



## 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 - Select (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 - Select 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 - Select Formulary?

A formulary is a list of covered drugs selected by United American - Select 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 - Select 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 - Select 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 09/23/11. To get updated information about the drugs covered by United American - Select, 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 - Select 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 - Select requires you [or your physician] to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval from United American - Select before you fill your prescriptions. If you don't get approval, United American - Select may not cover the drug.
- **Quantity Limits:** For certain drugs, United American - Select limits the amount of the drug that United American - Select will cover. For example, United American - Select 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 - Select 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 - Select may not cover drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, United American - Select 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 - Select to make an exception to these restrictions or limits. See the section, "How do I request an exception to the United American - Select 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 - Select 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 - Select. 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 - Select.
- You can ask United American - Select 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 - Select Formulary?

You can ask United American - Select 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 - Select 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 - Select 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 - Select Prescription Drug Plan, please review your Evidence of Coverage and other plan materials.

If you have questions about United American - Select, 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 - Select's Formulary

The formulary that begins on page 3 provides coverage information about some of the drugs covered by United American - Select. 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 - Select has any special requirements for coverage of your drug.

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

Un formulario de medicamentos aprobados es una lista de medicamentos cubiertos, seleccionados por la cobertura para recetas médicas (PDP) de United American - Select 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 - Select cubrirá los medicamentos incluidos en nuestro formulario de medicamentos aprobados siempre que los mismos sean medicamento necesarios, se adquieran en una farmacia de la red de United American - Select 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 09/23/2011. Para obtener información actualizada acerca de los medicamentos cubiertos por United American - Select, 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 - Select 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 - Select requiere que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de United American - Select antes de adquirir su medicamento. Si no obtiene la aprobación, puede ser que United American - Select no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** En el caso de ciertos medicamentos, United American - Select limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Por ejemplo, United American - Select 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 - Select 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 - Select puede no cubrir el Medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no le sirve, United American - Select 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 - Select que haga una excepción a estas restricciones o límites. Consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario de medicamentos aprobados de United American - Select?" 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 - Select no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicio al cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por United American - Select. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por United American - Select.
- Puede pedirle a United American - Select 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 - Select?**

Puede solicitarle a United American - Select que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos 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 - Select 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 - Select 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 - Select, consulte su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta acerca de United American - Select, 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 - Select

El formulario de medicamentos aprobados que comienza en la página 3 brinda información de cobertura sobre algunos de los medicamentos cubiertos por United American - Select. 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 - Select tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

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

Si usted vive en los siguientes Estados: MS 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>	\$2	\$6	\$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>	\$7	\$21	\$18
<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	\$135	\$122
<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	\$285	\$257
<b>Cost-sharing tier 5</b> <i>(Specialty Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 5</b> <i>(drogas de Especialidad)</i>	25%	25%	25%

If you live in the following states: CA, DC, DE, MD, ME, NH, NJ you will pay the following for your prescription drugs:

Si usted vive en los siguientes Estados: CA, DC, DE, MD, ME, NH, NJ 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>	\$2	\$6	\$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	\$24
<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	\$135	\$122
<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	\$285	\$257
<b>Cost-sharing tier 5</b> <i>(Specialty Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 5</b> <i>(drogas de Especialidad)</i>	25%	25%	25%

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

Si usted vive en los siguientes Estados: CO, IA, ID, MN, MT, ND, NE, SD, TX, UT, 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>	\$8	\$24	\$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	\$135	\$122
<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	\$285	\$257
<b>Cost-sharing tier 5</b> <i>(Specialty Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 5</b> <i>(drogas de Especialidad)</i>	25%	25%	25%

If you live in the following states: CT, FL, MA, RI, VT you will pay the following for your prescription drugs:

Si usted vive en los siguientes Estados: CT, FL, MA, RI, VT 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>	\$4	\$12	\$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>	\$8	\$24	\$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	\$135	\$122
<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	\$285	\$257
<b>Cost-sharing tier 5</b> <i>(Specialty Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 5</b> <i>(drogas de Especialidad)</i>	25%	25%	25%

