-PEG	4	MO
<i>griseofulvin microsize</i>	2	MO
<i>itraconazole</i>	2	MO
<i>ketoconazole</i>	2	MO
NOXAFIL	3	MO
<i>nystatin susp</i>	2	MO
<i>nystatin tabs</i>	2	MO
ORAVIG	3	MO
SPORANOX ORAL SOLN	3	MO
<i>terbinafine tabs</i>	2	MO
VFEND IV	3	MO
VFEND SUSR	3	MO
<i>voriconazole</i>	2	MO

#### ANTIVIRALS

<i>acyclovir caps</i>	2	MO
<i>acyclovir inj 500mg</i>	2	MO
<i>acyclovir susp</i>	2	MO
<i>acyclovir tabs</i>	2	MO
<i>amantadine</i>	2	MO
APTIVUS CAPS	5	MO
APTIVUS ORAL SOLN	5	
ATRIPLA	5	MO

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require- ments/ Limits</b> (Requisitos /Limites)
BARACLUDE ORAL SOLN	3	QL(1890 per 90 days) MO
BARACLUDE TABS	3	QL(90 per 90 days) MO
COMBIVIR	5	MO
CRIXIVAN CAPS 100MG	3	
CRIXIVAN CAPS 200MG, 400MG	3	MO
<i>didanosine</i>	2	MO
EDURANT	5	MO
EMTRIVA	3	MO
EPIVIR	3	MO
EPIVIR HBV	3	MO
EPZICOM	5	MO
<i>famciclovir</i>	2	MO
<i>foscarnet sodium</i>	2	B/D PA MO
FUZEON	5	MO
<i>ganciclovir caps</i>	2	MO
HEPSERA	5	QL(90 per 90 days) MO
INTELENCE	5	MO
INVIRASE CAPS	4	MO
INVIRASE TABS	5	MO
ISENTRESS	5	MO
KALETRA ORAL SOLN	5	MO
KALETRA TABS 200MG; 50MG	5	MO
KALETRA TABS 100MG; 25MG	3	MO
LEXIVA SUSP	3	MO
LEXIVA TABS	5	MO
NORVIR	3	MO
PREZISTA TABS 150MG	3	
PREZISTA TABS 75MG	3	MO
PREZISTA TABS 400MG, 600MG	5	MO
REBETOL ORAL SOLN	3	PA MO
RELENZA DISKHALER	3	QL(300 per 365 days) MO

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)
RESCRIPTOR	4	MO	<i>cefazolin inj 1gm; 5%, 20gm, 500mg</i>	2	
RETROVIR IV INFUSION	3	MO	<i>cefazolin inj 1gm</i>	2	MO
REYATAZ	3	MO	<i>cefdinir</i>	2	MO
<i>ribapak</i>	5	PA MO	<i>cefepime inj 2gm</i>	2	
<i>ribasphere caps</i>	2	PA MO	<i>cefepime inj 1gm</i>	2	MO
<i>ribasphere tabs 200mg</i>	2	PA MO	<i>cefotaxime sodium inj 10gm, 1gm, 500mg</i>	2	
<i>ribasphere tabs 400mg</i>	5	PA	<i>cefotaxime sodium inj 2gm</i>	2	MO
<i>ribasphere tabs 600mg</i>	5	PA MO	<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 2gm</i>	2	
<i>ribavirin</i>	2	PA	<i>cefoxitin sodium inj 1gm</i>	2	MO
<i>rimantadine hcl</i>	2	MO	<i>cefpodoxime proxetil</i>	2	MO
SELZENTRY	5	MO	<i>ceftazidime inj 1gm, 6gm</i>	2	
<i>stavudine</i>	2	MO	<i>ceftazidime inj 2gm</i>	2	MO
SUSTIVA	3	MO	<i>ceftriaxone sodium inj 10gm</i>	2	
TAMIFLU CAPS 45MG, 75MG	3	QL(60 per 365 days)	<i>ceftriaxone sodium inj 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	2	MO
TAMIFLU CAPS 30MG	3	QL(120 per 365 days)	<i>cefuroxime axetil</i>	2	MO
TAMIFLU SUSR 12MG/ML	3	MO	<i>cefuroxime sodium inj 7.5gm</i>	2	
TRIZIVIR	5	MO	<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg</i>	2	MO
TRUVADA	5	MO	<i>cephalexin caps</i>	1	MO
TYZEKA	5	MO	<i>cephalexin susr</i>	2	MO
<i>valacyclovir hcl tabs 1000mg</i>	2	QL(100 per 90 days)	<i>cephalexin tabs 500mg</i>	2	MO
<i>valacyclovir hcl tabs 500mg</i>	2	QL(200 per 90 days)	<i>cephalexin tabs 250mg</i>	1	MO
VALCYTE ORAL SOLN	5		FORTAZ INJ 1GM/50ML; 5%, 2GM/50ML; 5%, 6GM	3	
VALCYTE TABS	5	MO	SUPRAX SUSR	4	MO
VIDEX PEDIATRIC ORAL SOLN 2GM	3	MO	TAZICEF INJ 1GM, 2GM, 6GM	3	
VIRACEPT POWD	3	MO	TEFLARO	3	
VIRACEPT TABS	5	MO	ZINACEF IN ISO-OSMOTIC	3	
VIRAMUNE	3	MO	DEXTROSE		
VIREAD	3	MO	ZINACEF IN ISO-OSMOTIC	3	
ZIAGEN	3	MO	DILUENT		
<i>zidovudine</i>	2	MO	ZINACEF INJ 1.5GM, 750MG	3	
<b>CEPHALOSPORINS</b>			<b>ERYTHROMYCINS / OTHER MACROLIDES</b>		
<i>cefaclor</i>	2	MO	<i>azithromycin inj 500mg</i>	2	MO
<i>cefadroxil</i>	2	MO	<i>azithromycin susr</i>	2	MO
			<i>azithromycin tabs</i>	2	MO
			<i>clarithromycin</i>	2	MO
			<i>clarithromycin er</i>	2	MO

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)
<i>e.e.s. 400</i>	2	MO	<i>gentamicin sulfate/sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9%</i>	2	
E.E.S. GRANULES	3	MO	<i>hydroxychloroquine</i>	2	MO
ERY-TAB TBEC 500MG	3	MO	<i>isonarif</i>	2	MO
<i>ery-tab tbec 250mg, 333mg</i>	2	MO	ISONIAZID SYRP	3	MO
ERYTHROCIN	3		<i>isoniazid tabs 100mg</i>	2	MO
LACTOBIONATE INJ 500MG			<i>isoniazid tabs 300mg</i>	1	MO
<i>erythrocin stearate</i>	2	MO	<i>isotonic gentamicin inj 0.6mg/ml; 0.9%, 0.8mg/ml; 0.9%</i>	2	
ERYTHROMYCIN BASE	3	MO	KETEK	3	QL(20 per 30 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	2	MO			MO
<i>erythromycin/sulfisoxazole</i>	2	MO	MALARONE	3	MO
ZMAX	3	MO	<i>mebendazole</i>	2	MO
<b>MISCELLANEOUS ANTIINFECTIVES</b>			<i>mefloquine hcl</i>	2	MO
ALBENZA	3	MO	MEPRON	5	MO
ALINIA	3	MO	<i>meropenem inj 500mg</i>	2	MO
<i>amikacin sulfate inj 500mg/2ml</i>	2		<i>metronidazole</i>	2	MO
<i>amikacin sulfate inj 50mg/ml</i>	2	MO	<i>metronidazole in nacl 0.79%</i>	2	MO
AZACTAM IN ISO-OSMOTIC	3		MYCOBUTIN	3	MO
DEXTROSE			NEBUPENT	3	B/D PA MO
AZACTAM INJ 2GM	3	MO	<i>neomycin sulfate</i>	2	MO
<i>aztreonam inj 1gm</i>	2	MO	<i>paromomycin</i>	2	MO
BILTRICIDE	3	MO	PASER	3	MO
CAPASTAT SULFATE	4		PRIMAQUINE	3	MO
CAYSTON	5	LA	PRIMAXIN I.M.	3	MO
<i>chloroquine</i>	2	MO	PRIMAXIN IV	3	MO
CLEOCIN GALAXY	3		<i>pyrazinamide</i>	2	MO
CLEOCIN PEDIATRIC GRANULES	3	MO	QUALAQUIN	3	MO
<i>clindamycin hcl</i>	2	MO	<i>rifampin</i>	2	MO
<i>clindamycin phosphate advantage</i>	2	MO	SEROMYCIN	3	MO
COARTEM	3	MO	STREPTOMYCIN SULFATE	3	MO
<i>colistimethate sodium</i>	2	MO	STROMECTOL	3	MO
CUBICIN	3	B/D PA MO	TOBI	5	B/D PA MO
DAPSONE	3	MO	<i>tobramycin inj 10mg/ml</i>	2	
DARAPRIM	3	MO	<i>tobramycin inj 80mg/2ml</i>	2	MO
<i>ethambutol tabs 400mg</i>	2		TOBRAMYCIN SULFATE / SODIUM CHLORIDE	3	
<i>ethambutol tabs 100mg</i>	2	MO	TRECATOR	3	MO
<i>gentamicin sulfate inj 10mg/ml</i>	2		TYGACIL	3	MO
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	2	MO			
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	2				

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)
XIFAXAN TABS 200MG	3	QL(9 per 30 days) MO	PENICILLIN G PROCAINE	3	MO
XIFAXAN TABS 550MG	3	QL(180 per 90 days) MO	PENICILLIN G SODIUM	3	
ZYVOX INJ	3	MO	<i>penicillin v potassium oral soln</i>	2	MO
ZYVOX SUSR	3	QL(1800 per 30 days) MO	<i>penicillin v potassium tabs 500mg</i>	2	MO
ZYVOX TABS	3	QL(56 per 30 days) MO	<i>penicillin v potassium tabs 250mg</i>	1	MO
			<i>pfizerpen-g inj 20mu</i>	2	
			<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium inj 3gm; 0.375gm</i>	2	MO
			ZOSYN INJ 5%; 2GM/50ML; 0.25GM/50ML, 5%; 3GM/50ML; 0.375GM/50ML	3	
<b>PENICILLINS</b>			<b>QUINOLONES</b>		
<i>amoxicillin caps 250mg</i>	2	MO	AVELOX ABC PACK	3	MO
<i>amoxicillin caps 500mg</i>	1	MO	AVELOX INJ	3	
<i>amoxicillin chew</i>	2	MO	AVELOX TABS	3	MO
<i>amoxicillin susr 125mg/5ml, 200mg/5ml, 400mg/5ml</i>	2	MO	CIPRO I.V.-IN D5W INJ 200MG; 5%	3	MO
<i>amoxicillin susr 250mg/5ml</i>	1	MO	<i>ciprofloxacin inj 400mg/40ml</i>	2	
<i>amoxicillin tabs</i>	1	MO	<i>ciprofloxacin tabs 100mg, 500mg, 750mg</i>	2	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	2	MO	<i>ciprofloxacin tabs 250mg</i>	1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	2	MO	LEVAQUIN INJ 5%; 750MG/150ML	4	
<i>amoxicillin/potassium clavulanate tabs</i>	2	MO	LEVAQUIN INJ 25MG/ML	4	MO
<i>ampicillin caps</i>	2	MO	LEVAQUIN ORAL SOLN	4	MO
<i>ampicillin inj 10gm, 1gm</i>	2		LEVAQUIN TABS	4	MO
AMPICILLIN INJ 125MG	3		NOROXIN	4	MO
<i>ampicillin susr</i>	2	MO	<i>ofloxacin</i>	2	MO
<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm</i>	2		<b>SULFA'S / RELATED AGENTS</b>		
<i>ampicillin-sulbactam inj 2gm; 1gm</i>	2	MO	<i>sulfadiazine</i>	2	MO
BICILLIN C-R	3	MO	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	MO
BICILLIN L-A	3	MO	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim inj</i>	2	MO
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	MO	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim susp</i>	2	MO
<i>nafcillin sodium inj 10gm</i>	2		<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tabs</i>	1	MO
<i>nafcillin sodium inj 1gm</i>	2	MO	<b>TETRACYCLINES</b>		
NALLPEN/DEXTROSE INJ 0; 1GM/50ML	3		<i>demeclocycline hcl</i>	2	MO
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	3		<i>doxycycline hyclate caps</i>	1	MO
<i>penicillin g potassium inj 5mu</i>	2		<i>doxycycline hyclate inj</i>	2	MO
			<i>doxycycline hyclate tabs 20mg</i>	2	MO



<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)
<i>doxycycline hyclate tabs 100mg</i>	1	MO	<b>ANTINEOPLASTIC / IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS</b>		
<i>doxycycline hyclate tbec</i>	2	MO	ABRAXANE	4	MO
<i>doxycycline monohydrate tabs 150mg, 50mg, 75mg</i>	2	MO	<i>adriamycin inj 2mg/ml</i>	2	
<i>minocycline hcl</i>	2	MO	AFINITOR TABS 10MG	5	PA QL(180 per 90 days) MO
<i>minocycline hcl er</i>	2	MO	AFINITOR TABS 2.5MG, 5MG	5	PA QL(270 per 90 days) MO
<i>tetracycline hcl</i>	1	MO			
VIBRAMYCIN SYRP	3	MO	ALIMTA INJ 500MG	4	MO
<b>URINARY TRACT AGENTS</b>			ALKERAN INJ	4	
MACRODANTIN CAPS 25MG	3	MO	<i>anastrozole</i>	2	MO
<i>methenamine hippurate</i>	2	MO	ARRANON	4	
<i>nitrofurantoin</i>	2	MO	ARZERRA	3	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystalline caps 50mg</i>	2	MO	AVASTIN INJ 100MG/4ML	4	MO
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	2	MO	<i>azathioprine</i>	2	B/D PA MO
PRIMSOL	4	MO	<i>azathioprine sodium</i>	2	B/D PA MO
<i>trimethoprim</i>	2	MO	<i>bicalutamide</i>	2	MO
<b>VANCOMYCIN</b>			BICNU	4	MO
VANCOCIN ORAL	3	MO	<i>bleomycin sulfate inj 30unit</i>	2	MO
<i>vancomycin inj 10gm, 500mg</i>	2	B/D PA	BUSULFEX	3	
<i>vancomycin inj 1000mg</i>	2	B/D PA MO	CAMPATH	4	
VIBATIV INJ 250MG	3		<i>carboplatin inj 150mg/15ml</i>	2	MO
<b>ANTINEOPLASTIC / IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS</b>			CEENU	3	MO
<b>ADJUNCTIVE AGENTS</b>			CELLCEPT INTRAVENOUS	3	
<i>amifostine</i>	5	MO	CELLCEPT SUSR	3	B/D PA MO
<i>dexrazoxane inj 500mg</i>	2	MO	<i>cisplatin inj 100mg/100ml</i>	2	MO
ELITEK INJ 1.5MG	5		<i>cladribine</i>	2	MO
<i>leucovorin calcium inj 100mg, 350mg</i>	2	MO	CLOLAR	4	
<i>leucovorin calcium tabs 25mg, 5mg</i>	2	MO	COSMEGEN	4	MO
LEUCOVORIN CALCIUM TABS 10MG, 15MG	3	MO	<i>cyclophosphamide tabs</i>	2	B/D PA MO
<i>mesna</i>	2	MO	<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	2	B/D PA MO
MESNEX TABS	3	MO	CYCLOSPORINE CAPS 50MG	3	B/D PA
XGEVA	5	PA QL(5.1 per 90 days) MO	<i>cyclosporine inj</i>	2	B/D PA
			<i>cyclosporine oral soln</i>	2	B/D PA MO
ZINECARD INJ 250MG	3	MO	CYTARABINE AQUEOUS INJ 100MG/ML	3	MO
			<i>cytarabine aqueous inj 20mg/ml</i>	2	MO
			<i>cytarabine inj 500mg</i>	2	MO
			<i>dacarbazine inj 200mg</i>	2	MO

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)
DACOGEN	3	MO	<i>letrozole</i>	2	MO
<i>daunorubicin hcl inj 20mg</i>	2		LEUKERAN	3	MO
DAUNOXOME	4	MO	<i>leuprolide acetate</i>	2	MO
DOCETAXEL INJ 80MG/8ML	3		LUPRON DEPOT INJ 3.75MG	3	MO
DOXIL	3	MO	LUPRON DEPOT INJ 11.25MG, 22.5MG, 30MG, 7.5MG	5	MO
<i>doxorubicin hcl</i>	2		LUPRON DEPOT-PED INJ 11.25MG, 15MG	5	MO
DROXIA	3	MO	LYSODREN	3	MO
ELIGARD	4	MO	MATULANE	5	MO
ELLENCE INJ 200MG/100ML	4	MO	MEGACE ES	3	QL(150 per 30 days) MO
ELOXATIN INJ 100MG/20ML	4	MO	<i>megestrol acetate susp</i>	2	QL(600 per 30 days) MO
ELSPAR	4	MO	<i>megestrol acetate tabs</i>	2	QL(240 per 30 days) MO
EMCYT	3	MO	<i>melphalan hydrochloride</i>	2	
<i>epirubicin hcl inj 50mg/25ml</i>	2		<i>mercaptopurine</i>	2	MO
ERBITUX INJ 100MG/50ML	4	MO	<i>methotrexate</i>	2	B/D PA MO
ETOPOPHOS	4	MO	<i>methotrexate sodium inj 25mg/ml</i>	2	MO
<i>etoposide inj</i>	2	MO	METHOTREXATE SODIUM INJ 1GM	4	
<i>exemestane</i>	2	MO	<i>mitomycin inj 20mg</i>	2	MO
FARESTON	4	MO	<i>mitoxantrone hcl</i>	2	MO
FASLODEX	5	MO	MUSTARGEN	4	MO
FIRMAGON INJ 120MG	5	QL(1 per 90 days) MO	<i>mycophenolate mofetil</i>	2	B/D PA MO
FIRMAGON INJ 80MG	3	MO	MYFORTIC	3	B/D PA MO
<i>fludarabine phosphate inj 50mg</i>	2	MO	NEORAL	3	B/D PA MO
<i>fluorouracil inj 500mg/10ml</i>	2	MO	NEXAVAR	5	LA PA QL(360 per 90 days) MO
<i>flutamide</i>	2	MO	NILANDRON	4	QL(120 per 90 days) MO
<i>gemcitabine hcl inj 1gm</i>	5	MO	NIPENT	4	MO
<i>gengraf</i>	2	B/D PA MO	<i>octreotide inj 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml</i>	2	MO
GLEEVEC	5	MO	<i>octreotide inj 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	5	MO
HALAVEN	5	MO			
HERCEPTIN	4	MO			
HEXALEN	5	MO			
<i>hydroxyurea</i>	2	MO			
<i>idarubicin hcl inj 10mg/10ml</i>	2				
IFEX INJ 3GM	4	MO			
<i>ifosfamide inj 1gm</i>	2				
<i>ifosfamide/mesna</i>	5				
<i>irinotecan inj 100mg/5ml</i>	5	MO			
ISTODAX	3	MO			
IXEMPRA KIT INJ 45MG	5	MO			
JEVTANA	5	MO			

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)
ONTAK	4		TAXOTERE INJ 80MG/2ML	5	
<i>oxaliplatin inj 100mg/20ml</i>	5		TAXOTERE INJ 80MG/4ML	5	MO
<i>paclitaxel inj 300mg/50ml</i>	2	MO	THALOMID	5	PA MO
<i>pentostatin</i>	2	MO	<i>thiotepa</i>	2	MO
PHOTOFRIN	4		<i>toposar</i>	2	MO
PROGRAF INJ	3	B/D PA	<i>topotecan hcl inj 4mg</i>	2	MO
RAPAMUNE	3	B/D PA MO	TORISEL	5	PA MO
REVLIMID CAPS 15MG, 25MG	5	LA QL(21 per 28 days) MO	TREANDA INJ 100MG	5	MO
REVLIMID CAPS 10MG, 5MG	5	LA QL(30 per 30 days) MO	TRELSTAR DEPOT MIXJECT	4	MO
RHEUMATREX	4	B/D PA MO	TRELSTAR LA MIXJECT	4	MO
RITUXAN	3	PA MO	TRELSTAR MIXJECT	4	
SANDIMMUNE CAPS	3	B/D PA MO	<i>tretinoin</i>	2	MO
SANDIMMUNE INJ	3	B/D PA	TRISENOX	3	MO
SANDIMMUNE ORAL SOLN	3	B/D PA MO	TYKERB	5	LA QL(540 per 90 days) MO
SANDOSTATIN LAR DEPOT	4	MO	VANDETANIB TABS 300MG	5	QL(90 per 90 days)
SIMULECT INJ 20MG	3	MO	VANDETANIB TABS 100MG	5	QL(180 per 90 days)
SOMATULINE DEPOT	5	MO	VECTIBIX INJ 100MG/5ML	5	MO
SPRYCEL TABS 100MG, 140MG, 50MG, 70MG, 80MG	5	QL(90 per 90 days) MO	VELCADE	4	MO
SPRYCEL TABS 20MG	5	QL(180 per 90 days) MO	VIDAZA	5	QL(4200 per 90 days) MO
SUTENT	5	PA QL(90 per 90 days) MO	<i>vinblastine sulfat inj 10mg</i>	2	
TABLOID	3	MO	<i>vincasar pfs</i>	2	MO
<i>tacrolimus</i>	2	B/D PA MO	<i>vincristine sulfat</i>	2	MO
<i>tamoxifen citrate</i>	2	MO	<i>vinorelbine tartrate inj 50mg/5ml</i>	2	MO
TARCEVA TABS 100MG, 150MG	5	PA QL(90 per 90 days) MO	VOTRIENT	5	QL(360 per 90 days) MO
TARCEVA TABS 25MG	5	PA QL(180 per 90 days) MO	ZANOSAR	4	MO
TARGRETIN	3	MO	ZOLINZA	5	QL(360 per 90 days) MO
TASIGNA CAPS 200MG	5	QL(336 per 84 days) MO	ZORTRESS TABS 0.5MG, 0.75MG	5	B/D PA MO
			ZORTRESS TABS 0.25MG	3	B/D PA MO
			ZYTIGA	5	PA QL(360 per 90 days) MO

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/Limits</b> (Requisitos /Limites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/Limits</b> (Requisitos /Limites)
<b>AUTONOMIC / CNS DRUGS, NEUROLOGY / PSYCH</b>			<b>ANTIPARKINSONISM AGENTS</b>		
<b>ANTICONVULSANTS</b>			<b>ANTIPARKINSONISM AGENTS</b>		
BANZEL	3	MO	topiramate	2	MO
<i>carbamazepine</i>	2	MO	<i>valproate sodium</i>	2	MO
<i>carbamazepine er tb12</i>	2	MO	<i>valproic acid</i>	2	MO
CARBATROL	3	MO	VIMPAT INJ	3	
CELONTIN	3	MO	VIMPAT ORAL SOLN	3	MO
DILANTIN CAPS 30MG	3	MO	VIMPAT TABS	3	MO
DILANTIN INFATABS	3	MO	<i>zonisamide</i>	2	MO
<i>divalproex sodium cpsp</i>	2	MO	<b>ANTIPARKINSONISM AGENTS</b>		
<i>divalproex sodium er</i>	2	MO	APOKYN	3	LA MO
<i>divalproex sodium tbec</i>	2	MO	AZILECT	3	MO
<i>epitol</i>	1	MO	<i>benztropine mesylate inj</i>	2	
EQUETRO	3	MO	<i>benztropine mesylate tabs</i>	1	MO
<i>ethosuximide</i>	2	MO	<i>bromocriptine mesylate</i>	2	MO
FELBATOL	3	MO	<i>carbidopa / levodopa</i>	2	MO
<i>gabapentin</i>	2	MO	<i>carbidopa/levodopa cr</i>	2	MO
GABITRIL	3	MO	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	2	MO
LAMICTAL ODT TBDP	3	MO	<i>carbidopa/levodopa sr tbc 50mg; 200mg</i>	2	MO
LAMICTAL XR KIT	3	MO	COMTAN	3	MO
LAMICTAL XR TB24 100MG, 200MG, 25MG, 50MG	3	MO	LODOSYN	3	MO
<i>lamotrigine</i>	2	MO	MIRAPEX ER TB24 0.375MG, 0.75MG, 1.5MG, 3MG, 4.5MG	3	MO
<i>levetiracetam inj</i>	2		<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	MO
<i>levetiracetam oral soln</i>	2	MO	REQUIP XL	3	MO
<i>levetiracetam tabs</i>	2	MO	<i>ropinirole</i>	2	MO
LYRICA CAPS 225MG, 300MG	3	QL(180 per 90 days) MO	<i>selegiline</i>	2	MO
LYRICA CAPS 100MG, 150MG, 200MG, 25MG, 50MG, 75MG	3	QL(270 per 90 days) MO	STALEVO 100	3	MO
<i>oxcarbazepine</i>	2	MO	STALEVO 125	3	MO
PEGANONE	3	MO	STALEVO 150	3	MO
<i>phenytoin</i>	2	MO	STALEVO 200	3	MO
PHENYTOIN SODIUM	3		STALEVO 50	3	MO
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	MO	STALEVO 75	3	MO
<i>primidone</i>	2	MO	TASMAR	4	MO
SABRIL	3	MO	<i>trihexyphenidyl</i>	2	MO
TEGRETOL-XR TB12 100MG	3	MO	ZELAPAR	3	MO
			<b>MIGRAINE / CLUSTER HEADACHE THERAPY</b>		
			<i>dihydroergotamine mesylate</i>	2	MO
			<i>ergotamine tartrate / caffeine</i>	2	MO

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)
MAXALT	3	QL(36 per 90 days) MO	ARICEPT ODT	3	QL(90 per 90 days) MO
MAXALT-MLT	3	QL(36 per 90 days) MO	ARICEPT TABS 23MG	3	QL(90 per 90 days) MO
<i>migergot</i>	2	MO	COPAXONE	5	PA QL(90 per 90 days) MO
MIGRANAL	4	QL(24 per 90 days) MO	<i>donepezil hcl</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>naratriptan hcl tabs 2.5mg</i>	2	QL(24 per 90 days) MO	EXELON ORAL SOLN	3	MO
<i>naratriptan hcl tabs 1mg</i>	2	QL(36 per 90 days) MO	EXELON PT24	3	QL(90 per 90 days) MO
RELPAK	3	QL(24 per 90 days) MO	<i>galantamine hydrobromide cp24</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>sumatriptan succinate inj 6mg/0.5ml</i>	2	QL(12 per 90 days) MO	<i>galantamine hydrobromide oral soln</i>	2	MO
<i>sumatriptan succinate tabs 100mg</i>	2	QL(27 per 90 days) MO	<i>galantamine hydrobromide tabs</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>sumatriptan succinate tabs 25mg, 50mg</i>	2	QL(54 per 90 days) MO	GILENYA	5	PA QL(28 per 28 days) MO
ZOMIG NASAL SOLN	3	QL(36 per 90 days) MO	MYTELASE	3	MO
ZOMIG TABS 5MG	3	QL(27 per 90 days) MO	NAMENDA ORAL SOLN	3	MO
ZOMIG TABS 2.5MG	3	QL(36 per 90 days) MO	NAMENDA TABS 10MG	3	QL(180 per 90 days) MO
ZOMIG ZMT TBDP 5MG	3	QL(27 per 90 days) MO	NAMENDA TABS 5MG	3	QL(270 per 90 days) MO
ZOMIG ZMT TBDP 2.5MG	3	QL(36 per 90 days) MO	NAMENDA TITRATION PAK	3	MO
			NUEDEXTA	3	QL(180 per 90 days) MO
			<i>rivastigmine tartrate</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
			XENAZINE	5	LA MO
<b>MISCELLANEOUS NEUROLOGICAL THERAPY</b>			<b>MUSCLE RELAXANTS / ANTISPASMODIC THERAPY</b>		

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)
<i>baclofen</i>	2	MO	<i>hydrocodone/acetaminophen tabs</i>	2	MO
<i>carisoprodol tabs 350mg</i>	2	MO	<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	2	MO
<i>cyclobenzaprine hcl tabs 10mg</i>	2	MO	<i>hydromorphone hcl inj 10mg/ml</i>	2	MO
<i>cyclobenzaprine hcl tabs 5mg</i>	1	MO	<i>hydromorphone hcl tabs</i>	2	MO
<i>dantrolene sodium caps</i>	2	MO	INFUMORPH 200	3	MO
MESTINON SYRP	3	MO	INFUMORPH 500	3	MO
MESTINON TIMESPAN	3	MO	KADIAN	3	MO
<i>methocarbamol</i>	2	MO	<i>levorphanol tartrate</i>	2	MO
<i>pyridostigmine bromide</i>	2	MO	<i>margesic-h</i>	2	MO
<i>regonol</i>	2		<i>methadone hcl conc</i>	2	MO
<i>tizanidine hcl</i>	2	MO	<i>methadone hcl inj</i>	2	
<b>NARCOTIC ANALGESICS</b>			<i>methadone hcl oral soln 5mg/5ml</i>	2	MO
<i>acetaminophen / codeine oral soln</i>	2	MO	METHADONE HCL ORAL SOLN 10MG/5ML	3	MO
<i>acetaminophen / codeine tabs 300mg; 15mg</i>	2	MO	<i>methadone hcl tabs</i>	2	MO
<i>acetaminophen/codeine #3</i>	2	MO	<i>methadose tabs</i>	2	MO
<i>acetaminophen/codeine #4</i>	2	MO	<i>morphine sulfate er</i>	2	MO
<i>ascomp/codeine</i>	2	MO	<i>morphine sulfate inj 0.5mg/ml</i>	2	
BUPRENEX	3	MO	<i>morphine sulfate inj 1mg/ml</i>	2	MO
<i>buprenorphine hcl inj</i>	2		<i>morphine sulfate oral soln</i>	2	MO
<i>buprenorphine hcl subl</i>	2	MO	<i>morphine sulfate tabs</i>	2	MO
<i>codeine sulfate</i>	2	MO	ONSOLIS FILM 1200MCG, 400MCG, 600MCG, 800MCG	3	QL(360 per 90 days)
DILAUDID INJ	3	MO	ONSOLIS FILM 200MCG	3	QL(720 per 90 days)
DILAUDID-5	3	MO	OPANA ER	3	MO
DILAUDID-HP INJ 10MG/ML	3		<i>oxycodone / acetaminophen caps</i>	2	MO
<i>duramorph</i>	2	MO	<i>oxycodone / acetaminophen tabs 325mg; 5mg</i>	2	
EMBEDA	4		<i>oxycodone / acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg, 500mg; 7.5mg, 650mg; 10mg</i>	2	MO
<i>endocet</i>	2	MO	<i>oxycodone hcl caps</i>	2	MO
EXALGO	4	MO	<i>oxycodone hcl conc</i>	2	MO
<i>fentanyl citrate</i>	2		<i>oxycodone hcl tabs 15mg, 30mg, 5mg</i>	2	MO
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 200mcg</i>	2	PA QL(360 per 90 days)	<i>oxycodone/aspirin tabs 325mg; 4.835mg</i>	2	
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	PA QL(360 per 90 days)	<i>oxycodone/aspirin tabs 325mg; 4.5mg; 0.38mg</i>	2	MO
<i>fentanyl patches</i>	2	MO	OXYCONTIN	3	MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	2	MO			
<i>hydrocodone/acetaminophen oral soln 500mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	2	MO			

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)
<i>oxymorphone hydrochloride</i>	2	MO	<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	2	MO
<i>reprexain tabs 10mg; 200mg</i>	2	MO	<i>naproxen susp</i>	2	MO
ROXICET ORAL SOLN	3	MO	<i>naproxen tabs 250mg, 375mg</i>	1	MO
<i>roxicet tabs 325mg; 5mg</i>	2	MO	<i>naproxen tbec</i>	2	MO
<i>stagesic</i>	2	MO	<i>oxaprozin</i>	2	MO
<i>zerlor</i>	2	MO	PENNSAID	3	MO
<b>NON-NARCOTIC ANALGESICS</b>			<i>piroxicam</i>	2	MO
ARTHROTEC 50	4	MO	SUBOXONE	3	MO
ARTHROTEC 75	4	MO	<i>sulindac</i>	2	MO
<i>butorphanol tartrate nasal soln</i>	2	PA QL(30 per 90 days) MO	<i>tolmetin sodium</i>	2	MO
CELEBREX	3	QL(180 per 90 days) MO	<i>tramadol</i>	2	QL(720 per 90 days) MO
<i>depade</i>	2	MO	<i>tramadol hcl er</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>diclofenac potassium</i>	2	MO	VIMOVO	3	QL(180 per 90 days) MO
<i>diclofenac sodium</i>	2	MO	VOLTAREN GEL	3	MO
<i>diclofenac sodium ec</i>	2	MO	<b>PSYCHOTHERAPEUTIC DRUGS</b>		
<i>diclofenac sodium xr</i>	2	MO	ABILIFY DISCMELT TBDP 15MG	3	QL(180 per 90 days) MO
<i>diflunisal</i>	2	MO	ABILIFY DISCMELT TBDP 10MG	3	QL(270 per 90 days) MO
<i>etodolac</i>	2	MO	ABILIFY INJ	3	MO
<i>fenoprofen calcium</i>	2	MO	ABILIFY ORAL SOLN	3	MO
FLECTOR	4	MO	ABILIFY TABS 20MG, 2MG, 30MG, 5MG	3	QL(90 per 90 days) MO
<i>flurbiprofen</i>	2	MO	ABILIFY TABS 15MG	3	QL(180 per 90 days) MO
<i>ibuprofen susp</i>	2	MO	ABILIFY TABS 10MG	3	QL(270 per 90 days) MO
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	MO	<i>amitriptyline</i>	1	MO
<i>indomethacin caps</i>	2	MO	<i>amoxapine</i>	2	MO
<i>indomethacin er</i>	2	MO	<i>budeprion sr</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>ketoprofen</i>	2	MO			
<i>ketoprofen er</i>	2	MO			
<i>meclofenamate sodium</i>	2	MO			
<i>mefenamic acid</i>	2	MO			
<i>meloxicam susp</i>	2	MO			
<i>meloxicam tabs 15mg</i>	2	MO			
<i>meloxicam tabs 7.5mg</i>	1	MO			
<i>nabumetone</i>	2	MO			
<i>naloxone</i>	2				
<i>naltrexone</i>	2	MO			



<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)
<i>budeprion xl tb24 300mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	FANAPT TABS 1MG, 2MG, 4MG	4	QL(90 per 90 days) MO
<i>budeprion xl tb24 150mg</i>	2	QL(270 per 90 days) MO	FANAPT TABS 10MG, 12MG, 6MG, 8MG	4	QL(180 per 90 days) MO
<i>bupropion hcl</i>	2	MO	FANAPT TITRATION PACK	4	MO
<i>bupropion hcl sr</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	FAZACLO	4	
<i>buspirone hcl</i>	2	MO	<i>fluoxetine caps 20mg</i>	1	QL(360 per 90 days) MO
<i>chlordiazepoxide/amitriptyline</i>	2	MO	<i>fluoxetine caps 10mg</i>	1	QL(720 per 90 days) MO
<i>chlorpromazine</i>	2	MO	<i>fluoxetine caps 40mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>citalopram oral soln</i>	2	MO	<i>fluoxetine dr</i>	2	QL(12 per 90 days) MO
<i>citalopram tabs 40mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>fluoxetine oral soln</i>	2	MO
<i>citalopram tabs 10mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO	<i>fluoxetine tabs 20mg</i>	2	QL(360 per 90 days) MO
<i>citalopram tabs 20mg</i>	1	QL(270 per 90 days) MO	<i>fluoxetine tabs 10mg</i>	2	QL(720 per 90 days) MO
<i>clomipramine</i>	2	MO	<i>fluphenazine conc</i>	2	
<i>clozapine tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	2		<i>fluphenazine decanoate inj</i>	1	MO
CLOZAPINE TABS 200MG	3		<i>fluphenazine elix</i>	2	MO
CYMBALTA CPEP 60MG	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>fluphenazine inj</i>	2	MO
CYMBALTA CPEP 20MG, 30MG	3	QL(180 per 90 days) MO	<i>fluphenazine tabs</i>	2	MO
<i>desipramine</i>	2	MO	<i>fluvoxamine</i>	2	QL(270 per 90 days) MO
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	2	PA MO	FOCALIN XR	3	PA MO
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	2	PA MO	GEODON CAPS	3	QL(180 per 90 days) MO
<i>doxepin caps 150mg, 50mg</i>	2	MO	GEODON INJ	3	MO
<i>doxepin caps 100mg, 10mg, 25mg, 75mg</i>	1	MO	HALDOL	3	MO
<i>doxepin conc</i>	1	MO	HALDOL DECANOATE 100	3	MO
EMSAM	4	QL(90 per 90 days) MO	HALDOL DECANOATE 50	3	MO
			<i>haloperidol conc</i>	2	MO

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)
<i>haloperidol decanoate inj</i>	2	MO	<i>maprotiline</i>	2	MO
<i>haloperidol lactate inj</i>	2	MO	MARPLAN	3	MO
<i>haloperidol tabs 10mg, 20mg</i>	2	MO	METADATE CD CPR 20MG, 30MG, 40MG, 50MG, 60MG	4	PA MO
<i>haloperidol tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	1	MO	<i>methylphenidate hcl tabs 20mg</i>	2	PA
<i>imipramine</i>	2	MO	<i>methylphenidate hcl tabs 10mg, 5mg</i>	2	PA MO
<i>imipramine pamoate</i>	2	MO	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	2	PA MO
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	3	QL(0.75 per 90 days) MO	<i>mirtazapine</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
INVEGA SUSTENNA INJ 78MG/0.5ML	3	QL(1.5 per 90 days) MO	<i>mirtazapine odt tbdp 30mg, 45mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML	3	QL(2.25 per 90 days) MO	<i>nefazodone</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
INVEGA SUSTENNA INJ 156MG/ML	3	QL(3 per 90 days) MO	<i>nortriptyline caps 10mg, 50mg</i>	2	MO
INVEGA SUSTENNA INJ 234MG/1.5ML	3	QL(4.5 per 90 days) MO	<i>nortriptyline caps 25mg, 75mg</i>	1	MO
INVEGA TB24 1.5MG, 3MG, 9MG	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>nortriptyline oral soln</i>	2	MO
INVEGA TB24 6MG	3	QL(180 per 90 days) MO	ORAP	3	MO
LATUDA TABS 80MG	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>paroxetine er tb24 12.5mg, 37.5mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
LATUDA TABS 40MG	3	QL(180 per 90 days) MO	<i>paroxetine er tb24 25mg</i>	2	QL(270 per 90 days) MO
LEXAPRO ORAL SOLN	3	MO	<i>paroxetine susp</i>	2	MO
LEXAPRO TABS	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>paroxetine tabs 20mg, 40mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>lithium carbonate caps 300mg, 600mg</i>	2	MO	<i>paroxetine tabs 10mg, 30mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>lithium carbonate caps 150mg</i>	1	MO	PAXIL SUSP	3	MO
<i>lithium carbonate er</i>	2	MO	<i>perphenazine</i>	2	MO
<i>lithium carbonate tabs</i>	2	MO	<i>phenelzine sulfate</i>	2	MO
<i>lithium citrate</i>	2	MO	PRISTIQ	3	QL(90 per 90 days) MO
<i>loxapine</i>	2	MO	<i>protriptyline hcl</i>	2	MO
			PROVIGIL	3	PA QL(90 per 90 days) MO