If you live in the following states: KS, MI, MO, NC, OH, OK, OR, SC, VA, WA, WI you will pay the following for your prescription drugs:

Si usted vive en los siguientes Estados: KS, MI, MO, NC, OH, OK, OR, SC, VA, WA, 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>	\$2	\$6	\$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>	\$8	\$24	\$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	\$135	\$122
<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	\$285	\$257
<b>Cost-sharing tier 5</b> <i>(Specialty Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 5</b> <i>(drogas de Especialidad)</i>	25%	25%	25%

If you live in the following states: AL, AZ, GA, IL, IN, KY, LA, NM, PA, TN, WV you will pay the following for your prescription drugs:

Si usted vive en los siguientes Estados: AL, AZ, GA, IL, IN, KY, LA, NM, PA, TN, 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>	\$7	\$21	\$18
<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	\$135	\$122
<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	\$285	\$257
<b>Cost-sharing tier 5</b> <i>(Specialty Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 5</b> <i>(drogas de Especialidad)</i>	25%	25%	25%



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

Si usted vive en los siguientes Estados: NV 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	\$24
<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	\$135	\$122
<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	\$285	\$257
<b>Cost-sharing tier 5</b> <i>(Specialty Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 5</b> <i>(drogas de Especialidad)</i>	25%	25%	25%

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

Si usted vive en los siguientes Estados: HI 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>	\$4	\$12	\$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	\$24
<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	\$135	\$122
<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	\$285	\$257
<b>Cost-sharing tier 5</b> <i>(Specialty Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 5</b> <i>(drogas de Especialidad)</i>	25%	25%	25%

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

Drug Name (Nombre del medicamento)	DrugTier (Nivel de medicamento)	Require ments/ Limits (Requisito s/Limites)
<i>amphotericin b</i>	2	B/D PA MO
ANCOBON	3	MO
<i>clotrimazole troc</i>	2	MO
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 tabs</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

#### 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

Drug Name (Nombre del medicamento)	DrugTier (Nivel de medicamento)	Require ments/ Limits (Requisito s/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

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos/Limites)
RELENZA DISKHALER	3	QL(300 per 365 days)	<i>zidovudine</i>	2	MO
<b>CEPHALOSPORINS</b>					
RESCRIPTOR	4	MO	<i>cefaclor</i>	2	MO
RETROVIR IV INFUSION	3	MO	<i>cefadroxil</i>	2	MO
REYATAZ	3	MO	<i>cefazolin inj 1gm; 5%, 20gm, 500mg</i>	2	
<i>ribapak</i>	5	PA MO	<i>cefazolin inj 1gm</i>	2	MO
<i>ribasphere caps</i>	2	PA MO	<i>cefdinir</i>	2	MO
<i>ribasphere tabs 200mg</i>	2	PA MO	<i>cefepime inj 2gm</i>	2	
<i>ribasphere tabs 400mg</i>	5	PA	<i>cefepime inj 1gm</i>	2	MO
<i>ribasphere tabs 600mg</i>	5	PA MO	<i>cefotaxime sodium inj 10gm, 1gm, 500mg</i>	2	
<i>ribavirin</i>	2	PA	<i>cefotaxime sodium inj 2gm</i>	2	MO
<i>rimantadine hcl</i>	2	MO	<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 2gm</i>	2	
SELZENTRY	5	MO	<i>cefoxitin sodium inj 1gm</i>	2	MO
<i>stavudine</i>	2	MO	<i>cefpodoxime proxetil</i>	2	MO
SUSTIVA	3	MO	<i>ceftazidime inj 1gm, 6gm</i>	2	
TAMIFLU CAPS 45MG, 75MG	3	QL(60 per 365 days)	<i>ceftazidime inj 2gm</i>	2	MO
TAMIFLU CAPS 30MG	3	QL(120 per 365 days)	<i>ceftriaxone sodium inj 10gm</i>	2	
TAMIFLU SUSR 12MG/ML	3	MO	<i>ceftriaxone sodium inj 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	2	MO
TRIZIVIR	5	MO	<i>cefuroxime axetil</i>	2	MO
TRUVADA	5	MO	<i>cefuroxime sodium inj 7.5gm</i>	2	
TYZEKA	5	MO	<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg</i>	2	MO
<i>valacyclovir hcl tabs 1000mg</i>	2	QL(100 per 90 days)	<i>cephalexin caps</i>	1	MO
<i>valacyclovir hcl tabs 500mg</i>	2	QL(200 per 90 days)	<i>cephalexin susr</i>	2	MO
VALCYTE ORAL SOLN	5	MO	<i>cephalexin tabs 500mg</i>	2	MO
VALCYTE TABS	5	MO	<i>cephalexin tabs 250mg</i>	1	MO
VIDEX PEDIATRIC ORAL SOLN 2GM	3	MO	FORTAZ INJ 1GM/50ML; 5%, 2GM/50ML; 5%, 6GM	3	
VIRACEPT POWD	3	MO	SUPRAX SUSR	4	MO
VIRACEPT TABS	5	MO	TAZICEF INJ 1GM, 2GM, 6GM	3	
VIRAMUNE	3	MO	TEFLARO	3	
VIREAD	3	MO	ZINACEF IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	3	
ZIAGEN	3	MO	ZINACEF IN ISO-OSMOTIC DILUENT	3	
			ZINACEF INJ 1.5GM, 750MG	3	
<b>ERYTHROMYCINS / OTHER MACROLIDES</b>					