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)
RISPERDAL CONSTA	3	QL(12 per 84 days) MO	<i>tranylcypromine</i>	2	MO
<i>risperidone odt</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>trazodone tabs 150mg, 300mg</i>	2	MO
<i>risperidone oral soln</i>	2	MO	<i>trazodone tabs 100mg, 50mg</i>	1	MO
<i>risperidone tabs</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>trifluoperazine</i>	2	MO
RITALIN LA	4	PA MO	<i>venlafaxine hcl er cp24 150mg, 37.5mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
ROZEREM	4	MO	<i>venlafaxine hcl er cp24 75mg</i>	2	QL(270 per 90 days) MO
SAPHRIS	3	QL(180 per 90 days) MO	<i>venlafaxine hcl tabs 100mg, 25mg, 37.5mg</i>	2	QL(270 per 90 days) MO
SEROQUEL TABS 25MG, 300MG, 400MG	3	QL(180 per 90 days) MO	<i>venlafaxine hcl tabs 75mg</i>	2	QL(450 per 90 days) MO
SEROQUEL TABS 100MG, 200MG, 50MG	3	QL(270 per 90 days) MO	<i>venlafaxine hcl tabs 50mg</i>	2	QL(675 per 90 days) MO
SEROQUEL XR TB24 150MG, 300MG, 400MG	3	QL(180 per 90 days) MO	VIIBRYD	4	PA QL(90 per 90 days) MO
SEROQUEL XR TB24 200MG, 50MG	3	QL(270 per 90 days) MO	XYREM	5	PA
<i>sertraline conc</i>	2	MO	<i>zaleplon caps 5mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>sertraline tabs 100mg, 25mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>zaleplon caps 10mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>sertraline tabs 50mg</i>	2	QL(270 per 90 days) MO	<i>zolpidem</i>	2	MO
SILENOR	4	QL(90 per 90 days) MO	<i>zolpidem tartrate er</i>	2	MO
STRATTERA	3	MO	ZYPREXA INJ	3	MO
SURMONTIL	4	MO	ZYPREXA TABS	3	QL(90 per 90 days) MO
SYMBYAX	4	QL(90 per 90 days) MO	ZYPREXA ZYDIS	3	QL(90 per 90 days) MO
<i>thioridazine</i>	2	MO	<b>CARDIOVASCULAR, HYPERTENSION / LIPIDS</b>		
<i>thiothixene caps 10mg, 5mg</i>	2	MO	<b>ANTIARRHYTHMIC AGENTS</b>		
<i>thiothixene caps 1mg, 2mg</i>	1	MO	<i>amiodarone inj 50mg/ml</i>	2	
			<i>amiodarone tabs</i>	2	MO

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)
<i>disopyramide phosphate</i>	2	MO	<i>benazepril / hydrochlorothiazide</i>	2	QL(720 per 90 days)
<i>flecainide acetate</i>	2	MO	<i>benazepril / hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>mexiletine</i>	2	MO	<i>benazepril / hydrochlorothiazide</i>	2	QL(1440 per 90 days)
MULTAQ	3	MO	<i>betaxolol hcl</i>	2	MO
NORPACE CR CP12 100MG	3	MO	BIDIL	3	QL(540 per 90 days)
PACERONE TABS 100MG	3	MO	<i>bisoprolol fumarate</i>	2	MO
<i>pacerone tabs 200mg</i>	2	MO	<i>bisoprolol fumarate / hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>procainamide</i>	2		<i>bumetanide inj</i>	2	MO
<i>propafenone hcl</i>	2	MO	<i>bumetanide tabs 0.5mg, 2mg</i>	2	MO
<i>propafenone hcl er</i>	2	MO	<i>bumetanide tabs 1mg</i>	1	MO
<i>quinidine gluconate er</i>	2	MO	BYSTOLIC	3	MO
<i>quinidine sulfate</i>	2	MO	<i>captopril tabs 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	MO
<i>quinidine sulfate er</i>	2	MO	<i>captopril tabs 100mg</i>	2	MO
<i>sorine tabs 240mg</i>	2		<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	2	QL(90 per 90 days)
<i>sorine tabs 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	MO	<i>tabs 25mg; 15mg, 25mg; 25mg, 50mg; 15mg</i>	2	MO
<i>sotalol</i>	2	MO	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	2	QL(270 per 90 days)
TIKOSYN	4	MO	<i>cartia xt</i>	2	MO
<b>ANTIHYPERTENSIVE THERAPY</b>			<i>carvedilol</i>	2	MO
<i>acebutolol</i>	2	MO	<i>chlorothiazide sodium</i>	2	MO
<i>afeditab cr</i>	2	MO	<i>chlorothiazide tabs 250mg</i>	2	MO
<i>amiloride</i>	2	MO	<i>chlorothiazide tabs 500mg</i>	1	MO
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	MO	<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	1	MO
<i>amlodipine</i>	2	MO	<i>clonidine ptwk</i>	2	MO
<i>amlodipine / benazepril</i>	2	QL(90 per 90 days)	<i>clonidine tabs 0.3mg</i>	2	MO
AMTURNIDE	3	MO	<i>clonidine tabs 0.1mg, 0.2mg</i>	1	MO
<i>atenolol / chlorthalidone</i>	1	MO	COREG CR	3	MO
<i>atenolol tabs 100mg, 25mg</i>	2	MO	DEMSEER	3	MO
<i>atenolol tabs 50mg</i>	1	MO	DIBENZYLINE	4	MO
AVALIDE	3	QL(90 per 90 days)	<i>dilt-cd cp24 120mg, 300mg</i>	2	MO
AVAPRO	3	MO	<i>dilt-xr cp24 180mg, 240mg</i>	2	
<i>benazepril</i>	2	MO	<i>diltiazem cd cp24 120mg, 240mg, 300mg</i>	2	MO
<i>benazepril / hydrochlorothiazide</i>	2	QL(360 per 90 days)	<i>diltiazem hcl er cp12</i>	2	MO
		MO			

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)
<i>diltiazem hcl er cp24 360mg, 420mg</i>	2	MO	<i>fosinopril / hydrochlorothiazide tabs 20mg; 12.5mg</i>	2	QL(360 per 90 days)
<i>diltiazem hcl inj 25mg/5ml</i>	2				MO
DILTIAZEM HCL INJ 100MG	3		<i>furosemide inj</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl tabs</i>	2	MO	<i>furosemide oral soln 10mg/ml</i>	2	MO
<i>diltzac cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	2	MO	FUROSEMIDE ORAL SOLN 8MG/ML	3	MO
DIOVAN HCT	3	QL(90 per 90 days)	<i>furosemide tabs</i>	1	MO
		MO	<i>guanfacine hcl</i>	2	MO
DIOVAN TABS 320MG	3	QL(90 per 90 days)	<i>hydralazine</i>	2	MO
		MO	<i>hydrochlorothiazide caps</i>	1	MO
DIOVAN TABS 160MG, 40MG, 80MG	3	QL(180 per 90 days)	<i>hydrochlorothiazide tabs 25mg</i>	1	MO
		MO	<i>hydrochlorothiazide tabs 12.5mg, 50mg</i>	2	MO
<i>doxazosin tabs 2mg, 8mg</i>	2	QL(180 per 90 days)	<i>indapamide tabs 1.25mg</i>	2	MO
		MO	<i>indapamide tabs 2.5mg</i>	1	MO
<i>doxazosin tabs 1mg, 4mg</i>	1	QL(180 per 90 days)	<i>isradipine</i>	2	MO
		MO	<i>labetalol inj</i>	2	
EDECRIIN	3	MO	<i>labetalol tabs</i>	2	MO
<i>enalapril / hydrochlorothiazide tabs 5mg; 12.5mg</i>	2	QL(90 per 90 days)	<i>lisinopril tabs 2.5mg, 40mg, 5mg</i>	2	MO
		MO	<i>lisinopril tabs 10mg, 20mg, 30mg</i>	1	MO
<i>enalapril / hydrochlorothiazide tabs 10mg; 25mg</i>	2	QL(180 per 90 days)	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 10mg</i>	1	QL(90 per 90 days)
		MO			MO
<i>enalapril tabs 10mg</i>	1	MO	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 20mg</i>	2	QL(90 per 90 days)
<i>enalapril tabs 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	2	MO			MO
<i>eplerenone</i>	2	MO	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide tabs 25mg; 20mg</i>	2	QL(360 per 90 days)
EXFORGE	3	QL(90 per 90 days)			MO
		MO	<i>losartan potassium tabs 100mg</i>	2	QL(90 per 90 days)
EXFORGE HCT	3	QL(90 per 90 days)			MO
		MO	<i>losartan potassium tabs 25mg, 50mg</i>	2	QL(180 per 90 days)
<i>felodipine er</i>	2	MO			MO
<i>fosinopril</i>	2	MO	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 100mg, 25mg; 100mg</i>	2	QL(90 per 90 days)
<i>fosinopril / hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg</i>	2	QL(90 per 90 days)			MO
		MO	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 50mg</i>	2	QL(180 per 90 days)
			<i>matzim la</i>	2	MO

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)
<i>methyclothiazide</i>	2	MO	<i>propranolol hcl tabs 60mg, 80mg</i>	2	MO
<i>metolazone</i>	2	MO	<i>propranolol hcl tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	MO
<i>metoprolol succinate er</i>	2		<i>propranolol/hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>metoprolol tartrate inj</i>	2		<i>quinapril</i>	2	MO
<i>metoprolol tartrate tabs</i>	1	MO	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	2	QL(90 per 90 days)
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	2	MO			MO
MICARDIS HCT	3	QL(90 per 90 days)	<i>ramipril</i>	2	MO
		MO	REMODULIN	5	PA MO
MICARDIS TABS 20MG, 40MG	3	QL(90 per 90 days)	<i>reserpine</i>	2	MO
		MO	SODIUM EDECIN	3	
MICARDIS TABS 80MG	3	QL(180 per 90 days)	<i>spironolactone tabs 100mg, 50mg</i>	2	MO
		MO	<i>spironolactone tabs 25mg</i>	1	MO
<i>minoxidil tabs</i>	2	MO	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>moexipril</i>	2	MO	<i>taztia xt</i>	2	MO
<i>moexipril/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 15mg, 12.5mg; 7.5mg</i>	2	QL(90 per 90 days)	TEKAMLO	3	QL(90 per 90 days)
		MO			MO
<i>moexipril/hydrochlorothiazide tabs 25mg; 15mg</i>	2	QL(180 per 90 days)	TEKTURNA	3	QL(90 per 90 days)
		MO			MO
<i>nadolol</i>	2	MO	TEKTURNA HCT	3	QL(90 per 90 days)
<i>nadolol/bendroflumethiazide</i>	2	MO			MO
<i>nicardipine caps</i>	2	MO	<i>terazosin hcl caps 10mg, 1mg, 5mg</i>	2	QL(180 per 90 days)
<i>nifediac cc</i>	2	MO			MO
<i>nifedical xl</i>	2	MO	<i>terazosin hcl caps 2mg</i>	1	QL(180 per 90 days)
<i>nifedipine</i>	2	MO			MO
<i>nifedipine er tb24 30mg, 60mg</i>	2		<i>timolol maleate</i>	2	MO
<i>nifedipine er tb24 90mg</i>	2	MO	<i>torse mide tabs</i>	2	MO
<i>nimodipine</i>	2	MO	<i>trandolapril</i>	2	MO
<i>nisoldipine</i>	2	MO	<i>triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 50mg</i>	2	MO
<i>nisoldipine er</i>	2	MO	<i>triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg</i>	1	MO
<i>perindopril erbumine</i>	2	MO	<i>triamterene/hydrochlorothiazide tabs</i>	1	MO
<i>pindolol</i>	2	MO	TWYNSTA	3	QL(90 per 90 days)
<i>prazosin</i>	2	QL(360 per 90 days)			MO
		MO			
<i>propranolol hcl er</i>	2	MO			
<i>propranolol hcl inj</i>	2				
<i>propranolol hcl oral soln</i>	2	MO			

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)
VALTURNA	3	QL(90 per 90 days)	<i>pentoxifylline er</i>	2	MO
<i>verapamil er cp24</i>	2	MO	PLAVIX	3	MO
<i>verapamil er tbcr 120mg, 240mg</i>	2		PRADAXA	3	MO
<i>verapamil er tbcr 180mg</i>	2	MO	PROMACTA TABS 50MG, 75MG	5	LA PA QL(90 per 90 days)
<i>verapamil inj</i>	2				MO
<i>verapamil tabs</i>	2	MO	PROMACTA TABS 25MG	5	LA PA QL(270 per 90 days)
<b>CARDIAC GLYCOSIDES</b>					MO
<i>digoxin inj</i>	2		<i>ticlopidine hcl</i>	2	MO
<i>digoxin oral soln</i>	2	MO	<i>warfarin tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 4mg, 6mg, 7.5mg</i>	2	MO
<i>digoxin tabs</i>	1	MO	<i>warfarin tabs 3mg, 5mg</i>	1	MO
LANOXIN INJ	3		<b>LIPID/CHOLESTEROL LOWERING AGENTS</b>		
LANOXIN TABS	3	MO	ADVICOR TB24 20MG;	4	MO
<b>COAGULATION THERAPY</b>			500MG, 20MG; 750MG, 40MG; 1000MG		
AGGRENOX	3	MO	ANTARA	3	MO
ARIXTRA	3	MO	CADUET	3	QL(90 per 90 days)
<i>cilostazol</i>	2	MO			MO
CYKLOKAPRON	3	MO	<i>cholestyramine light pack</i>	2	MO
EFFIENT	3	MO	<i>colestipol</i>	2	MO
<i>enoxaparin sodium inj 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml</i>	2	MO	CRESTOR	3	QL(90 per 90 days)
<i>enoxaparin sodium inj 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml</i>	5	MO			MO
FRAGMIN	3	MO	<i>fenofibrate</i>	2	MO
HEPARIN SODIUM INJ 2000UNIT/ML	3	MO	<i>fenofibrate micronized</i>	2	MO
<i>heparin sodium inj 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/ml</i>	2	MO	<i>gemfibrozil</i>	2	MO
<i>heparin sodium/d5w inj 5%; 40unit/ml</i>	2		LIPITOR	3	QL(90 per 90 days)
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45%	3				MO
<i>heparin sodium/sodium chloride 0.9% premix</i>	2		<i>lovastatin tabs 10mg</i>	2	QL(90 per 90 days)
<i>jantoven tabs 10mg, 2.5mg, 6mg, 7.5mg</i>	2	MO			MO
<i>jantoven tabs 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	1	MO	<i>lovastatin tabs 20mg, 40mg</i>	2	QL(180 per 90 days)
LOVENOX INJ 300MG/3ML	3	MO			MO
<i>pentopak</i>	2	MO	LOVAZA	3	MO
			NIASPAN	3	MO

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/Limits</b> (Requisitos /Lmites)
<i>pravastatin tabs 10mg, 20mg, 80mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>nitroglycerin inj</i>	2	B/D PA
<i>pravastatin tabs 40mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>nitroglycerin pt24 0.2mg/hr, 0.6mg/hr</i>	2	
<i>prevalite powd</i>	2	MO	<i>nitroglycerin pt24 0.4mg/hr</i>	2	MO
SIMCOR TB24 1000MG; 40MG, 500MG; 40MG	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>nitroglycerin transdermal pt24 0.1mg/hr</i>	2	MO
SIMCOR TB24 500MG; 20MG, 750MG; 20MG	3	QL(180 per 90 days) MO	NITROLINGUAL PUMPSPRAY	3	MO
<i>simvastatin</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	NITROSTAT	3	MO
TRICOR	3	MO	<b>DERMATOLOGICALS/TOPICAL THERAPY</b>		
TRIGLIDE	3	MO	<b>ANTIPSORIATIC / ANTISEBORRHEIC</b>		
TRILIPIX	3	MO	<i>calcipotriene</i>	2	MO
VYTORIN	4	QL(90 per 90 days) MO	<i>selenium sulfide lotn 2.5%</i>	2	MO
WELCHOL	3	MO	SORIATANE	3	MO
ZETIA	3	QL(90 per 90 days) MO	<b>BURN THERAPY</b>		
<b>MISCELLANEOUS CARDIOVASCULAR AGENTS</b>			<i>silver sulfadiazine</i>	2	MO
RANEXA	3	MO	<i>ssd</i>	2	MO
<b>NITRATES</b>			<i>thermazene</i>	2	MO
<i>isosorbide dinitrate er</i>	2	MO	<b>MISCELLANEOUS DERMATOLOGICALS</b>		
<i>isosorbide dinitrate subl 2.5mg</i>	1	MO	8-MOP	3	MO
<i>isosorbide dinitrate subl 5mg</i>	2	MO	<i>ammonium lactate</i>	2	MO
<i>isosorbide dinitrate tabs 30mg</i>	2	MO	CARAC	3	MO
<i>isosorbide dinitrate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	MO	CARMOL-HC	3	MO
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	MO	CONDYLOX GEL	3	MO
<i>isosorbide mononitrate er tb24 120mg, 60mg</i>	2	MO	ELIDEL	4	MO
<i>isosorbide mononitrate er tb24 30mg</i>	1	MO	FLUOROPLEX	3	MO
<i>nitro-bid</i>	2	MO	<i>fluorouracil crea</i>	2	MO
NITRO-DUR PT24 0.3MG/HR, 0.8MG/HR	3	MO	<i>fluorouracil external soln</i>	2	MO
			<i>imiquimod</i>	2	MO
			<i>laclotion</i>	2	MO
			OXSORALEN ULTRA	5	MO
			PANRETIN	3	MO
			<i>podofilox</i>	2	MO
			PROTOPIC	4	MO
			REGRANEX	3	PA MO
			SOLARAZE	3	MO
			UVADEX	4	
			VEREGEN	4	MO
			ZONALON	3	MO
			<b>THERAPY FOR ACNE</b>		



<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)
<i>adapalene</i>	2		SULFAMYLON	3	MO
<i>amnesteem</i>	2		<b>TOPICAL ANTIFUNGALS</b>		
<i>avita crea</i>	2	MO	<i>ciclopirox</i>	2	MO
AZELEX	3	MO	<i>ciclopirox nail lacquer</i>	2	MO
<i>claravis caps 10mg, 20mg, 40mg</i>	2		<i>ciclopirox olamine</i>	2	MO
<i>claravis caps 30mg</i>	5		<i>clotrimazole / betamethasone</i>	2	MO
<i>clindamycin phosphate external soln</i>	2	MO	<i>clotrimazole external crea</i>	2	MO
<i>clindamycin phosphate foam</i>	2	MO	<i>clotrimazole external soln</i>	2	MO
<i>clindamycin phosphate gel</i>	2	MO	<i>econazole nitrate</i>	2	MO
<i>clindamycin phosphate lotn</i>	2	MO	ERTACZO	3	MO
<i>clindamycin phosphate swab</i>	2	MO	<i>ketoconazole</i>	2	MO
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	2	MO	NAFTIN	3	MO
DIFFERIN LOTN	3	MO	<i>nyamyc</i>	2	MO
<i>ery</i>	2	MO	<i>nystatin / triamcinolone crea</i>	1	MO
<i>erythromycin / benzoyl peroxide</i>	2	MO	<i>nystatin / triamcinolone oint</i>	2	MO
<i>erythromycin external soln</i>	2	MO	<i>nystatin crea</i>	1	MO
<i>erythromycin gel</i>	2	MO	<i>nystatin external powd</i>	2	
FINACEA	3	MO	<i>nystatin oint</i>	1	MO
METROGEL	3	MO	<i>nystop</i>	2	MO
<i>metronidazole</i>	2	MO	<i>pedi-dri</i>	2	MO
<i>sotret</i>	2		<b>TOPICAL ANTIVIRALS</b>		
TAZORAC	3	MO	DENAVIR	3	MO
<i>tretinoin</i>	2	MO	ZOVIRAX CREA	4	MO
<b>TOPICAL ANESTHETICS</b>			ZOVIRAX OINT	4	MO
<i>lidocaine / prilocaine crea</i>	2	MO	<b>TOPICAL CORTICOSTEROIDS</b>		
<i>lidocaine external soln</i>	2	MO	<i>ala cort</i>	2	MO
<i>lidocaine gel</i>	2	MO	<i>alclometasone dipropionate</i>	2	MO
<i>lidocaine inj 0.5%, 1%</i>	2		<i>amcinonide crea</i>	2	MO
<i>lidocaine oint</i>	2	MO	<i>amcinonide lotn</i>	2	MO
<i>lidocaine viscous</i>	2	MO	<i>amcinonide oint</i>	2	
LIDODERM	3	PA MO	<i>augmented betamethasone dipropionate crea</i>	2	MO
<b>TOPICAL ANTIBACTERIALS</b>			<i>augmented betamethasone dipropionate lotn</i>	2	MO
ALTABAX	3	MO	<i>augmented betamethasone dipropionate oint</i>	2	MO
BACTROBAN CREA	3	MO	<i>betamethasone dipropionate</i>	2	MO
<i>gentamicin sulfate crea</i>	1	MO	<i>betamethasone valerate</i>	2	MO
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	1	MO	CAPEX	3	MO
<i>mupirocin</i>	2	MO	<i>clobetasol propionate e</i>	2	MO
PHISOHEX	3	MO			
<i>sodium sulfacetamide</i>	2	MO			