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos/Limites)
<i>azithromycin inj 500mg</i>	2	MO	<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	2	MO
<i>azithromycin susr</i>	2	MO	<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	2	
<i>azithromycin tabs</i>	2	MO	<i>gentamicin sulfate/sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9% hydroxychloroquine</i>	2	MO
<i>clarithromycin</i>	2	MO	<i>isonarif</i>	2	MO
<i>clarithromycin er</i>	2	MO	<b>ISONIAZID SYRP</b>	3	MO
<i>e.e.s. 400</i>	2	MO	<i>isoniazid tabs 100mg</i>	2	MO
<b>E.E.S. GRANULES</b>	3	MO	<i>isoniazid tabs 300mg</i>	1	MO
<b>ERY-TAB TBEC 500MG</b>	3	MO	<i>isotonic gentamicin inj 0.6mg/ml; 0.9%, 0.8mg/ml; 0.9%</i>	2	
<i>ery-tab tbec 250mg, 333mg</i>	2	MO	<b>KETEK</b>	3	QL(20 per 30 days)
<b>ERYTHROCIN</b>	3				MO
<b>LACTOBIONATE INJ 500MG</b>			<b>MALARONE</b>	3	MO
<i>erythrocin stearate</i>	2	MO	<i>mebendazole</i>	2	MO
<b>ERYTHROMYCIN BASE</b>	3	MO	<i>mefloquine hcl</i>	2	MO
<i>erythromycin/sulfisoxazole</i>	2	MO	<b>MEPRON</b>	5	MO
<b>ZMAX</b>	3	MO	<i>meropenem inj 500mg</i>	2	MO
<b>MISCELLANEOUS ANTIINFECTIVES</b>			<i>metronidazole</i>	2	MO
<b>ALBENZA</b>	3	MO	<i>metronidazole in nacl 0.79%</i>	2	MO
<b>ALINIA</b>	3	MO	<b>MYCOBUTIN</b>	3	MO
<i>amikacin sulfate inj 500mg/2ml</i>	2		<b>NEBUPENT</b>	3	B/D PA MO
<i>amikacin sulfate inj 50mg/ml</i>	2	MO	<i>neomycin sulfate</i>	2	MO
<b>AZACTAM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE</b>	3		<i>paromomycin</i>	2	MO
<i>aztreonam inj 1gm</i>	2	MO	<b>PASER</b>	3	MO
<b>BILTRICIDE</b>	3	MO	<b>PRIMAQUINE</b>	3	MO
<b>CAPASTAT SULFATE</b>	4		<b>PRIMAXIN I.M.</b>	3	MO
<b>CAYSTON</b>	5	LA	<b>PRIMAXIN IV</b>	3	MO
<i>chloroquine</i>	2	MO	<i>pyrazinamide</i>	2	MO
<b>CLEOCIN GALAXY</b>	3		<b>QUALAQUIN</b>	3	MO
<i>clindamycin hcl caps 150mg, 300mg</i>	2	MO	<i>rifampin</i>	2	MO
<i>clindamycin phosphate advantage</i>	2	MO	<b>SEROMYCIN</b>	3	MO
<b>COARTEM</b>	3	MO	<b>STREPTOMYCIN SULFATE</b>	3	MO
<i>colistimethate sodium</i>	2	MO	<b>STROMECTOL</b>	3	MO
<b>CUBICIN</b>	3	B/D PA MO	<b>TOBI</b>	5	B/D PA MO
<b>DAPSONE</b>	3	MO	<i>tobramycin inj 10mg/ml</i>	2	
<b>DARAPRIM</b>	3	MO	<i>tobramycin inj 80mg/2ml</i>	2	MO
<i>ethambutol tabs 400mg</i>	2				
<i>ethambutol tabs 100mg</i>	2	MO			
<i>gentamicin sulfate inj 10mg/ml</i>	2				

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
TOBRAMYCIN SULFATE / SODIUM CHLORIDE	3		NALLPEN/DEXTROSE INJ 0; 1GM/50ML	3	
TRECTOR	3	MO	PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	3	
TYGACIL	3	MO	<i>penicillin g potassium inj 5mu</i>	2	
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>QUINOLONONES</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	<i>ciprofloxacin inj 400mg/40ml</i>	2	
<i>amoxicillin susr 250mg/5ml</i>	1	MO	<i>ciprofloxacin tabs 100mg, 500mg, 750mg</i>	2	MO
<i>amoxicillin tabs</i>	1	MO	<i>ciprofloxacin tabs 250mg</i>	1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	2	MO	LEVAQUIN INJ 5%;	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	2	MO	750MG/150ML		
<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>		
			<i>demeclocycline hcl</i>	2	MO



<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
<i>doxycycline hyclate caps</i>	1	MO	XGEVA	5	PA QL(5.1 per 90 days)
<i>doxycycline hyclate inj</i>	2	MO			MO
<i>doxycycline hyclate tabs 20mg</i>	2	MO	ZINECARD INJ 250MG	3	MO
<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)
<i>minocycline hcl er</i>	2	MO			MO
<i>tetracycline hcl</i>	1	MO	AFINITOR TABS 2.5MG, 5MG	5	PA QL(270 per 90 days)
VIBRAMYCIN SYRP	3	MO			MO
<b>URINARY TRACT AGENTS</b>			ALIMTA INJ 500MG	4	MO
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 sulfat 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	<i>cyclophosphamide tabs</i>	2	B/D PA MO
LEUCOVORIN CALCIUM TABS 10MG, 15MG	3	MO	<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	2	B/D PA MO
<i>mesna</i>	2	MO	CYCLOSPORINE CAPS 50MG	3	B/D PA
MESNEX TABS	3	MO	<i>cyclosporine inj</i>	2	B/D PA
			<i>cyclosporine oral soln</i>	2	B/D PA MO
			CYTARABINE AQUEOUS INJ 100MG/ML	3	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
<i>cytarabine aqueous inj 20mg/ml</i>	2	MO	ISTODAX	3	MO
<i>cytarabine inj 500mg</i>	2	MO	IXEMPRA KIT INJ 45MG	5	MO
<i>dacarbazine inj 200mg</i>	2	MO	JEVTANA	5	MO
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 inj 2mg/ml</i>	2		LUPRON DEPOT-PED INJ 11.25MG, 15MG	5	MO
DROXIA	3	MO	LYSODREN	3	MO
ELLENCEN INJ 200MG/100ML	4	MO	MATULANE	5	MO
ELOXATIN INJ 100MG/20ML	4	MO	MEGACE ES	3	QL(150 per 30 days) MO
ELSPAR	4	MO	<i>megestrol acetate susp</i>	2	QL(600 per 30 days) MO
EMCYT	3	MO	<i>megestrol acetate tabs</i>	2	QL(240 per 30 days) MO
<i>epirubicin hcl inj 50mg/25ml</i>	2		<i>melphalan hydrochloride</i>	2	
ERBITUX INJ 100MG/50ML	4	MO	<i>mercaptopurine</i>	2	MO
ETOPOPHOS	4	MO	<i>methotrexate</i>	2	B/D PA MO
<i>etoposide inj</i>	2	MO	<i>methotrexate sodium inj 25mg/ml</i>	2	MO
<i>exemestane</i>	2	MO	METHOTREXATE SODIUM INJ 1GM	4	
FARESTON	4	MO	<i>mitomycin inj 20mg</i>	2	MO
FASLODEX	5	MO	<i>mitoxantrone hcl</i>	2	MO
FIRMAGON INJ 120MG	5	QL(1 per 90 days) MO	MUSTARGEN	4	MO
FIRMAGON INJ 80MG	3	MO	<i>mycophenolate mofetil</i>	2	B/D PA MO
<i>fludarabine phosphate inj 50mg</i>	2	MO	MYFORTIC	3	B/D PA MO
<i>fluorouracil inj 500mg/10ml</i>	2	MO	NEORAL	3	B/D PA MO
<i>flutamide</i>	2	MO	NEXAVAR	5	LA PA QL(360 per 90 days) MO
<i>gemcitabine hcl inj 1gm</i>	5	MO	NILANDRON	4	QL(120 per 90 days) MO
<i>gengraf</i>	2	B/D PA MO	NIPENT	4	MO
GLEEVEC	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			