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)
<i>clobetasol propionate external soln</i>	2		SANTYL	3	MO
<i>clobetasol propionate gel</i>	2	MO	<b>TOPICAL SCABICIDES / PEDICULICIDES</b>		
<i>clobetasol propionate oint</i>	2	MO	<i>acticin</i>	2	MO
CLOBEX LOTN	3	MO	EURAX	3	MO
CLOBEX SHAM	3	MO	LINDANE	3	QL(1800 per 365 days) MO
CORDRAN TAPE	3	MO	<i>malathion</i>	2	MO
DERMA-SMOOTHIE / FS BODY OIL	3	MO	<i>permethrin crea</i>	2	MO
<i>desonide</i>	2	MO	ULESFIA	4	MO
<i>desoximetasone</i>	2	MO	<b>DIAGNOSTICS / MISCELLANEOUS AGENTS</b>		
<i>diflorasone diacetate</i>	2	MO	<b>MISCELLANEOUS AGENTS</b>		
<i>fluocinolone acetonide</i>	2	MO	ACTONEL TABS 30MG	4	PA QL(60 per 120 days) MO
<i>fluocinonide emollient base</i>	2		ADAGEN	5	LA MO
<i>fluocinonide external soln</i>	2	MO	<i>alendronate sodium tabs 40mg</i>	2	PA QL(180 per 365 days) MO
<i>fluocinonide gel</i>	2	MO	<i>anagrelide hydrochloride</i>	2	MO
<i>fluocinonide oint</i>	2	MO	ANTABUSE TABS 250MG	3	MO
<i>fluticasone propionate</i>	2	MO	ARALAST NP INJ 400MG	5	LA MO
<i>halobetasol propionate</i>	2	MO	BUPHENYL	3	MO
<i>hydrocortisone butyrate</i>	2	MO	CAMPRAL	3	QL(540 per 90 days) MO
<i>hydrocortisone crea 1%</i>	2	MO	CHEMET	3	MO
<i>hydrocortisone crea 2.5%</i>	1	MO	CLINIMIX / DEXTROSE	3	
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	2	MO	DEXTROSE 10%/NACL 0.45%	3	
<i>hydrocortisone oint 1%, 2.5%</i>	1	MO	<i>dextrose 10% flex container</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate</i>	2	MO	DEXTROSE 10%/NACL 0.2%	3	
LOCOID LOTN	3	MO	<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	2	
LUXIQ	3	MO	<i>dextrose 5%</i>	2	MO
<i>mometasone furoate</i>	2	MO	<i>dextrose 5%/nacl 0.2%</i>	2	
PANDEL	3	MO	<i>dextrose 5%/nacl 0.225%</i>	2	
<i>prednicarbate</i>	2	MO	DEXTROSE 5%/NACL 0.33%	3	
<i>triamcinolone acetonide crea 0.1%, 0.5%</i>	2	MO	<i>dextrose 5%/nacl 0.45%</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide crea 0.025%</i>	1	MO	<i>dextrose 5%/nacl 0.9%</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide lotn</i>	2	MO	<i>etidronate disodium</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide oint 0.1%, 0.5%</i>	2	MO			
<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%</i>	1	MO			
<i>triderm</i>	2	MO			
<b>TOPICAL ENZYMES</b>					

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)
EVOXAC	4	MO	<i>azelastine hcl</i>	2	MO
EXJADE TBSO 125MG	3	LA MO	BACTROBAN NASAL	3	MO
EXJADE TBSO 250MG, 500MG	5	LA MO	<i>chlorhexidine gluconate oral rinse</i>	1	MO
FOSRENOL	3	MO	<i>ipratropium bromide nasal soln</i>	2	MO
INCRELEX	5	LA PA MO	<i>periogard</i>	1	MO
<i>kionex powd</i>	2	MO	<i>triamcinolone in orabase</i>	2	MO
<i>levocarnitine oral soln</i>	2	B/D PA MO	TYZINE	3	MO
<i>levocarnitine tabs</i>	2	B/D PA MO	TYZINE PEDIATRIC NASAL DROPS	3	
<i>midodrine</i>	2	MO	<b>MISCELLANEOUS OTIC PREPARATIONS</b>		
ORFADIN	5	LA MO	<i>acetazol hcl</i>	2	MO
<i>pilocarpine hcl tabs</i>	2	MO	<i>acetic acid</i>	2	MO
PROLASTIN INJ 500MG	5	LA MO	<i>acetic acid / hydrocortisone</i>	2	MO
PROLASTIN-C	5	LA	DERMOTIC	3	MO
RENAGEL	3	MO	<i>ofloxacin</i>	2	MO
REVELA	3	MO	<b>OTIC STEROID / ANTIBIOTIC</b>		
RILUTEK	5	MO	CIPRO HC	4	MO
SKELID	4	PA QL(180 per 90 days) MO	CIPRODEX	3	MO
<i>sodium chloride 0.9%</i>	2	MO	COLY-MYCIN S	3	MO
<i>sodium chloride inj 0.9%</i>	2	MO	CORTISPORIN-TC	3	MO
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	2	MO	<i>cortomycin</i>	2	MO
SYPRINE	3	MO	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	2	MO
<b>SMOKING DETERRENTS</b>			<i>neomycin/polymyxin/hydrocortiso ne otic susp</i>	2	MO
<i>buproban</i>	2	PA QL(180 per 90 days) MO	<b>ENDOCRINE/DIABETES</b>		
CHANTIX TABS	3	PA MO	<b>ADRENAL HORMONES</b>		
CHANTIX TABS 0.5MG, 1MG	3	PA QL(168 per 90 days) MO	<i>a-hydrocort</i>	2	MO
NICOTROL INHALER	4	PA QL(1008 per 90 days) MO	<i>a-methapred inj 40mg</i>	2	B/D PA
NICOTROL NASAL	4	PA QL(120 per 90 days) MO	<i>a-methapred inj 125mg</i>	2	B/D PA MO
<b>EAR, NOSE / THROAT MEDICATIONS</b>			<i>cortisone acetate</i>	2	MO
<b>MISCELLANEOUS AGENTS</b>			DEPO-MEDROL	3	B/D PA MO
ASTEPRO	3	MO	<i>dexamethasone elix</i>	2	MO
			<i>dexamethasone inj 4mg/ml</i>	2	MO
			DEXAMETHASONE	3	MO
			INTENSOL		
			DEXAMETHASONE TABS 1MG, 2MG	3	MO
			<i>dexamethasone tabs 4mg</i>	2	MO

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)
<i>dexamethasone tabs 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 6mg</i>	1	MO	AVANDAMET	3	QL(180 per 90 days) MO
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	MO	AVANDARYL TABS 2MG; 8MG, 4MG; 4MG, 4MG; 8MG	3	QL(90 per 90 days) MO
<i>hydrocortisone tabs 10mg, 5mg</i>	2	MO	AVANDARYL TABS 1MG; 4MG, 2MG; 4MG	3	QL(180 per 90 days) MO
<i>hydrocortisone tabs 20mg</i>	1	MO	AVANDIA TABS 8MG	3	QL(90 per 90 days) MO
<i>methylprednisolone acetate</i>	2	B/D PA MO	AVANDIA TABS 2MG, 4MG	3	QL(180 per 90 days) MO
<i>methylprednisolone</i>	2	B/D PA	BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	3	MO
<i>sodiumsuccinate inj 125mg, 40mg</i>	3	B/D PA MO	BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/0.3ML/31G X 5/16"	3	MO
METHYLPREDNISOLONE	3	B/D PA MO	BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/0.5ML/30G X 1/2"	3	MO
SODIUMSUCCINATE INJ 1000MG	3	B/D PA MO	BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/1ML/31G X 5/16"	3	MO
<i>methylprednisolone tabs 4mg</i>	1	B/D PA MO	BD PEN NEEDLE/ULTRAFINE/29G X 12.7MM	3	MO
<i>methylprednisolone tabs 32mg</i>	2	B/D PA	BYETTA	4	QL(7.2 per 90 days) ST MO
<i>methylprednisolone tabs 16mg, 8mg</i>	2	B/D PA MO	DUETACT	3	QL(90 per 90 days) MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln</i>	2	B/D PA MO	GAUZE PADS 2"X2"	3	MO
PREDNISON INTENSOL	3	B/D PA MO	<i>glimepiride tabs 4mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>prednisone oral soln</i>	2	B/D PA MO	<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg</i>	1	QL(90 per 90 days) MO
<i>prednisone tabs 1mg</i>	2	B/D PA MO	<i>glipizide / metformin</i>	2	QL(360 per 90 days) MO
<i>prednisone tabs 10mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg</i>	1	B/D PA MO	<i>glipizide er tb24 2.5mg, 5mg</i>	2	QL(90 per 90 days)
SOLU-CORTEF INJ 100MG, 250MG	3	MO			
SOLU-MEDROL INJ 2GM	3	B/D PA			
SOLU-MEDROL INJ 125MG, 40MG, 500MG	3	B/D PA MO			
<b>ANTITHYROID AGENTS</b>					
<i>methimazole</i>	2	MO			
<i>propylthiouracil</i>	2	MO			
<b>DIABETES THERAPY</b>					
<i>acarbose</i>	2	QL(270 per 90 days) MO			
ACTOPLUS MET	3	QL(270 per 90 days) MO			
ACTOS	3	QL(90 per 90 days) MO			
ALCOHOL PREPS	3				
APIDRA	3	MO			

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)
<i>glipizide er tb24 10mg</i>	2	QL(180 per 90 days)	HUMALOG MIX 50/50	3	QL(60 per 30 days)
<i>glipizide tabs 10mg</i>	1	QL(360 per 90 days)	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	MO QL(60 per 30 days)
<i>glipizide tabs 5mg</i>	1	QL(720 per 90 days)	HUMALOG MIX 75/25	3	MO QL(60 per 30 days)
GLUCAGEN HYPOKIT	3	MO	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	MO QL(60 per 30 days)
GLUCAGON EMERGENCY KIT	3	MO	HUMULIN 70/30	3	MO QL(60 per 30 days)
<i>glyburide / metformin tabs 1.25mg; 250mg, 2.5mg; 500mg</i>	2	QL(180 per 90 days)	HUMULIN 70/30 PEN	3	MO QL(60 per 30 days)
<i>glyburide / metformin tabs 5mg; 500mg</i>	2	QL(360 per 90 days)	HUMULIN N	3	MO QL(60 per 30 days)
<i>glyburide micronized tabs 1.5mg, 6mg</i>	2	QL(180 per 90 days)	HUMULIN N U-100 PEN	3	MO QL(60 per 30 days)
<i>glyburide micronized tabs 3mg</i>	1	QL(180 per 90 days)	HUMULIN R	3	MO QL(60 per 30 days)
<i>glyburide tabs 1.25mg</i>	1	QL(180 per 90 days)	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	MO QL(60 per 30 days)
<i>glyburide tabs 2.5mg</i>	2	QL(180 per 90 days)	JANUMET	3	MO QL(180 per 90 days)
<i>glyburide tabs 5mg</i>	2	QL(360 per 90 days)	JANUVIA	3	MO QL(90 per 90 days)
<i>glycron tabs 1.5mg</i>	2	QL(180 per 90 days)	KOMBIGLYZE XR TB24 1000MG; 5MG, 500MG; 5MG	3	MO QL(90 per 90 days)
GLYCRON TABS 4.5MG	3	QL(360 per 90 days)	KOMBIGLYZE XR TB24 1000MG; 2.5MG	3	MO QL(180 per 90 days)
GLYSET	4	MO	LANTUS	3	MO QL(30 per 30 days)
HUMALOG	3	QL(60 per 30 days)			MO
HUMALOG KWIKPEN	3	QL(60 per 30 days)			MO

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)
LANTUS SOLOSTAR	3	QL(30 per 30 days) MO	PRANDIN TABS 2MG	3	QL(720 per 90 days) MO
LEVEMIR	3	MO	PROGLYCEM	3	MO
LEVEMIR FLEXPEN	3	MO	SYMLIN	4	QL(60 per 90 days)
<i>metformin hcl er tb24 500mg</i>	1	QL(450 per 90 days) MO	SYMLINPEN 120	4	QL(33 per 90 days) MO
<i>metformin hcl er tb24 750mg</i>	2	QL(270 per 90 days) MO	SYMLINPEN 60	4	QL(33 per 90 days) MO
<i>metformin hcl tabs 1000mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>tolazamide</i>	2	MO
<i>metformin hcl tabs 850mg</i>	2	QL(270 per 90 days) MO	<i>tolbutamide</i>	2	MO
<i>metformin hcl tabs 500mg</i>	2	QL(450 per 90 days) MO	<b>MISCELLANEOUS HORMONES</b>		
<i>nateglinide</i>	2	QL(270 per 90 days) MO	ALDURAZYME	5	B/D LA PA MO
NOVOLIN 70/30	3	MO	ANADROL-50	4	PA MO
NOVOLIN N	3	MO	ANDRODERM	3	PA MO
NOVOLIN R	3	MO	ANDROGEL GEL 50MG/5GM	3	PA MO
NOVOLOG	3	QL(60 per 30 days) MO	ANDROGEL PUMP GEL 1.62%	3	PA MO
NOVOLOG FLEXPEN	3	QL(60 per 30 days) MO	ANDROID	3	PA MO
NOVOLOG MIX 70/30	3	QL(60 per 30 days) MO	<i>androxy</i>	2	PA MO
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	3	QL(60 per 30 days) MO	<i>cabergoline</i>	2	MO
ONGLYZA	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>calcitonin-salmon</i>	2	QL(12 per 90 days) MO
PRANDIN TABS 0.5MG, 1MG	3	QL(360 per 90 days) MO	<i>calcitriol</i>	2	B/D PA MO
			CEREZYME INJ 200UNIT	5	B/D LA PA MO
			<i>danazol</i>	2	MO
			<i>desmopressin acetate</i>	2	MO
			FABRAZYME INJ 35MG	5	B/D LA PA MO
			<i>fortical</i>	2	QL(12 per 90 days) MO
			HECTOROL CAPS	3	B/D PA MO
			HECTOROL INJ	3	B/D PA
			KUVAN	5	LA MO
			MIACALCIN INJ	3	B/D PA MO
			NAGLAZYME	5	LA MO
			<i>oxandrolone tabs 10mg</i>	5	PA MO

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)
<i>oxandrolone tabs 2.5mg</i>	2	PA MO	<b>ANTIDIARRHEALS / ANTISPASMODICS</b>		
SAMSCA TABS 30MG	5	QL(730 per 365 days) MO	<i>atropine sulfate inj 0.1mg/ml</i>	2	
SAMSCA TABS 15MG	5	QL(1460 per 365 days) MO	ATROPINE SULFATE INJ 0.05MG/ML	3	
SENSIPAR TABS 60MG, 90MG	5	MO	<i>dicyclomine hcl caps</i>	2	MO
SENSIPAR TABS 30MG	3	MO	<i>dicyclomine hcl inj</i>	2	
SOMAVERT	3	PA QL(90 per 90 days) MO	<i>dicyclomine hcl oral soln</i>	2	MO
STIMATE	3	MO	<i>dicyclomine hcl tabs</i>	2	MO
SYNAREL	4	MO	<i>diphenoxylate / atropine</i>	2	MO
TESTIM	4	PA MO	<i>glycopyrrolate</i>	2	MO
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml</i>	2	PA MO	<i>loperamide hcl caps</i>	2	MO
<i>testosterone enanthate</i>	2	PA MO	<i>propantheline bromide</i>	2	MO
ZAVESCA	3	LA	<b>MISCELLANEOUS GASTROINTESTINAL AGENTS</b>		
ZEMPLAR	3	B/D PA MO	AMITIZA	3	MO
ZOMETA	5	QL(30 per 90 days) MO	ASACOL	3	MO
<b>THYROID HORMONES</b>			ASACOL HD	3	MO
<i>levothyroxine tabs 200mcg, 300mcg</i>	2		<i>balsalazide</i>	2	MO
<i>levothyroxine tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1		CANASA	3	MO
<i>levoxyl tabs 25mcg</i>	1	MO	CIMZIA	5	PA QL(6 per 28 days) MO
<i>levoxyl tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	2	MO	<i>compro</i>	2	MO
<i>liothyronine sodium tabs</i>	2	MO	<i>constulose</i>	2	MO
SYNTHROID	3	MO	CORTIFOAM	3	MO
<i>unithroid tabs 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	MO	CREON	3	MO
<i>unithroid tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg</i>	2	MO	CYSTADANE	3	MO
<b>GASTROENTEROLOGY</b>			DIPENTUM	4	MO
			<i>dronabinol</i>	2	B/D PA MO
			EMEND CAPS 40MG	3	B/D PA QL(3 per 90 days) MO
			EMEND CAPS 125MG	3	B/D PA QL(6 per 90 days) MO
			EMEND CAPS	3	B/D PA QL(18 per 90 days) MO

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)
EMEND CAPS 80MG	3	B/D PA QL(24 per 90 days) MO	<i>ondansetron odt</i>	2	B/D PA QL(135 per 90 days) MO
ENTOCORT EC	3	MO	PENTASA	3	MO
<i>enulose</i>	2	MO	<i>polyethylene glycol 3350 powd</i>	2	MO
GASTROCROM	3	MO	<i>prochlorperazine</i>	2	
<i>gavilyte-c</i>	2	QL(4000 per 30 days) MO	<i>prochlorperazine edisylate</i>	2	MO
<i>gavilyte-g</i>	2	QL(4000 per 30 days) MO	<i>prochlorperazine maleate tabs 10mg</i>	2	MO
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	QL(4000 per 30 days) MO	<i>prochlorperazine maleate tabs 5mg</i>	1	MO
<i>granisetron inj 0.1mg/ml, 1mg/ml</i>	2	QL(42 per 90 days) MO	<i>procto-pak</i>	2	MO
<i>granisetron tabs</i>	2	B/D PA QL(180 per 90 days) MO	<i>proctosol hc</i>	2	MO
<i>hydrocortisone enem</i>	2		<i>proctozone-hc</i>	2	MO
<i>lactulose</i>	2	MO	RELISTOR	3	MO
LIALDA	3	MO	REMICADE	5	PA MO
LOTRONEX	3	QL(180 per 90 days) MO	SANCUSO	3	QL(6 per 90 days) MO
<i>meclizine hcl</i>	2	MO	<i>sulfasalazine tabs</i>	2	MO
<i>mesalamine enem</i>	2	MO	<i>sulfazine ec</i>	2	
<i>metoclopramide inj</i>	2	MO	TRANSDERM-SCOP	4	MO
<i>metoclopramide oral soln</i>	2	MO	<i>trilyte</i>	2	QL(4000 per 30 days) MO
<i>metoclopramide tabs</i>	1	MO	<i>ursodiol caps</i>	2	MO
MOVIPREP	3	MO	<i>ursodiol tabs</i>	2	
<i>ondansetron hcl inj 4mg/2ml</i>	2	MO	ZENPEP	3	MO
<i>ondansetron hcl oral soln</i>	2	B/D PA MO	ZUPLENZ	3	B/D PA QL(135 per 90 days) MO
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	2	B/D PA QL(21 per 90 days) MO	<b>ULCER THERAPY</b>		
<i>ondansetron hcl tabs 4mg, 8mg</i>	2	B/D PA QL(135 per 90 days) MO	CARAFATE SUSP	3	MO
			DEXILANT	4	QL(90 per 90 days) ST MO
			<i>famotidine inj</i>	2	MO
			<i>famotidine premixed</i>	2	
			<i>famotidine susr</i>	2	MO
			<i>famotidine tabs 40mg</i>	2	MO
			<i>famotidine tabs 20mg</i>	1	MO