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
<i>octreotide inj 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml</i>	2	MO	TARCEVA TABS 25MG	5	PA QL(180 per 90 days)
<i>octreotide inj 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	5	MO	TARGRETIN	3	MO
ONTAK	4		TASIGNA CAPS 200MG	5	QL(336 per 84 days)
<i>oxaliplatin inj 100mg/20ml</i>	5				MO
<i>paclitaxel inj 300mg/50ml</i>	2	MO	TAXOTERE INJ 80MG/2ML	5	
<i>pentostatin</i>	2	MO	TAXOTERE INJ 80MG/4ML	5	MO
PHOTOFRIN	4		THALOMID	5	PA MO
PROGRAF INJ	3	B/D PA	<i>thiotepa</i>	2	MO
RAPAMUNE	3	B/D PA MO	<i>toposar</i>	2	MO
REVLIMID CAPS 15MG, 25MG	5	LA QL(21 per 28 days)	<i>topotecan hcl inj 4mg</i>	2	MO
		MO	TORISEL	5	PA MO
REVLIMID CAPS 10MG, 5MG	5	LA QL(30 per 30 days)	TREANDA INJ 100MG	5	MO
		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)
SANDOSTATIN LAR DEPOT	4	MO			MO
SIMULECT INJ 20MG	3	MO	VANDETANIB TABS 300MG	5	QL(90 per 90 days)
SOMATULINE DEPOT	5	MO	VANDETANIB TABS 100MG	5	QL(180 per 90 days)
SPRYCEL TABS 100MG, 140MG, 50MG, 70MG, 80MG	5	QL(90 per 90 days)			MO
		MO	VECTIBIX INJ 100MG/5ML	5	MO
SPRYCEL TABS 20MG	5	QL(180 per 90 days)	VELCADE	4	MO
		MO	VIDAZA	5	QL(4200 per 90 days)
SUTENT	5	PA QL(90 per 90 days)			MO
		MO	<i>vinblastine sulfata inj 10mg</i>	2	
TABLOID	3	MO	<i>vincasar pfs</i>	2	MO
<i>tacrolimus</i>	2	B/D PA MO	<i>vincristine sulfata</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)	VOTRIENT	5	QL(360 per 90 days)
		MO			MO
		MO	ZANOSAR	4	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
ZOLINZA	5	QL(360 per 90 days) MO	PHENYTOIN SODIUM	3	
ZORTRESS TABS 0.5MG, 0.75MG	5	B/D PA MO	<i>phenytoin sodium extended</i>	2	MO
ZORTRESS TABS 0.25MG	3	B/D PA MO	<i>primidone</i>	2	MO
ZYTIGA	5	PA QL(360 per 90 days) MO	SABRIL	3	MO
<b>AUTONOMIC / CNS DRUGS, NEUROLOGY / PSYCH</b>			TEGRETOL-XR TB12 100MG	3	MO
<b>ANTICONVULSANTS</b>			<i>topiramate</i>	2	MO
BANZEL	3	MO	<i>valproate sodium</i>	2	MO
<i>carbamazepine</i>	2	MO	<i>valproic acid</i>	2	MO
<i>carbamazepine er tb12</i>	2	MO	VIMPAT INJ	3	
CARBATROL	3	MO	VIMPAT ORAL SOLN	3	MO
CELONTIN	3	MO	VIMPAT TABS	3	MO
DILANTIN CAPS 30MG	3	MO	<i>zonisamide</i>	2	MO
DILANTIN INFATABS	3	MO	<b>ANTIPARKINSONISM AGENTS</b>		
<i>divalproex sodium cpsp</i>	2	MO	APOKYN	3	LA MO
<i>divalproex sodium er</i>	2	MO	AZILECT	3	MO
<i>divalproex sodium tbec</i>	2	MO	<i>benztropine mesylate inj</i>	2	
<i>epitol</i>	1	MO	<i>benztropine mesylate tabs</i>	1	MO
EQUETRO	3	MO	<i>bromocriptine mesylate</i>	2	MO
<i>ethosuximide</i>	2	MO	<i>carbidopa / levodopa</i>	2	MO
FELBATOL	3	MO	<i>carbidopa/levodopa cr</i>	2	MO