<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)
<i>lansoprazole</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	ARANESP INJ 150MCG/0.3ML	3	PA QL(3.6 per 90 days) MO
<i>lansoprazole odt</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	ARANESP INJ 200MCG/0.4ML	3	PA QL(4.8 per 90 days) MO
<i>misoprostol</i>	2	MO	ARANESP INJ 100MCG/0.5ML	3	PA QL(6 per 90 days) MO
NEXIUM	3	QL(90 per 90 days) MO	ARANESP INJ 300MCG/0.6ML, 60MCG/0.3ML	3	PA QL(7.2 per 90 days) MO
NEXIUM I.V. INJ 20MG	3		ARANESP INJ 40MCG/0.4ML	3	PA QL(9.6 per 90 days) MO
NEXIUM I.V. INJ 40MG	3	MO	ARANESP INJ 25MCG/0.42ML	3	PA QL(10.08 per 90 days) MO
<i>nizatidine</i>	2	MO	ARANESP INJ 100MCG/ML, 200MCG/ML, 300MCG/ML	3	PA QL(12 per 90 days) MO
<i>omeprazole cpdr 40mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	ARANESP INJ 25MCG/ML, 40MCG/ML, 60MCG/ML	3	PA QL(24 per 90 days) MO
<i>omeprazole cpdr 10mg, 20mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	ARCALYST	5	LA MO
<i>omeprazole/sodium bicarbonate</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	AVONEX	5	PA QL(12 per 90 days) MO
<i>pantoprazole</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	BETASERON	5	PA QL(45 per 90 days) MO
PREVPAC	4	MO	EPOGEN INJ 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA QL(36 per 90 days) MO
PYLERA	3	MO	EPOGEN INJ 10000UNIT/ML	4	PA QL(72 per 90 days) MO
<i>ranitidine hcl caps</i>	2	MO	INTRON-A INJ 3MU/0.2ML	3	PA
<i>ranitidine hcl syrup</i>	2	MO	INTRON-A INJ 6000000UNIT/ML	3	PA MO
<i>ranitidine hcl tabs 300mg</i>	2	MO	INTRON-A INJ 10MU/0.2ML, 5MU/0.2ML	5	PA
<i>ranitidine hcl tabs 150mg</i>	1	MO	INTRON-A WITH DILUENT INJ 10MU	5	PA MO
<i>sucralfate</i>	2	MO			
ZANTAC INJ 50MG/50ML; 0.45%	3	MO			
<b>IMMUNOLOGY, VACCINES / BIOTECHNOLOGY</b>					
<b>BIOTECHNOLOGY DRUGS</b>					
ACTIMMUNE	5	LA PA MO			
ARANESP INJ 500MCG/ML	3	PA QL(3 per 90 days) MO			

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)
LEUKINE	5	PA MO	REBIF TITRATION PACK	5	PA MO
MOZOBIL	5	QL(4.8 per 90 days) MO	TEV-TROPIN	3	PA MO
NEULASTA	4	PA QL(3.6 per 90 days) MO	<b>VACCINES / MISCELLANEOUS IMMUNOLOGICALS</b>		
NEUMEGA	5	PA QL(63 per 90 days) MO	ACTHIB	3	
NEUPOGEN INJ 300MCG/0.5ML	5	PA QL(21 per 90 days) MO	ADACEL	3	MO
NEUPOGEN INJ 480MCG/0.8ML	5	PA QL(33.6 per 90 days) MO	BOOSTRIX	3	MO
NEUPOGEN INJ 480MCG/1.6ML	5	PA QL(67.2 per 90 days) MO	CERVARIX	3	PA
NORDITROPIN FLEXPRO	5	PA MO	COMVAX	3	MO
NORDITROPIN NORDIFLEX PEN	5	PA MO	DAPTACEL	3	MO
<i>omnitrope inj 5mg/1.5ml</i>	2	PA MO	DECAVAC	3	MO
PEG-INTRON INJ 50MCG/0.5ML	5	PA QL(12 per 90 days) MO	DIPHThERIA/TETANUS TOXOID PEDIATRIC	3	MO
PEG-INTRON REDIPEN	5	PA QL(12 per 90 days) MO	ENGERIX-B INJ 10MCG/0.5ML	3	B/D PA
PEGASYS INJ 180MCG/0.5ML	5	PA QL(6 per 90 days) MO	ENGERIX-B INJ 20MCG/ML	3	B/D PA MO
PEGASYS INJ 180MCG/ML	5	PA QL(12 per 90 days) MO	GARDASIL	3	PA MO
PROCRIT INJ 40000UNIT/ML	3	PA QL(18 per 90 days) MO	HAVRIX INJ 720ELU/0.5ML	3	
PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	3	PA QL(36 per 90 days) MO	HAVRIX INJ 1440ELU/ML	3	MO
PROLEUKIN	5	MO	HIZENTRA INJ 1GM/5ML	5	PA MO
REBIF	5	PA QL(18 per 90 days) MO	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	3	
			INFANRIX	3	MO
			IPOL INACTIVATED IPV	3	MO
			IXIARO	3	
			JE-VAX	3	MO
			M-M-R II W/DILUENT 10 DOSE	3	MO
			MENACTRA	3	
			MENOMUNE-A/C/Y/W-135	3	MO
			MENVEO	3	
			PEDVAX HIB	3	MO
			PRIVIGEN INJ 20GM/200ML	5	PA MO
			PROQUAD	3	
			RABAVERT	3	MO
			RECOMBIVAX HB INJ 40MCG/ML	3	B/D PA
			RECOMBIVAX HB INJ 10MCG/ML	3	B/D PA MO
			ROTATEQ	3	
			TETANUS / DIPHThERIA	3	MO
			TOXOIDS-ADSORBED ADULT		

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)
TETANUS TOXOID ADSORBED	3		FORTEO	3	QL(7.2 per 90 days) MO
THYMOGLOBULIN	3	B/D PA	<b>OTHER RHEUMATOLOGICALS</b>		
TRIPEDIA	3		CUPRIMINE	3	MO
TWINRIX	3	B/D PA MO	DEPEN TITRATABS	3	MO
TYPHIM VI	3		ENBREL	5	PA QL(600 per 90 days) MO
VAQTA	3	MO	HUMIRA INJ 20MG/0.4ML	5	PA QL(2.4 per 90 days) MO
VARIVAX	3		HUMIRA INJ 40MG/0.8ML	5	PA QL(4.8 per 90 days) MO
VIVAGLOBIN	5	PA MO	HUMIRA PEN-CROHNS DISEASE STARTER	5	PA MO
YF-VAX	3		<i>leflunomide</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
ZOSTAVAX	3	PA	RIDAURA	4	MO
<b>MUSCULOSKELETAL / RHEUMATOLOGY</b>			SAVELLA	3	QL(180 per 90 days) MO
<b>GOUT THERAPY</b>			SAVELLA TITRATION PACK	3	MO
<i>allopurinol</i>	1	MO	SIMPONI	5	PA QL(1 per 30 days) MO
COLCRYS	3	QL(360 per 90 days) MO	<b>OBSTETRICS / GYNECOLOGY</b>		
<i>probenecid</i>	2	MO	<b>ESTROGENS / PROGESTINS</b>		
<i>probenecid / colchicine</i>	2	MO	ACTIVELLA TABS 0.5MG; 0.1MG	3	MO
ULORIC	3	MO	ALORA	3	MO
<b>OSTEOPOROSIS THERAPY</b>			<i>camila</i>	2	MO
ACTONEL TABS 150MG	4	QL(3 per 90 days) ST MO	CLIMARA PRO	3	MO
ACTONEL TABS 35MG	4	QL(12 per 90 days) ST MO	COMBIPATCH	3	MO
ACTONEL TABS 5MG	4	QL(90 per 90 days) ST MO	CRINONE GEL 4%	3	MO
<i>alendronate sodium tabs 35mg, 70mg</i>	2	QL(12 per 90 days) MO	CRINONE GEL 8%	3	PA MO
<i>alendronate sodium tabs 10mg, 5mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	DEPO-PROVERA	3	MO
BONIVA TABS	4	B/D PA MO	DEPO-SUBQ PROVERA 104	4	MO
EVISTA	3	QL(90 per 90 days) MO	DIVIGEL GEL 1MG/GM	3	MO

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)
ENJUVIA	3	QL(90 per 90 days)	ORTHO EVRA	4	MO
<i>errin</i>	2	MO	<i>terconazole</i>	2	MO
ESTRADERM	3	MO	<i>vandazole</i>	2	MO
<i>estradiol / norethindrone acetate tabs 1mg; 0.5mg</i>	2	MO	<i>zazole crea 0.4%</i>	2	MO
<i>estradiol ptwk</i>	2		<b>ORAL CONTRACEPTIVES / RELATED AGENTS</b>		
<i>estradiol tabs</i>	1	MO	<i>apri</i>	2	MO
ESTRING	4	QL(1 per 90 days) MO	<i>aranelle</i>	2	MO
<i>estropipate tabs 0.75mg, 1.5mg</i>	1	MO	<i>aviane</i>	2	MO
<i>estropipate tabs 3mg</i>	2	MO	<i>balziva</i>	2	MO
<i>jinteli</i>	2	MO	<i>cesia</i>	2	MO
<i>jolivette</i>	2	MO	<i>cryselle-28</i>	2	MO
<i>medroxyprogesterone acetate inj</i>	2	MO	<i>cyclafem 1/35</i>	2	MO
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 10mg, 2.5mg</i>	2	MO	<i>cyclafem 7/7/7</i>	2	MO
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 5mg</i>	1	MO	ELLA	3	
MENOSTAR	4	MO	<i>enpresse-28</i>	2	MO
<i>nora-be</i>	2	MO	<i>gianvi</i>	2	MO
<i>norethindrone tabs 5mg</i>	2	MO	<i>junel</i>	2	MO
<i>ortho-est</i>	2		<i>junel fe 1.5/30</i>	2	MO
PREFEST	4	MO	<i>junel fe 1/20</i>	2	MO
PREMARIN TABS	3	MO	<i>kariva</i>	2	MO
PREMARIN W/APPLICATOR	3	MO	<i>kelnor 1/35</i>	2	MO
PREMPHASE	3	MO	<i>leena</i>	2	MO
PREMPRO	3	MO	<i>lessina-28</i>	2	MO
PROMETRIUM	3	MO	<i>levora</i>	2	MO
VAGIFEM	3	MO	<i>low-ogestrel</i>	2	MO
VIVELLE-DOT	3	MO	<i>luteru</i>	2	MO
<b>MISCELLANEOUS OB/GYN</b>			<i>microgestin 1.5/30</i>	2	MO
CLEOCIN SUPP	3	MO	<i>microgestin 1/20</i>	2	MO
<i>clindamycin phosphate crea</i>	2	MO	<i>microgestin fe</i>	2	MO
GYNAZOLE-1	3		<i>microgestin fe 1.5/30</i>	2	MO
LYSTEDA	4	QL(120 per 90 days)	<i>mononessa</i>	2	MO
<i>metronidazole vaginal</i>	2	MO	<i>necon 0.5/35-28</i>	2	MO
<i>miconazole 3</i>	2	MO	<i>necon 1/35-28</i>	2	MO
NUVARING	4	MO	<i>necon 10/11-28</i>	2	MO
			<i>necon 7/7/7</i>	2	MO
			<i>next choice</i>	2	
			<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	MO
			<i>nortrel 1/35 (21)</i>	2	MO
			<i>nortrel 1/35 (28)</i>	2	MO

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Límites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Límites)
<i>nortrel 7/7/7</i>	2	MO	<i>ofloxacin</i>	2	MO
<i>ocella</i>	2	MO	<i>romycin</i>	2	MO
<i>ogestrel</i>	2	MO	<i>tobramycin ophthalmic soln</i>	1	MO
<i>portia-28</i>	2	MO	<i>tobrasol</i>	2	
<i>previfem</i>	2	MO	TOBREX OINT	3	MO
<i>quasense</i>	2	MO	<i>trimethoprim sulfate/polymyxin b sulfate</i>	2	MO
<i>reclipsen</i>	2	MO	VIGAMOX	3	MO
<i>solia</i>	2	MO	ZYMAR	3	MO
<i>sprintec 28</i>	2	MO	ZYMAXID	3	MO
<i>sronyx</i>	2	MO			
<i>tri-legest fe</i>	2	MO	<b>ANTIVIRALS</b>		
<i>tri-previfem</i>	2	MO	<i>trifluridine</i>	2	MO
<i>tri-sprintec</i>	2	MO	ZIRGAN	4	MO
<i>trinessa</i>	2	MO	<b>BETA-BLOCKERS</b>		
<i>trivora-28</i>	2	MO	<i>betaxolol hcl</i>	2	MO
<i>velivet</i>	2	MO	BETOPTIC-S	3	MO
<i>zeosa</i>	2	MO	<i>carteolol hcl</i>	2	MO
<i>zovia 1/35e</i>	2	MO	ISTALOL	3	MO
<i>zovia 1/50e</i>	2	MO	<i>levobunolol hcl ophthalmic soln 0.25%</i>	1	MO
			<i>levobunolol hcl ophthalmic soln 0.5%</i>	2	MO
<b>OXYTOCICS</b>			<i>metipranolol</i>	2	MO
METHERGINE TABS	3		<i>timolol maleate</i>	2	MO
			<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	2	MO
<b>OPHTHALMOLOGY</b>			TIMOPTIC OCUDOSE	3	MO
<b>ANTIBIOTICS</b>			<b>CYCLOPLEGIC MYDRIATICS</b>		
<i>ak-tob</i>	2		<i>tropicamide ophthalmic soln 1%</i>	1	MO
AZASITE	3	MO	<i>tropicamide ophthalmic soln 0.5%</i>	2	MO
<i>bacitracin / polymyxin b</i>	2	MO	<b>DIRECT ACTING MIOTICS</b>		
<i>bacitracin ophthalmic oint</i>	2	MO	PILOPINE HS	3	MO
BESIVANCE	3	MO	<b>MISCELLANEOUS OPHTHALMOLOGICS</b>		
CILOXAN OINT	3	MO	ALAMAST	3	MO
<i>ciprofloxacin ophthalmic soln</i>	2	MO	ALOCIL	4	MO
<i>erythromycin oint</i>	1	MO	<i>azelastine hcl</i>	2	MO
<i>gentak</i>	2	MO	BEPREVE	3	MO
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln</i>	2	MO	<i>cromolyn sodium ophthalmic soln</i>	2	MO
<i>gentasol</i>	2	MO	ELESTAT	3	MO
<i>levofloxacin ophthalmic soln</i>	2	MO	<i>epinastine hcl</i>	2	MO
MOXEZA	3	MO			
NATACYN	3	MO			
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	2	MO			
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	2	MO			

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)
LACRISERT	3	MO	<i>sulfacetamide sodium / prednisolone sodium phospho</i>	2	MO
PATADAY	3	MO	<b>STERIODS</b>		
PATANOL	3	MO	ALREX	3	MO
RESTASIS	3	MO	<i>dexamethasone ophthalmic soln</i>	2	MO
<b>NON-STEROIDAL ANTI- INFLAMMATORY AGENTS</b>			DUREZOL	3	MO
ACUVAIL	3	MO	<i>fluorometholone</i>	2	MO
BROMDAY	3	MO	FML	3	MO
<i>bromfenac</i>	2	MO	FML FORTE	3	MO
<i>diclofenac sodium</i>	2	MO	LOTEMAX	3	MO
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	MO	<i>prednisolone acetate</i>	2	MO
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic soln</i>	2	MO	<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic soln</i>	2	MO
NEVANAC	3	MO	<b>SULFONAMIDES</b>		
<b>ORAL DRUGS FOR GLAUCOMA</b>			BLEPH-10	3	MO
<i>acetazolamide</i>	2	MO	<i>sodium sulfacetamide</i>	2	MO
<i>acetazolamide sodium</i>	2		<b>SYMPATHOMIMETICS</b>		
<i>methazolamide</i>	2	MO	ALPHAGAN P	3	MO
<b>OTHER GLAUCOMA DRUGS</b>			<i>apraclonidine</i>	2	MO
AZOPT	3	MO	<i>brimonidine tartrate ophthalmic soln 0.2%</i>	2	MO
COMBIGAN	3	MO	IOPIDINE OPHTHALMIC SOLN 1%	4	MO
<i>dorzolamide hcl</i>	2	MO	<b>VASOCONSTRICTOR DECONGESTANTS</b>		
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	MO	<i>ak-con</i>	1	MO
<i>latanoprost</i>	2	MO	<b>RESPIRATORY AND ALLERGY</b>		
LUMIGAN	3	MO	<b>ANTIHISTAMINE / ANTIALLERGENIC AGENTS</b>		
TRAVATAN Z	3	MO	<i>carbinoxamine maleate</i>	2	MO
<b>STERIOD-ANTIBIOTIC COMBINATIONS</b>			<i>cetirizine hcl syrup</i>	2	MO
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/h ydrocortisone</i>	2	MO	CLARINEX REDITABS	3	QL(90 per 90 days) MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethaso ne</i>	2	MO	CLARINEX SYRP	3	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortiso ne ophthalmic susp</i>	2	MO	CLARINEX TABS	3	QL(90 per 90 days) MO
<i>poly-dex oint</i>	2	MO	CLARINEX-D 12 HOUR	3	QL(180 per 90 days) MO
<i>poly-dex susp</i>	2				
TOBRADEX OINT	3	MO			
TOBRADEX ST	3	MO			
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	2	MO			
ZYLET	3	MO			
<b>STERIOD-SULFONAMIDE COMBINATIONS</b>					

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)
CLARINEX-D 24 HOUR	3	QL(90 per 90 days)	<i>aminophylline tabs</i>	2	MO
<i>clemastine fumarate syrup</i>	2	MO	ASMANEX 120 METERED DOSES	3	QL(3 per 90 days) MO
<i>clemastine fumarate tabs 2.68mg</i>	2	MO	ASMANEX 14 METERED DOSES	3	QL(3 per 90 days) MO
<i>epinephrine hcl inj 0.1mg/ml</i>	2		ASMANEX 30 METERED DOSES	3	QL(3 per 90 days) MO
EPIPEN	3	MO	ASMANEX 60 METERED DOSES	3	QL(3 per 90 days) MO
EPIPEN-JR	3	MO	ATROVENT HFA	3	QL(77.4 per 90 days) MO
<i>fexofenadine hcl tabs 180mg</i>	2	QL(90 per 90 days)	BROVANA	4	B/D PA QL(360 per 90 days) MO
<i>fexofenadine hcl tabs 30mg, 60mg</i>	2	QL(180 per 90 days)	<i>budesonide susp</i>	2	B/D PA MO
<i>hydroxyzine hcl inj 25mg/ml</i>	2		COMBIVENT	3	QL(88.2 per 90 days) MO
<i>hydroxyzine hcl inj 50mg/ml</i>	2	MO	<i>cromolyn sodium nebu</i>	2	B/D PA MO
<i>hydroxyzine hcl syrup</i>	2	MO	DULERA	4	QL(39 per 90 days) MO
<i>hydroxyzine hcl tabs</i>	2	MO	ELIXOPHYLLIN	4	MO
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	FLOVENT DISKUS	3	QL(360 per 90 days) MO
<i>palgic liqd</i>	2	MO	FLOVENT HFA AERO 110MCG/ACT	3	QL(63.6 per 90 days) MO
<i>phenadoz</i>	2		FLOVENT HFA AERO 220MCG/ACT, 44MCG/ACT	3	QL(72 per 90 days) MO
<i>promethazine hcl inj 25mg/ml</i>	2		<i>flunisolide nasal soln 0.025%</i>	2	MO
<i>promethazine hcl inj 50mg/ml</i>	2	MO	<i>fluticasone propionate</i>	2	MO
<i>promethazine hcl supp</i>	2	MO	FORADIL AEROLIZER	3	QL(180 per 90 days) MO
<i>promethazine hcl syrup</i>	2	MO	<i>ipratropium bromide inhalation soln</i>	2	B/D PA MO
<i>promethazine hcl tabs</i>	2	MO	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	B/D PA MO
<i>promethegan supp 25mg</i>	2				
<i>promethegan supp 50mg</i>	2	MO			
TWINJECT	3	MO			
<b>PULMONARY AGENTS</b>					
<i>acetylcysteine</i>	2	B/D PA MO			
ADVAIR DISKUS	3	QL(180 per 90 days) MO			
ADVAIR HFA	3	QL(36 per 90 days) MO			
<i>albuterol sulfate er</i>	2	MO			
<i>albuterol sulfate nebu</i>	2	B/D PA MO			
<i>albuterol sulfate syrup</i>	2	MO			
<i>albuterol sulfate tabs</i>	2	MO			
<i>aminophylline inj</i>	2				

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)
LETAIRIS	5	LA PA QL(90 per 90 days) MO	<i>theophylline er</i>	2	MO
<i>metaproterenol sulfate</i>	2	MO	TRACLEER	5	LA PA QL(180 per 90 days) MO
NASONEX	3	MO	VENTOLIN HFA	3	QL(108 per 90 days) MO
PERFOROMIST	3	B/D PA MO	VERAMYST	3	MO
PROAIR HFA	3	QL(51 per 90 days) MO	XOLAIR	5	PA QL(7.2 per 30 days) MO
PROVENTIL HFA	3	QL(41 per 90 days) MO	<i>zafirlukast</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
PULMICORT FLEXHALER	3	QL(6 per 90 days) MO	ZYFLO CR	4	QL(360 per 90 days) MO
PULMICORT SUSP 1MG/2ML	3	B/D PA MO	<hr/> <b>UROLOGICALS</b> <hr/>		
PULMOZYME	5	B/D PA MO	<b>ANTICHOLINERGICS /</b>		
QVAR	3	QL(66 per 90 days) MO	<b>ANTISPASMODICS</b> <hr/>		
REVATIO INJ	5	QL(3375 per 90 days) MO	DETROL	3	QL(180 per 90 days) MO
REVATIO TABS	5	PA QL(270 per 90 days) MO	DETROL LA	3	QL(90 per 90 days) MO
SEREVENT DISKUS	3	QL(180 per 90 days) MO	ENABLEX	3	QL(90 per 90 days) MO
SINGULAIR	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>flavoxate hcl</i>	2	MO
SPIRIVA HANDIHALER	3	QL(90 per 90 days) MO	GELNIQUE	3	QL(90 per 90 days) MO
SYMBICORT AERO 80MCG/ACT; 4.5MCG/ACT	3	QL(30.6 per 90 days) MO	<i>oxybutynin er tb24 5mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
SYMBICORT AERO 160MCG/ACT; 4.5MCG/ACT	3	QL(30.6 per 90 days) MO	<i>oxybutynin er tb24 10mg, 15mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>terbutaline sulfate</i>	2	MO	<i>oxybutynin syrp</i>	2	MO
THEO-24	4	MO	<i>oxybutynin tabs</i>	1	QL(360 per 90 days) MO
<i>theochron tb12 300mg</i>	2				
<i>theochron tb12 100mg</i>	2	MO			



<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Limites)
OXYTROL	3	QL(32 per 90 days) MO	<b>ELECTROLYTES</b>		
SANCTURA XR	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>calcium acetate</i>	2	MO
TOVIAZ	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>eliphos</i>	2	MO
<i>tropium chloride</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	K-TABS	4	MO
VESICARE	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	2	
<b>BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA(BPH) THERAPY</b>			<i>kcl 0.15%/d5w/lr</i>	2	
AVODART	3	QL(90 per 90 days) MO	KCL 0.15%/D5W/NACL 0.2%	3	
<i>finasteride</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	KCL 0.15%/D5W/NACL 0.225%	3	
JALYN	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	2	
RAPAFLO	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>kcl 0.3%/d5w/lr iv lac ring</i>	2	
<i>tamsulosin hcl</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	KCL 0.3%/D5W/NACL 0.2%	3	
UROXATRAL	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	2	
<b>CHOLINERGIC STIMULANTS</b>			<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	2	
<i>bethanechol chloride</i>	2	MO	<i>klor-con 10</i>	2	MO
<b>MISCELLANEOUS UROLOGICALS</b>			<i>klor-con 8</i>	2	MO
CYSTAGON	3	LA	KLOR-CON M15	4	MO
ELMIRON	3	MO	<i>klor-con m20</i>	2	MO
<i>potassium citrate extended-release</i>	2	MO	LACTATED RINGERS	3	MO
<b>VITAMINS, HEMATINICS / ELECTROLYTES</b>			MAGNESIUM SULFATE IN D5W INJ 5%; 10MG/ML	3	
			MAGNESIUM SULFATE INJ	3	
			NORMOSOL	3	
			POTASSIUM CHLORIDE 0.075%/D5W/NACL 0.225%	3	
			POTASSIUM CHLORIDE 0.15% /NACL 0.45% VIAFLEX	3	
			<i>potassium chloride 0.15% d5w/nacl 0.33%</i>	2	
			<i>potassium chloride 0.15% d5w/nacl 0.45% viaflex</i>	2	MO
			<i>potassium chloride 0.15% nacl 0.9%</i>	2	
			POTASSIUM CHLORIDE 0.15%/D5W	3	
			POTASSIUM CHLORIDE 0.22% D5W/NACL 0.45%	3	
			<i>potassium chloride 0.224%/d5w</i>	2	
			POTASSIUM CHLORIDE 0.3%/NACL 0.9%	3	
			<i>potassium chloride 0.3%/d5w</i>	2	
			<i>potassium chloride er cpcr</i>	2	MO
			<i>potassium chloride er tbcr 10meq</i>	2	

<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)	<b>DrugName</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos /Lmites)
<i>potassium chloride er tbc</i> 20meq	2	MO	PREMASOL INJ 56MEQ/L;	3	
<i>potassium chloride inj</i>	2		320MG/100ML; 730MG/100ML;		
<i>10meq/100ml, 10meq/50ml,</i>			190MG/100ML; 3MEQ/L;		
<i>2meq/ml</i>			20MG/100ML; 300MG/100ML;		
POTASSIUM CHLORIDE INJ	3		220MG/100ML; 290MG/100ML;		
0.4MEQ/ML, 30MEQ/100ML			490MG/100ML; 840MG/100ML;		
<i>ringers injection</i>	2		490MG/100ML; 200MG/100ML;		
<i>sodium bicarbonate inj 7.5%,</i>	2		290MG/100ML; 410MG/100ML;		
<i>8.4%</i>			230MG/100ML; 5MEQ/L;		
<i>sodium chloride 0.45% viaflex</i>	2	MO	15MG/100ML; 250MG/100ML;		
<i>sodium chloride inj 3%, 5%</i>	2		120MG/100ML; 140MG/100ML;		
<i>sodium chloride inj 2.5meq/ml</i>	2	MO	470MG/100ML		
<b>MISCELLANEOUS NUTRITION PRODUCTS</b>			<i>premasol inj 52meq/l;</i>	2	
AMINOSYN	3		<i>1760mg/100ml; 880mg/100ml;</i>		
AMINOSYN II	3		<i>34meq/l; 1760mg/100ml;</i>		
AMINOSYN II M	3		<i>372mg/100ml; 406mg/100ml;</i>		
AMINOSYN-HBC	3		<i>526mg/100ml; 492mg/100ml;</i>		
AMINOSYN-HF	3		<i>492mg/100ml; 526mg/100ml;</i>		
AMINOSYN-PF	3		<i>356mg/100ml; 356mg/100ml;</i>		
AMINOSYN-PF 7%	3		<i>390mg/100ml; 34mg/100ml;</i>		
CLINIMIX / DEXTROSE	3		<i>152mg/100ml</i>		
CLINISOL SF	3		TRAVASOL	3	
DEXTROSE 5%	3		TROPHAMINE	3	
/ELECTROLYTE #48 VIAFLEX			<b>VITAMINS / HEMATINICS</b>		
FREAMINE III	3		<i>prenatal vitamins (generic)</i>	1	
HEPATAMINE	3		<i>sodium fluoride tabs</i>	2	MO
HEPATASOL	3				
INTRALIPID INJ 1.7%; 30%	3				
<i>intralipid inj 2.25%; 20%</i>	2				
IONOSOL	3				
ISOLYTE	3				
KCL 0.15%/D10W/NAACL 0.2%	3				
LIPOSYN III INJ 1.8%; 2.5%;	3				
30%					
NEPHRAMINE	3				
NORMOSOL	3				
PLASMA-LYTE	3				

## Index of Drugs

8-MOP, 21  
ABILIFY, 13  
ABILIFY DISCMELT, 13  
ABRAXANE, 7  
*acarbose*, 25  
*acebutolol*, 17  
*acetaminophen / codeine*, 12  
*acetaminophen/codeine #3*, 12  
*acetaminophen/codeine #4*, 12  
*acetasol hc*, 24  
*acetazolamide*, 35  
*acetazolamide sodium*, 35  
*acetic acid*, 24  
*acetic acid / hydrocortisone*, 24  
*acetylcysteine*, 36  
ACTHIB, 31  
*acticin*, 23  
ACTIMMUNE, 30  
ACTIVELLA, 32  
ACTONEL, 23, 32  
ACTOPLUS MET, 25  
ACTOS, 25  
ACUVAIL, 35  
*acyclovir*, 3  
ADACEL, 31  
ADAGEN, 23  
*adapalene*, 22  
*adriamycin*, 7  
ADVAIR DISKUS, 36  
ADVAIR HFA, 36  
ADVICOR, 20  
*afeditab cr*, 17  
AFINITOR, 7  
AGGRENOX, 20  
*a-hydrocort*, 24  
*ak-con*, 35  
*ak-tob*, 34  
*ala cort*, 22  
ALAMAST, 34  
ALBENZA, 5  
*albuterol sulfate*, 36  
*albuterol sulfate er*, 36  
*alclometasone dipropionate*, 22  
ALCOHOL PREPS, 25  
ALDURAZYME, 27  
*alendronate sodium*, 23, 32  
ALIMTA, 7  
ALINIA, 5  
ALKERAN, 7  
*allopurinol*, 32  
ALOCRIL, 34  
ALORA, 32  
ALPHAGAN P, 35  
ALREX, 35  
ALTABAX, 22  
*amantadine*, 3  
*amcinonide*, 22  
*a-methapred*, 24  
*amifostine*, 7  
*amikacin sulfate*, 5  
*amiloride*, 17  
*amiloride/hydrochlorothiazide*, 17  
*aminophylline*, 36  
AMINOSYN, 39  
AMINOSYN II, 39  
AMINOSYN II M, 39  
AMINOSYN-HBC, 39  
AMINOSYN-HF, 39  
AMINOSYN-PF, 39  
AMINOSYN-PF 7%, 39  
*amiodarone*, 16  
AMITIZA, 28  
*amitriptyline*, 13  
*amlodipine*, 17  
*amlodipine / benazepril*, 17  
*ammonium lactate*, 21  
*amnesteem*, 22  
*amoxapine*, 13  
*amoxicillin*, 6  
*amoxicillin/clavulanate potassium*, 6

*amoxicillin/clavulanate potassium er*, 6  
*amoxicillin/potassium clavulanate*, 6  
*amphotericin b*, 3  
*ampicillin*, 6  
*ampicillin-sulbactam*, 6  
AMTURNIDE, 17  
ANADROL-50, 27  
*anagrelide hydrochloride*, 23  
*anastrozole*, 7  
ANCOBON, 3  
ANDRODERM, 27  
ANDROGEL, 27  
ANDROGEL PUMP, 27  
ANDROID, 27  
*androxy*, 27  
ANTABUSE, 23  
ANTARA, 20  
APIDRA, 25  
APOKYN, 10  
*apraclonidine*, 35  
*apri*, 33  
APTIVUS, 3  
ARALAST NP, 23  
*aranelle*, 33  
ARANESP, 30  
ARCALYST, 30  
ARICEPT, 11  
ARICEPT ODT, 11  
ARIXTRA, 20  
ARRANON, 7  
ARTHROTEC 50, 13  
ARTHROTEC 75, 13  
ARZERRA, 7  
ASACOL, 28  
ASACOL HD, 28  
*ascomp/codeine*, 12  
ASMANEX 120 METERED DOSES, 36  
ASMANEX 14 METERED DOSES, 36  
ASMANEX 30 METERED DOSES, 36  
ASMANEX 60 METERED DOSES, 36  
ASTEPRO, 24  
*atenolol*, 17

*atenolol / chlorthalidone*, 17  
ATRIPLA, 3  
*atropine sulfate*, 28  
ATROVENT HFA, 36  
*augmented betamethasone dipropionate*, 22  
AVALIDE, 17  
AVANDAMET, 25  
AVANDARYL, 25  
AVANDIA, 25  
AVAPRO, 17  
AVASTIN, 7  
AVELOX, 6  
AVELOX ABC PACK, 6  
*aviane*, 33  
*avita*, 22  
AVODART, 38  
AVONEX, 30  
AZACTAM, 5  
AZACTAM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE, 5  
AZASITE, 34  
*azathioprine*, 7  
*azathioprine sodium*, 7  
*azelastine hcl*, 24, 34  
AZELEX, 22  
AZILECT, 10  
*azithromycin*, 4  
AZOPT, 35  
*aztreonam*, 5  
*bacitracin*, 34  
*bacitracin / polymyxin b*, 34  
*baclofen*, 12  
BACTROBAN, 22  
BACTROBAN NASAL, 24  
*balsalazide*, 28  
*balziva*, 33  
BANZEL, 10  
BARACLUDGE, 3  
BD INSULIN SYRINGE  
SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2, 25  
BD INSULIN SYRINGE  
ULTRAFINE/0.3ML/31G X 5/16, 25

BD INSULIN SYRINGE

ULTRAFINE/0.5ML/30G X 1/2, 25

BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/1ML/31G

X 5/16, 25

BD PEN NEEDLE/ULTRAFINE/29G X 12.7MM,

25

*benazepril*, 17

*benazepril / hydrochlorothiazide*, 17

*benztropine mesylate*, 10

BEPREVE, 34

BESIVANCE, 34

*betamethasone dipropionate*, 22

*betamethasone valerate*, 22

BETASERON, 30

*betaxolol hcl*, 17, 34

*bethanechol chloride*, 38

BETOPTIC-S, 34

*bicalutamide*, 7

BICILLIN C-R, 6

BICILLIN L-A, 6

BICNU, 7

BIDIL, 17

BILTRICIDE, 5

*bisoprolol fumarate*, 17

*bisoprolol fumarate / hydrochlorothiazide*, 17

*bleomycin sulfate*, 7

BLEPH-10, 35

BONIVA, 32

BOOSTRIX, 31

*brimonidine tartrate*, 35

BROMDAY, 35

*bromfenac*, 35

*bromocriptine mesylate*, 10

BROVANA, 36

*budeprion sr*, 13

*budeprion xl*, 14

*budesonide*, 36

*bumetanide*, 17

BUPHENYL, 23

BUPRENEX, 12

*buprenorphine hcl*, 12

*buproban*, 24

*bupropion hcl*, 14

*bupropion hcl sr*, 14

*bupirone hcl*, 14

BUSULFEX, 7

*butorphanol tartrate*, 13

BYETTA, 25

BYSTOLIC, 17

*cabergoline*, 27

CADUET, 20

*calcipotriene*, 21

*calcitonin-salmon*, 27

*calcitriol*, 27

*calcium acetate*, 38

*camila*, 32

CAMPATH, 7

CAMPRAL, 23

CANASA, 28

CAPASTAT SULFATE, 5

CAPEX, 22

*captopril*, 17

*captopril/hydrochlorothiazide*, 17

CARAC, 21

CARAFATE, 29

*carbamazepine*, 10

*carbamazepine er*, 10

CARBATROL, 10

*carbidopa / levodopa*, 10

*carbidopa/levodopa cr*, 10

*carbidopa/levodopa odt*, 10

*carbidopa/levodopa sr*, 10

*carbinoxamine maleate*, 35

*carboplatin*, 7

*carisoprodol*, 12

CARMOL-HC, 21

*carteolol hcl*, 34

*cartia xt*, 17

*carvedilol*, 17

CAYSTON, 5

CEENU, 7

*cefaclor*, 4

*cefadroxil*, 4

*cefazolin*, 4

*cefdinir*, 4  
*cefepime*, 4  
*cefotaxime sodium*, 4  
*cefoxitin sodium*, 4  
*cefpodoxime proxetil*, 4  
*ceftazidime*, 4  
*ceftriaxone sodium*, 4  
*cefuroxime axetil*, 4  
*cefuroxime sodium*, 4  
**CELEBREX**, 13  
**CELLCEPT**, 7  
**CELLCEPT INTRAVENOUS**, 7  
**CELONTIN**, 10  
*cephalexin*, 4  
**CEREZYME**, 27  
**CERVARIX**, 31  
*cesia*, 33  
*cetirizine hcl*, 35  
**CHANTIX**, 24  
**CHEMET**, 23  
*chlordiazepoxide/amitriptyline*, 14  
*chlorhexidine gluconate oral rinse*, 24  
*chloroquine*, 5  
*chlorothiazide*, 17  
*chlorothiazide sodium*, 17  
*chlorpromazine*, 14  
*chlorthalidone*, 17  
*cholestyramine light*, 20  
*ciclopirox*, 22  
*ciclopirox nail lacquer*, 22  
*ciclopirox olamine*, 22  
*cilostazol*, 20  
**CILOXAN**, 34  
**CIMZIA**, 28  
**CIPRO HC**, 24  
**CIPRO I.V.-IN D5W**, 6  
**CIPRODEX**, 24  
*ciprofloxacin*, 6, 34  
*cisplatin*, 7  
*citalopram*, 14  
*cladribine*, 7  
*claravis*, 22  
**CLARINEX**, 35  
**CLARINEX REDITABS**, 35  
**CLARINEX-D 12 HOUR**, 35  
**CLARINEX-D 24 HOUR**, 36  
*clarithromycin*, 4  
*clarithromycin er*, 4  
*clemastine fumarate*, 36  
**CLEOCIN**, 33  
**CLEOCIN GALAXY**, 5  
**CLEOCIN PEDIATRIC GRANULES**, 5  
**CLIMARA PRO**, 32  
*clindamycin hcl*, 5  
*clindamycin phosphate*, 22, 33  
*clindamycin phosphate add-vantage*, 5  
*clindamycin/benzoyl peroxide*, 22  
**CLINIMIX / DEXTROSE**, 23, 39  
**CLINISOL SF**, 39  
*clobetasol propionate*, 23  
*clobetasol propionate e*, 22  
**CLOBEX**, 23  
**CLOLAR**, 7  
*clomipramine*, 14  
*clonidine*, 17  
*clotrimazole*, 3, 22  
*clotrimazole / betamethasone*, 22  
*clozapine*, 14  
**COARTEM**, 5  
*codeine sulfate*, 12  
**COLCRYS**, 32  
*colestipol*, 20  
*colistimethate sodium*, 5  
**COLY-MYCIN S**, 24  
**COMBIGAN**, 35  
**COMBIPATCH**, 32  
**COMBIVENT**, 36  
**COMBIVIR**, 3  
*compro*, 28  
**COMTAN**, 10  
**COMVAX**, 31  
**CONDYLOX**, 21  
*constulose*, 28  
**COPAXONE**, 11