<i>gabapentin</i>	2	MO	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	2	MO
GABITRIL	3	MO	<i>carbidopa/levodopa sr tbc 50mg; 200mg</i>	2	MO
<i>lamotrigine</i>	2	MO	COMTAN	3	MO
<i>levetiracetam inj</i>	2		LODOSYN	3	MO
<i>levetiracetam oral soln</i>	2	MO	MIRAPEX ER TB24 0.375MG, 0.75MG, 1.5MG, 3MG, 4.5MG	3	MO
<i>levetiracetam tabs</i>	2	MO	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	MO
LYRICA CAPS 225MG, 300MG	4	QL(180 per 90 days) MO	REQUIP XL	3	MO
LYRICA CAPS 100MG, 150MG, 200MG, 25MG, 50MG, 75MG	4	QL(270 per 90 days) MO	<i>ropinirole</i>	2	MO
<i>oxcarbazepine</i>	2	MO	<i>selegiline</i>	2	MO
PEGANONE	3	MO	STALEVO 100	3	MO
<i>phenytoin</i>	2	MO	STALEVO 125	3	MO
			STALEVO 150	3	MO
			STALEVO 200	3	MO
			STALEVO 50	3	MO
			STALEVO 75	3	MO
			<i>trihexyphenidyl</i>	2	MO
			ZELAPAR	3	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisitos/Limites)
<b>MIGRAINE / CLUSTER HEADACHE THERAPY</b>			<b>MIGRAINE / CLUSTER HEADACHE THERAPY</b>		
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	2	MO	<i>galantamine hydrobromide oral soln</i>	2	MO
<i>ergotamine tartrate / caffeine</i>	2	MO	<i>galantamine hydrobromide tabs</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
MAXALT-MLT	3	QL(36 per 90 days) MO	GILENYA	5	PA QL(28 per 28 days) MO
<i>migergot</i>	2	MO	MYTELASE	3	MO
MIGRANAL	4	QL(24 per 90 days) MO	NAMENDA ORAL SOLN	3	MO
<i>naratriptan hcl tabs 2.5mg</i>	2	QL(24 per 90 days) MO	NAMENDA TABS 10MG	3	QL(180 per 90 days) MO
<i>naratriptan hcl tabs 1mg</i>	2	QL(36 per 90 days) MO	NAMENDA TABS 5MG	3	QL(270 per 90 days) MO
RELPAX	3	QL(24 per 90 days) MO	NAMENDA TITRATION PAK	3	MO
<i>sumatriptan succinate inj 6mg/0.5ml</i>	2	QL(12 per 90 days) MO	NUEDEXTA	3	QL(180 per 90 days) MO
<i>sumatriptan succinate tabs 100mg</i>	2	QL(27 per 90 days) MO	<i>rivastigmine tartrate</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>sumatriptan succinate tabs 25mg, 50mg</i>	2	QL(54 per 90 days) MO	XENAZINE	5	LA MO
<b>MISCELLANEOUS NEUROLOGICAL THERAPY</b>			<b>MUSCLE RELAXANTS / ANTISPASMODIC THERAPY</b>		
COPAXONE	5	PA QL(90 per 90 days) MO	<i>baclofen</i>	2	MO
<i>donepezil hcl</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>cyclobenzaprine hcl tabs 10mg</i>	2	MO
EXELON ORAL SOLN	4	MO	<i>cyclobenzaprine hcl tabs 5mg</i>	1	MO
EXELON PT24	4	QL(90 per 90 days) MO	<i>dantrolene sodium caps</i>	2	MO
<i>galantamine hydrobromide cp24</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	MESTINON SYRP	3	MO
			MESTINON TIMESPAN	3	MO
			<i>pyridostigmine bromide</i>	2	MO
			<i>regonol</i>	2	
			<i>tizanidine hcl</i>	2	MO
			<b>NARCOTIC ANALGESICS</b>		
			<i>acetaminophen / codeine oral soln</i>	2	MO