CORDRAN TAPE, 23  
 COREG CR, 17  
 CORTIFOAM, 28  
*cortisone acetate*, 24  
 CORTISPORIN-TC, 24  
*cortomycin*, 24  
 COSMEGEN, 7  
 CREON, 28  
 CRESTOR, 20  
 CRINONE, 32  
 CRIXIVAN, 3  
*cromolyn sodium*, 34, 36  
*cryselle-28*, 33  
 CUBICIN, 5  
 CUPRIMINE, 32  
*cyclafem 1/35*, 33  
*cyclafem 7/7/7*, 33  
*cyclobenzaprine hcl*, 12  
*cyclophosphamide*, 7  
*cyclosporine*, 7  
 CYKLOKAPRON, 20  
 CYMBALTA, 14  
 CYSTADANE, 28  
 CYSTAGON, 38  
*cytarabine*, 7  
 CYTARABINE AQUEOUS, 7  
*dacarbazine*, 7  
 DACOGEN, 8  
*danazol*, 27  
*dantrolene sodium*, 12  
 DAPSONE, 5  
 DAPTACEL, 31  
 DARAPRIM, 5  
*daunorubicin hcl*, 8  
 DAUNOXOME, 8  
 DECAVAC, 31  
*demeclocycline hcl*, 6  
 DEMSER, 17  
 DENAVIR, 22  
*depade*, 13  
 DEPEN TITRATABS, 32  
 DEPO-MEDROL, 24  
 DEPO-PROVERA, 32  
 DEPO-SUBQ PROVERA 104, 32  
 DERMA-SMOOTHIE / FS BODY OIL, 23  
 DERMOTIC, 24  
*desipramine*, 14  
*desmopressin acetate*, 27  
*desonide*, 23  
*desoximetasone*, 23  
 DETROL, 37  
 DETROL LA, 37  
*dexamethasone*, 24, 25, 35  
 DEXAMETHASONE INTENSOL, 24  
 DEXILANT, 29  
*dexrazoxane*, 7  
*dextroamphetamine sulfate*, 14  
*dextroamphetamine sulfate er*, 14  
 DEXTROSE 10%/NACL 0.45%, 23  
 DEXTROSE 5% /ELECTROLYTE #48  
 VIAFLEX, 39  
*dextrose 10% flex container*, 23  
 DEXTROSE 10%/NACL 0.2%, 23  
*dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%*, 23  
*dextrose 5%*, 23  
*dextrose 5%/nacl 0.2%*, 23  
*dextrose 5%/nacl 0.225%*, 23  
 DEXTROSE 5%/NACL 0.33%, 23  
*dextrose 5%/nacl 0.45%*, 23  
*dextrose 5%/nacl 0.9%*, 23  
 DIBENZYLINE, 17  
*diclofenac potassium*, 13  
*diclofenac sodium*, 13, 35  
*diclofenac sodium ec*, 13  
*diclofenac sodium xr*, 13  
*dicloxacillin sodium*, 6  
*dicyclomine hcl*, 28  
*didanosine*, 3  
 DIFFERIN, 22  
*diflorasone diacetate*, 23  
 DIFLUCAN IN NACL, 3  
*diflunisal*, 13  
*digoxin*, 20  
*dihydroergotamine mesylate*, 10

DILANTIN, 10  
 DILANTIN INFATABS, 10  
 DILAUDID, 12  
 DILAUDID-5, 12  
 DILAUDID-HP, 12  
*dilt-cd*, 17  
*diltiazem cd*, 17  
*diltiazem hcl*, 18  
*diltiazem hcl er*, 17, 18  
*dilt-xr*, 17  
*diltzac*, 18  
 DIOVAN, 18  
 DIOVAN HCT, 18  
 DIPENTUM, 28  
*diphenoxylate / atropine*, 28  
 DIPHTHERIA/TETANUS TOXOID  
     PEDIATRIC, 31  
*disopyramide phosphate*, 17  
*divalproex sodium*, 10  
*divalproex sodium er*, 10  
 DIVIGEL, 32  
 DOCETAXEL, 8  
*donepezil hcl*, 11  
*dorzolamide hcl*, 35  
*dorzolamide hcl/timolol maleate*, 35  
*doxazosin*, 18  
*doxepin*, 14  
 DOXIL, 8  
*doxorubicin hcl*, 8  
*doxycycline hyclate*, 6, 7  
*doxycycline monohydrate*, 7  
*dronabinol*, 28  
 DROXIA, 8  
 DUETACT, 25  
 DULERA, 36  
*duramorph*, 12  
 DUREZOL, 35  
*e.e.s. 400*, 5  
 E.E.S. GRANULES, 5  
*econazole nitrate*, 22  
 EDECRIN, 18  
 EDURANT, 3  
 EFFIENT, 20  
 ELESTAT, 34  
 ELIDEL, 21  
 ELIGARD, 8  
*eliphos*, 38  
 ELITEK, 7  
 ELIXOPHYLLIN, 36  
 ELLA, 33  
 ELLENCE, 8  
 ELMIRON, 38  
 ELOXATIN, 8  
 ELSPAR, 8  
 EMBEDA, 12  
 EMCYT, 8  
 EMEND, 28, 29  
 EMSAM, 14  
 EMTRIVA, 3  
 ENABLEX, 37  
*enalapril*, 18  
*enalapril / hydrochlorothiazide*, 18  
 ENBREL, 32  
*endocet*, 12  
 ENGERIX-B, 31  
 ENJUVIA, 33  
*enoxaparin sodium*, 20  
*enpresse-28*, 33  
 ENTOCORT EC, 29  
*enulose*, 29  
*epinastine hcl*, 34  
*epinephrine hcl*, 36  
 EPIPEN, 36  
 EPIPEN-JR, 36  
*epirubicin hcl*, 8  
*epitol*, 10  
 EPIVIR, 3  
 EPIVIR HBV, 3  
*eplerenone*, 18  
 EPOGEN, 30  
 EPZICOM, 3  
 EQUETRO, 10  
 ERAXIS, 3  
 ERBITUX, 8



*ergotamine tartrate / caffeine*, 10  
*errin*, 33  
 ERTACZO, 22  
*ery*, 22  
 ERY-TAB, 5  
 ERYTHROCIN LACTOBIONATE, 5  
*erythrocine stearate*, 5  
*erythromycin*, 22, 34  
*erythromycin / benzoyl peroxide*, 22  
 ERYTHROMYCIN BASE, 5  
*erythromycin ethylsuccinate*, 5  
*erythromycin/sulfisoxazole*, 5  
 ESTRADERM, 33  
*estradiol*, 33  
*estradiol / norethindrone acetate*, 33  
 ESTRING, 33  
*estropipate*, 33  
*ethambutol*, 5  
*ethosuximide*, 10  
*etidronate disodium*, 23  
*etodolac*, 13  
 ETOPOPHOS, 8  
*etoposide*, 8  
 EURAX, 23  
 EVISTA, 32  
 EVOXAC, 24  
 EXALGO, 12  
 EXELON, 11  
*exemestane*, 8  
 EXFORGE, 18  
 EXFORGE HCT, 18  
 EXJADE, 24  
 FABRAZYME, 27  
*famciclovir*, 3  
*famotidine*, 29  
*famotidine premixed*, 29  
 FANAPT, 14  
 FANAPT TITRATION PACK, 14  
 FARESTON, 8  
 FASLODEX, 8  
 FAZACLO, 14  
 FELBATOL, 10  
*felodipine er*, 18  
*fenofibrate*, 20  
*fenofibrate micronized*, 20  
*fenopofen calcium*, 13  
*fentanyl citrate*, 12  
*fentanyl citrate oral transmucosal*, 12  
*fentanyl patches*, 12  
*fexofenadine hcl*, 36  
 FINACEA, 22  
*finasteride*, 38  
 FIRMAGON, 8  
*flavoxate hcl*, 37  
*flecainide acetate*, 17  
 FLECTOR, 13  
 FLOVENT DISKUS, 36  
 FLOVENT HFA, 36  
*fluconazole*, 3  
*fluconazole in dextrose*, 3  
*fludarabine phosphate*, 8  
*fludrocortisone acetate*, 25  
*flunisolide*, 36  
*fluocinolone acetonide*, 23  
*fluocinonide*, 23  
*fluocinonide emollient base*, 23  
*fluorometholone*, 35  
 FLUOROPLEX, 21  
*fluorouracil*, 8, 21  
*fluoxetine*, 14  
*fluoxetine dr*, 14  
*fluphenazine*, 14  
*fluphenazine decanoate inj*, 14  
*flurbiprofen*, 13  
*flurbiprofen sodium*, 35  
*flutamide*, 8  
*fluticasone propionate*, 23, 36  
*fluvoxamine*, 14  
 FML, 35  
 FML FORTE, 35  
 FOCALIN XR, 14  
 FORADIL AEROLIZER, 36  
 FORTAZ, 4  
 FORTEO, 32

*fortical*, 27  
*foscarnet sodium*, 3  
*fosinopril*, 18  
*fosinopril / hydrochlorothiazide*, 18  
 FOSRENOL, 24  
 FRAGMIN, 20  
 FREAMINE III, 39  
*furosemide*, 18  
 FUZEON, 3  
*gabapentin*, 10  
 GABITRIL, 10  
*galantamine hydrobromide*, 11  
*ganciclovir*, 3  
 GARDASIL, 31  
 GASTROCROM, 29  
 GAUZE PADS 2, 25  
*gavilyte-c*, 29  
*gavilyte-g*, 29  
*gavilyte-n/ flavor pack*, 29  
 GELNIQUE, 37  
*gemcitabine hcl*, 8  
*gemfibrozil*, 20  
*gengraf*, 8  
*gentak*, 34  
*gentamicin sulfate*, 5, 22, 34  
*gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride*, 5  
*gentamicin sulfate/sodium chloride*, 5  
*gentasol*, 34  
 GEODON, 14  
*gianvi*, 33  
 GILENYA, 11  
 GLEEVEC, 8  
*glimepiride*, 25  
*glipizide*, 26  
*glipizide / metformin*, 25  
*glipizide er*, 25, 26  
 GLUCAGEN HYPOKIT, 26  
 GLUCAGON EMERGENCY KIT, 26  
*glyburide*, 26  
*glyburide / metformin*, 26  
*glyburide micronized*, 26  
*glycopyrrolate*, 28  
*glycron*, 26  
 GLYSET, 26  
*granisetron*, 29  
*griseofulvin microsize*, 3  
 GRIS-PEG, 3  
*guanfacine hcl*, 18  
 GYNAZOLE-1, 33  
 HALAVEN, 8  
 HALDOL, 14  
 HALDOL DECANOATE 100, 14  
 HALDOL DECANOATE 50, 14  
*halobetasol propionate*, 23  
*haloperidol*, 14, 15  
*haloperidol decanoate inj*, 15  
*haloperidol lactate inj*, 15  
 HAVRIX, 31  
 HECTOROL, 27  
 HEPARIN SODIUM, 20  
*heparin sodium/d5w*, 20  
*heparin sodium/NaCl 0.45%*, 20  
*heparin sodium/sodium chloride 0.9% premix*, 20  
 HEPATAMINE, 39  
 HEPATASOL, 39  
 HEPSERA, 3  
 HERCEPTIN, 8  
 HEXALEN, 8  
 HIZENTRA, 31  
 HUMALOG, 26  
 HUMALOG KWIKPEN, 26  
 HUMALOG MIX 50/50, 26  
 HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN, 26  
 HUMALOG MIX 75/25, 26  
 HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN, 26  
 HUMIRA, 32  
 HUMIRA PEN-CROHNS DISEASE STARTER,  
 32  
 HUMULIN 70/30, 26  
 HUMULIN 70/30 PEN, 26  
 HUMULIN N, 26  
 HUMULIN N U-100 PEN, 26  
 HUMULIN R, 26  
 HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED), 26

*hydralazine*, 18  
*hydrochlorothiazide*, 18  
*hydrocodone bitartrate/acetaminophen*, 12  
*hydrocodone/acetaminophen*, 12  
*hydrocodone/ibuprofen*, 12  
*hydrocortisone*, 23, 25, 29  
*hydrocortisone butyrate*, 23  
*hydrocortisone valerate*, 23  
*hydromorphone hcl*, 12  
*hydroxychloroquine*, 5  
*hydroxyurea*, 8  
*hydroxyzine hcl*, 36  
*ibuprofen*, 13  
*idarubicin hcl*, 8  
 IFEX, 8  
*ifosfamide*, 8  
*ifosfamide/mesna*, 8  
*imipramine*, 15  
*imipramine pamoate*, 15  
*imiquimod*, 21  
 IMOVAX RABIES (H.D.C.V.), 31  
 INCRELEX, 24  
*indapamide*, 18  
*indomethacin*, 13  
*indomethacin er*, 13  
 INFANRIX, 31  
 INFUMORPH 200, 12  
 INFUMORPH 500, 12  
 INTELENCE, 3  
 INTRALIPID, 39  
 INTRON-A, 30  
 INTRON-A WITH DILUENT, 30  
 INVEGA, 15  
 INVEGA SUSTENNA, 15  
 INVIRASE, 3  
 IONOSOL, 39  
 IOPIDINE, 35  
 IPOL INACTIVATED IPV, 31  
*ipratropium bromide*, 24, 36  
*ipratropium bromide/albuterol sulfate*, 36  
*irinotecan*, 8  
 ISENTRESS, 3  
 ISOLYTE, 39  
*isonarif*, 5  
 ISONIAZID, 5  
*isosorbide dinitrate*, 21  
*isosorbide dinitrate er*, 21  
*isosorbide mononitrate*, 21  
*isosorbide mononitrate er*, 21  
*isotonic gentamicin*, 5  
*isradipine*, 18  
 ISTALOL, 34  
 ISTODAX, 8  
*itraconazole*, 3  
 IXEMPRA KIT, 8  
 IXIARO, 31  
 JALYN, 38  
*jantoven*, 20  
 JANUMET, 26  
 JANUVIA, 26  
 JE-VAX, 31  
 JEVTANA, 8  
*jinteli*, 33  
*jolivette*, 33  
*junel*, 33  
*junel fe 1.5/30*, 33  
*junel fe 1/20*, 33  
 KADIAN, 12  
 KALETRA, 3  
*kariva*, 33  
*kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%*, 38  
*KCL 0.15%/D10W/NACL 0.2%*, 39  
*kcl 0.15%/d5w/lr*, 38  
*KCL 0.15%/D5W/NACL 0.2%*, 38  
*KCL 0.15%/D5W/NACL 0.225%*, 38  
*kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%*, 38  
*kcl 0.3%/d5w/lr iv lac ring*, 38  
*KCL 0.3%/D5W/NACL 0.2%*, 38  
*kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%*, 38  
*kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%*, 38  
*kelnor 1/35*, 33  
 KETEK, 5  
*ketoconazole*, 3, 22  
*ketoprofen*, 13

*ketoprofen er*, 13  
*ketorolac tromethamine*, 35  
*kionex*, 24  
*klor-con 10*, 38  
*klor-con 8*, 38  
 KLOR-CON M15, 38  
*klor-con m20*, 38  
 KOMBIGLYZE XR, 26  
 K-TABS, 38  
 KUVAN, 27  
*labetalol*, 18  
*laclotion*, 21  
 LACRISERT, 35  
 LACTATED RINGERS, 38  
*lactulose*, 29  
 LAMICTAL ODT, 10  
 LAMICTAL XR, 10  
*lamotrigine*, 10  
 LANOXIN, 20  
*lansoprazole*, 30  
*lansoprazole odt*, 30  
 LANTUS, 26  
 LANTUS SOLOSTAR, 27  
*latanoprost*, 35  
 LATUDA, 15  
*leena*, 33  
*leflunomide*, 32  
*lessina-28*, 33  
 LETAIRIS, 37  
*letrozole*, 8  
*leucovorin calcium*, 7  
 LEUKERAN, 8  
 LEUKINE, 31  
*leuprolide acetate*, 8  
 LEVAQUIN, 6  
 LEVEMIR, 27  
 LEVEMIR FLEXPEN, 27  
*levetiracetam*, 10  
*levobunolol hcl*, 34  
*levocarnitine*, 24  
*levocetirizine dihydrochloride*, 36  
*levofloxacin*, 34  
*levora*, 33  
*levorphanol tartrate*, 12  
*levothyroxine*, 28  
*levoxyl*, 28  
 LEXAPRO, 15  
 LEXIVA, 3  
 LIALDA, 29  
*lidocaine*, 22  
*lidocaine / prilocaine*, 22  
*lidocaine viscous*, 22  
 LIDODERM, 22  
 LINDANE, 23  
*liothyronine sodium*, 28  
 LIPITOR, 20  
 LIPOSYN III, 39  
*lisinopril*, 18  
*lisinopril/hydrochlorothiazide*, 18  
*lithium carbonate*, 15  
*lithium carbonate er*, 15  
*lithium citrate*, 15  
 LOCOID, 23  
 LODOSYN, 10  
*loperamide hcl*, 28  
*losartan potassium*, 18  
*losartan potassium/hydrochlorothiazide*, 18  
 LOTEMAX, 35  
 LOTRONEX, 29  
*lovastatin*, 20  
 LOVAZA, 20  
 LOVENOX, 20  
*low-ogestrel*, 33  
*loxapine*, 15  
 LUMIGAN, 35  
 LUPRON DEPOT, 8  
 LUPRON DEPOT-PED, 8  
*lutra*, 33  
 LUXIQ, 23  
 LYRICA, 10  
 LYSODREN, 8  
 LYSTEDA, 33  
 MACRODANTIN, 7  
 MAGNESIUM SULFATE, 38

MAGNESIUM SULFATE IN D5W, 38  
MALARONE, 5  
*malathion*, 23  
*maprotiline*, 15  
*margesic-h*, 12  
MARPLAN, 15  
MATULANE, 8  
*matzim la*, 18  
MAXALT, 11  
MAXALT-MLT, 11  
*mebendazole*, 5  
*meclizine hcl*, 29  
*meclofenamate sodium*, 13  
*medroxyprogesterone acetate*, 33  
*mefenamic acid*, 13  
*mefloquine hcl*, 5  
MEGACE ES, 8  
*megestrol acetate*, 8  
*meloxicam*, 13  
*melphalan hydrochloride*, 8  
MENACTRA, 31  
MENOMUNE-A/C/Y/W-135, 31  
MENOSTAR, 33  
MENVEO, 31  
MEPRON, 5  
*mercaptopurine*, 8  
*meropenem*, 5  
*mesalamine*, 29  
*mesna*, 7  
MESNEX, 7  
MESTINON, 12  
MESTINON TIMESPAN, 12  
METADATE CD, 15  
*metaproterenol sulfate*, 37  
*metformin hcl*, 27  
*metformin hcl er*, 27  
*methadone hcl*, 12  
*methadose*, 12  
*methazolamide*, 35  
*methenamine hippurate*, 7  
METHERGINE, 34  
*methimazole*, 25

*methocarbamol*, 12  
*methotrexate*, 8  
*methotrexate sodium*, 8  
*methyclothiazide*, 19  
*methylphenidate hcl*, 15  
*methylphenidate hydrochloride*, 15  
*methylprednisolone*, 25  
*methylprednisolone acetate*, 25  
*methylprednisolone sodiumsuccinate*, 25  
*metipranolol*, 34  
*metoclopramide*, 29  
*metolazone*, 19  
*metoprolol succinate er*, 19  
*metoprolol tartrate*, 19  
*metoprolol/hydrochlorothiazide*, 19  
METROGEL, 22  
*metronidazole*, 5, 22  
*metronidazole in nacl 0.79%*, 5  
*metronidazole vaginal*, 33  
*mexiletine*, 17  
MIACALCIN, 27  
MICARDIS, 19  
MICARDIS HCT, 19  
*miconazole 3*, 33  
*microgestin 1.5/30*, 33  
*microgestin 1/20*, 33  
*microgestin fe*, 33  
*microgestin fe 1.5/30*, 33  
*midodrine*, 24  
*migergot*, 11  
MIGRANAL, 11  
*minocycline hcl*, 7  
*minocycline hcl er*, 7  
*minoxidil*, 19  
MIRAPEX ER, 10  
*mirtazapine*, 15  
*mirtazapine odt*, 15  
*misoprostol*, 30  
*mitomycin*, 8  
*mitoxantrone hcl*, 8  
M-M-R II W/DILUENT 10 DOSE, 31  
*moexipril*, 19

*moexipril/hydrochlorothiazide*, 19  
*мометасоне фууроате*, 23  
*мононесса*, 33  
*морфине сульфате*, 12  
*морфине сульфате ер*, 12  
 MOVIPREP, 29  
 MOXEZA, 34  
 MOZOBIL, 31  
 MULTAQ, 17  
*mupirocin*, 22  
 MUSTARGEN, 8  
 MYCOBUTIN, 5  
*mycophenolate mofetil*, 8  
 MYFORTIC, 8  
 MYTELASE, 11  
*nabumetone*, 13  
*nadolol*, 19  
*nadolol/bendroflumethiazide*, 19  
*nafcillin sodium*, 6  
 NAFTIN, 22  
 NAGLAZYME, 27  
 NALLPEN/DEXTROSE, 6  
*naloxone*, 13  
*naltrexone*, 13  
 NAMENDA, 11  
 NAMENDA TITRATION PAK, 11  
*naproxen*, 13  
*naproxen sodium*, 13  
*naratriptan hcl*, 11  
 NASONEX, 37  
 NATACYN, 34  
*nateglinide*, 27  
 NEBUPENT, 5  
*necon 0.5/35-28*, 33  
*necon 1/35-28*, 33  
*necon 10/11-28*, 33  
*necon 7/7/7*, 33  
*nefazodone*, 15  
*neomycin sulfate*, 5  
*neomycin/bacitracin/polymyxin*, 34  
*neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone*, 35  
*neomycin/polymyxin/dexamethasone*, 35  
*neomycin/polymyxin/gramicidin*, 34  
*neomycin/polymyxin/hc*, 24  
*neomycin/polymyxin/hydrocortisone*, 24, 35  
 NEORAL, 8  
 NEPHRAMINE, 39  
 NEULASTA, 31  
 NEUMEGA, 31  
 NEUPOGEN, 31  
 NEVANAC, 35  
 NEXAVAR, 8  
 NEXIUM, 30  
 NEXIUM I.V., 30  
*next choice*, 33  
 NIASPAN, 20  
*nicardipine*, 19  
 NICOTROL INHALER, 24  
 NICOTROL NASAL, 24  
*nifediac cc*, 19  
*nifedical xl*, 19  
*nifedipine*, 19  
*nifedipine er*, 19  
 NILANDRON, 8  
*nimodipine*, 19  
 NIPENT, 8  
*nisoldipine*, 19  
*nisoldipine er*, 19  
*nitro-bid*, 21  
 NITRO-DUR, 21  
*nitrofurantoin*, 7  
*nitrofurantoin macrocrystalline*, 7  
*nitrofurantoin monohydrate*, 7  
*nitroglycerin*, 21  
*nitroglycerin transdermal*, 21  
 NITROLINGUAL PUMPSPRAY, 21  
 NITROSTAT, 21  
*nizatidine*, 30  
*nora-be*, 33  
 NORDITROPIN FLEXPRO, 31  
 NORDITROPIN NORDIFLEX PEN, 31  
*norethindrone*, 33  
 NORMOSOL, 38, 39  
 NOROXIN, 6

NORPACE CR, 17  
*nortrel 0.5/35 (28)*, 33  
*nortrel 1/35 (21)*, 33  
*nortrel 1/35 (28)*, 33  
*nortrel 7/7/7*, 34  
*nortriptyline*, 15  
 NORVIR, 3  
 NOVOLIN 70/30, 27  
 NOVOLIN N, 27  
 NOVOLIN R, 27  
 NOVOLOG, 27  
 NOVOLOG FLEXPEN, 27  
 NOVOLOG MIX 70/30, 27  
 NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN,  
 27  
 NOXAFIL, 3  
 NUEDEXTA, 11  
 NUVARING, 33  
*nyamyc*, 22  
*nystatin*, 3, 22  
*nystatin / triamcinolone*, 22  
*nystop*, 22  
*ocella*, 34  
*octreotide*, 8  
*ofloxacin*, 6, 24, 34  
*ogestrel*, 34  
*omeprazole*, 30  
*omeprazole/sodium bicarbonate*, 30  
*omnitrope*, 31  
*ondansetron hcl*, 29  
*ondansetron odt*, 29  
 ONGLYZA, 27  
 ONSOLIS, 12  
 ONTAK, 9  
 OPANA ER, 12  
 ORAP, 15  
 ORAVIG, 3  
 ORFADIN, 24  
 ORTHO EVRA, 33  
*ortho-est*, 33  
*oxaliplatin*, 9  
*oxandrolone*, 27, 28  
*oxaprozin*, 13  
*oxcarbazepine*, 10  
 OXSORALEN ULTRA, 21  
*oxybutynin*, 37  
*oxybutynin er*, 37  
*oxycodone / acetaminophen*, 12  
*oxycodone hcl*, 12  
*oxycodone/aspirin*, 12  
 OXYCONTIN, 12  
*oxymorphone hydrochloride*, 13  
 OXYTROL, 38  
 PACERONE, 17  
*paclitaxel*, 9  
*palgic*, 36  
 PANDEL, 23  
 PANRETIN, 21  
*pantoprazole*, 30  
*paromomycin*, 5  
*paroxetine*, 15  
*paroxetine er*, 15  
 PASER, 5  
 PATADAY, 35  
 PATANOL, 35  
 PAXIL, 15  
*pedi-dri*, 22  
 PEDVAX HIB, 31  
 PEGANONE, 10  
 PEGASYS, 31  
 PEG-INTRON, 31  
 PEG-INTRON REDIPEN, 31  
*penicillin g potassium*, 6  
 PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC  
 DEXTROSE, 6  
 PENICILLIN G PROCAINE, 6  
 PENICILLIN G SODIUM, 6  
*penicillin v potassium*, 6  
 PENNSAID, 13  
 PENTASA, 29  
*pentopak*, 20  
*pentostatin*, 9  
*pentoxifylline er*, 20  
 PERFOROMIST, 37

*perindopril erbumine*, 19  
*periogard*, 24  
*permethrin*, 23  
*perphenazine*, 15  
*pfizerpen-g*, 6  
*phenadoz*, 36  
*phenelzine sulfate*, 15  
*phenytoin*, 10  
 PHENYTOIN SODIUM, 10  
*phenytoin sodium extended*, 10  
 PHISOHEX, 22  
 PHOTOFRIN, 9  
*pilocarpine hcl*, 24  
 PILOPINE HS, 34  
*pindolol*, 19  
*piperacillin sodium/tazobactam sodium*, 6  
*piroxicam*, 13  
 PLASMA-LYTE, 39  
 PLAVIX, 20  
*podofilox*, 21  
*poly-dex*, 35  
*polyethylene glycol 3350*, 29  
*portia-28*, 34  
*potassium chloride*, 39  
 POTASSIUM CHLORIDE 0.075%/D5W/NACL  
 0.225%, 38  
 POTASSIUM CHLORIDE 0.15% /NACL 0.45%  
 VIAFLEX, 38  
*potassium chloride 0.15% d5w/nacl 0.33%*, 38  
*potassium chloride 0.15% d5w/nacl 0.45%*  
*viaflex*, 38  
*potassium chloride 0.15% nacl 0.9%*, 38  
 POTASSIUM CHLORIDE 0.15%/D5W, 38  
 POTASSIUM CHLORIDE 0.22% D5W/NACL  
 0.45%, 38  
*potassium chloride 0.224%/d5w*, 38  
 POTASSIUM CHLORIDE 0.3%/ NACL 0.9%, 38  
*potassium chloride 0.3%/d5w*, 38  
*potassium chloride er*, 38, 39  
*potassium citrate extended-release*, 38  
 PRADAXA, 20  
*pramipexole dihydrochloride*, 10  
 PRANDIN, 27  
*pravastatin*, 21  
*prazosin*, 19  
*prednicarbate*, 23  
*prednisolone acetate*, 35  
*prednisolone sodium phosphate*, 25, 35  
*prednisone*, 25  
 PREDNISONO INTENSOL, 25  
 PREFEST, 33  
 PREMARIN, 33  
 PREMARIN W/APPLICATOR, 33  
 PREMASOL, 39  
 PREMPHASE, 33  
 PREMPRO, 33  
*prenatal vitamins (generic)*, 39  
*prevalite*, 21  
*previfem*, 34  
 PREVPAC, 30  
 PREZISTA, 3  
 PRIMAQUINE, 5  
 PRIMAXIN I.M., 5  
 PRIMAXIN IV, 5  
*primidone*, 10  
 PRIMSOL, 7  
 PRISTIQU, 15  
 PRIVIGEN, 31  
 PROAIR HFA, 37  
*probenecid*, 32  
*probenecid / colchicine*, 32  
*procainamide*, 17  
*prochlorperazine*, 29  
*prochlorperazine edisylate*, 29  
*prochlorperazine maleate*, 29  
 PROCROT, 31  
*procto-pak*, 29  
*proctosol hc*, 29  
*proctozone-hc*, 29  
 PROGLYCEM, 27  
 PROGRAF, 9  
 PROLASTIN, 24  
 PROLASTIN-C, 24  
 PROLEUKIN, 31



PROMACTA, 20  
*promethazine hcl*, 36  
*promethegan*, 36  
PROMETRIUM, 33  
*propafenone hcl*, 17  
*propafenone hcl er*, 17  
*propantheline bromide*, 28  
*propranolol hcl*, 19  
*propranolol hcl er*, 19  
*propranolol/hydrochlorothiazide*, 19  
*propylthiouracil*, 25  
PROQUAD, 31  
PROTOPIC, 21  
*protriptyline hcl*, 15  
PROVENTIL HFA, 37  
PROVIGIL, 15  
PULMICORT, 37  
PULMICORT FLEXHALER, 37  
PULMOZYME, 37  
PYLERA, 30  
*pyrazinamide*, 5  
*pyridostigmine bromide*, 12  
QUALAQUIN, 5  
*quasense*, 34  
*quinapril*, 19  
*quinapril/hydrochlorothiazide*, 19  
*quinidine gluconate er*, 17  
*quinidine sulfate*, 17  
*quinidine sulfate er*, 17  
QVAR, 37  
RABAVERT, 31  
*ramipril*, 19  
RANEXA, 21  
*ranitidine hcl*, 30  
RAPAFLO, 38  
RAPAMUNE, 9  
REBETOL, 3  
REBIF, 31  
REBIF TITRATION PACK, 31  
*reclipsen*, 34  
RECOMBIVAX HB, 31  
*regonol*, 12

REGRANEX, 21  
RELENZA DISKHALER, 3  
RELISTOR, 29  
RELPAK, 11  
REMICADE, 29  
REMODULIN, 19  
RENAGEL, 24  
REVELA, 24  
*reprexain*, 13  
REQUIP XL, 10  
RESCRIPTOR, 4  
*reserpine*, 19  
RESTASIS, 35  
RETROVIR IV INFUSION, 4  
REVATIO, 37  
REVLIMID, 9  
REYATAZ, 4  
RHEUMATREX, 9  
*ribapak*, 4  
*ribasphere*, 4  
*ribavirin*, 4  
RIDAURA, 32  
*rifampin*, 5  
RILUTEK, 24  
*rimantadine hcl*, 4  
*ringers injection*, 39  
RISPERDAL CONSTA, 16  
*risperidone*, 16  
*risperidone odt*, 16  
RITALIN LA, 16  
RITUXAN, 9  
*rivastigmine tartrate*, 11  
*romycin*, 34  
*ropinirole*, 10  
ROTATEQ, 31  
ROXICET, 13  
ROZEREM, 16  
SABRIL, 10  
SAMSCA, 28  
SANCTURA XR, 38  
SANCUSO, 29  
SANDIMMUNE, 9

SANDOSTATIN LAR DEPOT, 9  
 SANTYL, 23  
 SAPHRIS, 16  
 SAVELLA, 32  
 SAVELLA TITRATION PACK, 32  
*selegiline*, 10  
*selenium sulfide*, 21  
 SELZENTRY, 4  
 SENSIPAR, 28  
 SEREVENT DISKUS, 37  
 SEROMYCIN, 5  
 SEROQUEL, 16  
 SEROQUEL XR, 16  
*sertraline*, 16  
 SILENOR, 16  
*silver sulfadiazine*, 21  
 SIMCOR, 21  
 SIMPONI, 32  
 SIMULECT, 9  
*simvastatin*, 21  
 SINGULAIR, 37  
 SKELID, 24  
*sodium bicarbonate*, 39  
*sodium chloride*, 24, 39  
*sodium chloride 0.9%*, 24  
*sodium chloride 0.45% viaflex*, 39  
 SODIUM EDECRIN, 19  
*sodium fluoride*, 39  
*sodium polystyrene sulfonate*, 24  
*sodium sulfacetamide*, 22, 35  
 SOLARAZE, 21  
*solia*, 34  
 SOLU-CORTEF, 25  
 SOLU-MEDROL, 25  
 SOMATULINE DEPOT, 9  
 SOMAVERT, 28  
 SORIATANE, 21  
*sorine*, 17  
*sotalol*, 17  
*sotret*, 22  
 SPIRIVA HANDIHALER, 37  
*spironolactone*, 19  
*spironolactone/hydrochlorothiazide*, 19  
 SPORANOX, 3  
*sprintec* 28, 34  
 SPRYCEL, 9  
*sronyx*, 34  
*ssd*, 21  
*stagesic*, 13  
 STALEVO 100, 10  
 STALEVO 125, 10  
 STALEVO 150, 10  
 STALEVO 200, 10  
 STALEVO 50, 10  
 STALEVO 75, 10  
*stavudine*, 4  
 STIMATE, 28  
 STRATTERA, 16  
 STREPTOMYCIN SULFATE, 5  
 STROMECTOL, 5  
 SUBOXONE, 13  
*sucrafate*, 30  
*sulfacetamide sodium / prednisolone sodium  
   phospha*, 35  
*sulfadiazine*, 6  
*sulfamethoxazole/trimethoprim*, 6  
*sulfamethoxazole/trimethoprim ds*, 6  
 SULFAMYLON, 22  
*sulfasalazine*, 29  
*sulfazine ec*, 29  
*sulindac*, 13  
*sumatriptan succinate*, 11  
 SUPRAX, 4  
 SURMONTIL, 16  
 SUSTIVA, 4  
 SUTENT, 9  
 SYMBICORT, 37  
 SYMBYAX, 16  
 SYMLIN, 27  
 SYMLINPEN 120, 27  
 SYMLINPEN 60, 27  
 SYNAREL, 28  
 SYNTHROID, 28  
 SYPRINE, 24

TABLOID, 9  
*tacrolimus*, 9  
 TAMIFLU, 4  
*tamoxifen citrate*, 9  
*tamsulosin hcl*, 38  
 TARCEVA, 9  
 TARGRETIN, 9  
 TASIGNA, 9  
 TASMAR, 10  
 TAXOTERE, 9  
 TAZICEF, 4  
 TAZORAC, 22  
*taztia xt*, 19  
 TEFLARO, 4  
 TEGRETOL-XR, 10  
 TEKAMLO, 19  
 TEKTURN, 19  
 TEKTURN HCT, 19  
*terazosin hcl*, 19  
*terbinafine*, 3  
*terbutaline sulfate*, 37  
*terconazole*, 33  
 TESTIM, 28  
*testosterone cypionate*, 28  
*testosterone enanthate*, 28  
 TETANUS / DIPHTHERIA TOXOIDS-  
   ADSORBED ADULT, 31  
 TETANUS TOXOID ADSORBED, 32  
*tetracycline hcl*, 7  
 TEV-TROPIN, 31  
 THALOMID, 9  
 THEO-24, 37  
*theochron*, 37  
*theophylline er*, 37  
*thermazene*, 21  
*thioridazine*, 16  
*thiotepa*, 9  
*thiothixene*, 16  
 THYMOGLOBULIN, 32  
*ticlopidine hcl*, 20  
 TIKOSYN, 17  
*timolol maleate*, 19, 34  
*timolol maleate ophthalmic gel forming*, 34  
 TIMOPTIC OCUDOSE, 34  
*tizanidine hcl*, 12  
 TOBI, 5  
 TOBRADEX, 35  
 TOBRADEX ST, 35  
*tobramycin*, 5, 34  
 TOBRAMYCIN SULFATE / SODIUM  
   CHLORIDE, 5  
*tobramycin/dexamethasone*, 35  
*tobrasol*, 34  
 TOBREX, 34  
*tolazamide*, 27  
*tolbutamide*, 27  
*tolmetin sodium*, 13  
*topiramate*, 10  
*toposar*, 9  
*topotecan hcl*, 9  
 TORISEL, 9  
*torseamide*, 19  
 TOVIAZ, 38  
 TRACLEER, 37  
*tramadol*, 13  
*tramadol hcl er*, 13  
*trandolapril*, 19  
 TRANSDERM-SCOP, 29  
*tranlycypromine*, 16  
 TRAVASOL, 39  
 TRAVATAN Z, 35  
*trazodone*, 16  
 TREANDA, 9  
 TRECATOR, 5  
 TRELSTAR DEPOT MIXJECT, 9  
 TRELSTAR LA MIXJECT, 9  
 TRELSTAR MIXJECT, 9  
*tretinoin*, 9, 22  
*triamcinolone acetonide*, 23  
*triamcinolone in orabase*, 24  
*triamterene/hydrochlorothiazide*, 19  
 TRICOR, 21  
*triderm*, 23  
*trifluoperazine*, 16

*trifluridine*, 34  
 TRIGLIDE, 21  
*trihexyphenidyl*, 10  
*tri-legest fe*, 34  
 TRILIPIX, 21  
*trilyte*, 29  
*trimethoprim*, 7  
*trimethoprim sulfate/polymyxin b sulfate*, 34  
*trinessa*, 34  
 TRIPEDIA, 32  
*tri-previfem*, 34  
 TRISENOX, 9  
*tri-sprintec*, 34  
*trivora-28*, 34  
 TRIZIVIR, 4  
 TROPHAMINE, 39  
*tropicamide*, 34  
*trospium chloride*, 38  
 TRUVADA, 4  
 TWINJECT, 36  
 TWINRIX, 32  
 TWYNSTA, 19  
 TYGACIL, 5  
 TYKERB, 9  
 TYPHIM VI, 32  
 TYZEKA, 4  
 TYZINE, 24  
 TYZINE PEDIATRIC NASAL DROPS, 24  
 ULESFIA, 23  
 ULORIC, 32  
*unithroid*, 28  
 UROXATRAL, 38  
*ursodiol*, 29  
 UVADEX, 21  
 VAGIFEM, 33  
*valacyclovir hcl*, 4  
 VALCYTE, 4  
*valproate sodium*, 10  
*valproic acid*, 10  
 VALTURNA, 20  
 VANCOCIN ORAL, 7  
*vancomycin*, 7  
*vandazole*, 33  
 VANDETANIB, 9  
 VAQTA, 32  
 VARIVAX, 32  
 VECTIBIX, 9  
 VELCADE, 9  
*velivet*, 34  
*venlafaxine hcl*, 16  
*venlafaxine hcl er*, 16  
 VENTOLIN HFA, 37  
 VERAMYST, 37  
*verapamil*, 20  
*verapamil er*, 20  
 VEREGEN, 21  
 VESICARE, 38  
 VFEND, 3  
 VFEND IV, 3  
 VIBATIV, 7  
 VIBRAMYCIN, 7  
 VIDAZA, 9  
 VIDEX PEDIATRIC, 4  
 VIGAMOX, 34  
 VIIBRYD, 16  
 VIMOVO, 13  
 VIMPAT, 10  
*vinblastine sulfate*, 9  
*vincasar pfs*, 9  
*vincristine sulfate*, 9  
*vinorelbine tartrate*, 9  
 VIRACEPT, 4  
 VIRAMUNE, 4  
 VIREAD, 4  
 VIVAGLOBIN, 32  
 VIVELLE-DOT, 33  
 VOLTAREN, 13  
*voriconazole*, 3  
 VOTRIENT, 9  
 VYTORIN, 21  
*warfarin*, 20  
 WELCHOL, 21  
 XENAZINE, 11  
 XGEVA, 7

XIFAXAN, 6  
XOLAIR, 37  
XYREM, 16  
YF-VAX, 32  
*zafirlukast*, 37  
*zaleplon*, 16  
ZANOSAR, 9  
ZANTAC, 30  
ZAVESCA, 28  
*zazole*, 33  
ZELAPAR, 10  
ZEMPLAR, 28  
ZENPEP, 29  
*zeosa*, 34  
*zerlor*, 13  
ZETIA, 21  
ZIAGEN, 4  
*zidovudine*, 4  
ZINACEF, 4  
ZINACEF IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE, 4  
ZINACEF IN ISO-OSMOTIC DILUENT, 4  
ZINECARD, 7  
ZIRGAN, 34  
ZMAX, 5  
ZOLINZA, 9  
*zolpidem*, 16  
*zolpidem tartrate er*, 16  
ZOMETA, 28  
ZOMIG, 11  
ZOMIG ZMT, 11  
ZONALON, 21  
*zonisamide*, 10  
ZORTRESS, 9  
ZOSTAVAX, 32  
ZOSYN, 6  
*zovia 1/35e*, 34  
*zovia 1/50e*, 34  
ZOVIRAX, 22  
ZUPLENZ, 29  
ZYFLO CR, 37  
ZYLET, 35  
ZYMAR, 34  
ZYMAXID, 34  
ZYPREXA, 16  
ZYPREXA ZYDIS, 16  
ZYTIGA, 9  
ZYVOX, 6





\*F9349 \*