			<i>acetaminophen / codeine tabs 300mg; 15mg</i>	2	MO
			<i>acetaminophen/codeine #3</i>	2	MO
			<i>acetaminophen/codeine #4</i>	2	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
<i>ascomp/codeine</i>	2	MO	<i>morphine sulfate inj 1mg/ml</i>	2	MO
BUPRENEX	3	MO	<i>morphine sulfate oral soln</i>	2	MO
<i>buprenorphine hcl inj</i>	2		<i>morphine sulfate tabs</i>	2	MO
<i>buprenorphine hcl subl</i>	2	MO	ONSOLIS FILM 1200MCG, 400MCG, 600MCG, 800MCG	3	QL(360 per 90 days)
<i>codeine sulfate</i>	2	MO	ONSOLIS FILM 200MCG	3	QL(720 per 90 days)
DILAUDID-5	3	MO	OPANA ER	3	MO
<i>duramorph</i>	2	MO	<i>oxycodone / acetaminophen caps</i>	2	MO
EMBEDA	4		<i>oxycodone / acetaminophen tabs</i> 325mg; 5mg	2	
<i>endocet</i>	2	MO	<i>oxycodone / acetaminophen tabs</i> 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg, 500mg; 7.5mg, 650mg; 10mg	2	MO
EXALGO	4	MO	<i>oxycodone hcl tabs 15mg, 30mg,</i> 5mg	2	MO
<i>fentanyl citrate</i>	2		<i>oxycodone/ aspirin tabs 325mg;</i> 4.5mg; 0.38mg	2	MO
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i> <i>lpop 200mcg</i>	2	PA QL(360 per 90 days) MO	OXYCONTIN	3	ST MO
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i> <i>lpop 1200mcg, 1600mcg, 400mcg,</i> <i>600mcg, 800mcg</i>	5	PA QL(360 per 90 days) MO	<i>oxymorphone hydrochloride</i>	2	MO
<i>fentanyl patches</i>	2	MO	<i>reprexain tabs 10mg; 200mg</i>	2	MO
<i>hydrocodone</i>	2	MO	ROXICET ORAL SOLN	3	MO
<i>bitartrate/acetaminophen tabs</i> 750mg; 10mg			<i>roxicet tabs 325mg; 5mg</i>	2	MO
<i>hydrocodone/acetaminophen oral</i> <i>soln 500mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	2	MO	<i>stagesic</i>	2	MO
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs</i>	2	MO	<i>zerlor</i>	2	MO
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	2	MO	<b>NON-NARCOTIC ANALGESICS</b>		
<i>hydromorphone hcl inj 10mg/ml</i>	2	MO	ARTHROTEC 50	4	MO
<i>hydromorphone hcl tabs</i>	2	MO	ARTHROTEC 75	4	MO
INFUMORPH 200	3	MO	<i>butorphanol tartrate nasal soln</i>	2	PA QL(30 per 90 days) MO
INFUMORPH 500	3	MO	CELEBREX	4	QL(180 per 90 days) MO
KADIAN	3	MO	<i>depade</i>	2	MO
<i>levorphanol tartrate</i>	2	MO	<i>diclofenac potassium</i>	2	MO
<i>margesic-h</i>	2	MO	<i>diclofenac sodium</i>	2	MO
<i>methadone hcl conc</i>	2	MO	<i>diclofenac sodium ec</i>	2	MO
<i>methadone hcl inj</i>	2		<i>diclofenac sodium xr</i>	2	MO
<i>methadone hcl oral soln 5mg/5ml</i>	2	MO	<i>diflunisal</i>	2	MO
METHADONE HCL ORAL SOLN 10MG/5ML	3	MO	<i>etodolac</i>	2	MO
<i>methadone hcl tabs</i>	2	MO			
<i>methadose tabs</i>	2	MO			
<i>morphine sulfate er</i>	2	MO			
<i>morphine sulfate inj 0.5mg/ml</i>	2				

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
<i>fenoprofen calcium</i>	2	MO	ABILIFY DISCMELT TBDP 15MG	4	QL(180 per 90 days) ST MO
FLECTOR	4	MO	ABILIFY DISCMELT TBDP 10MG	4	QL(270 per 90 days) ST MO
<i>flurbiprofen</i>	2	MO	ABILIFY INJ	4	ST MO
<i>ibuprofen susp</i>	2	MO	ABILIFY ORAL SOLN	4	ST MO
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	MO	ABILIFY TABS 20MG, 2MG, 30MG, 5MG	4	QL(90 per 90 days) ST MO
<i>indomethacin caps</i>	2	MO	ABILIFY TABS 15MG	4	QL(180 per 90 days) ST MO
<i>indomethacin er</i>	2	MO	ABILIFY TABS 10MG	4	QL(270 per 90 days) ST MO
<i>ketoprofen</i>	2	MO	<i>amitriptyline</i>	1	MO
<i>ketoprofen er</i>	2	MO	<i>amoxapine</i>	2	MO
<i>meclofenamate sodium</i>	2	MO	<i>budeprion sr</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>mefenamic acid</i>	2	MO	<i>budeprion xl tb24 300mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>meloxicam susp</i>	2	MO	<i>budeprion xl tb24 150mg</i>	2	QL(270 per 90 days) MO
<i>meloxicam tabs 15mg</i>	2	MO	<i>bupropion hcl</i>	2	MO
<i>meloxicam tabs 7.5mg</i>	1	MO	<i>bupropion hcl sr</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>nabumetone</i>	2	MO	<i>buspirone hcl</i>	2	MO
<i>naloxone</i>	2		<i>chlordiazepoxide/amitriptyline</i>	2	MO
<i>naltrexone</i>	2	MO	<i>chlorpromazine</i>	2	MO
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	2	MO	<i>citalopram oral soln</i>	2	MO
<i>naproxen susp</i>	2	MO	<i>citalopram tabs 40mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg</i>	1	MO	<i>citalopram tabs 10mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO
<i>naproxen tbec</i>	2	MO			
<i>oxaprozin</i>	2	MO			
<i>piroxicam</i>	2	MO			
SUBOXONE	3	MO			
<i>sulindac</i>	2	MO			
<i>tolmetin sodium</i>	2	MO			
<i>tramadol</i>	2	QL(720 per 90 days) MO			
<i>tramadol hcl er</i>	2	QL(90 per 90 days) MO			
VIMOVO	3	QL(180 per 90 days) MO			
VOLTAREN GEL	3	MO			

---

**PSYCHOTHERAPEUTIC DRUGS**

---

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
<i>citalopram tabs 20mg</i>	1	QL(270 per 90 days) MO	<i>fluoxetine oral soln</i>	2	MO
<i>clomipramine</i>	2	MO	<i>fluoxetine tabs 20mg</i>	2	QL(360 per 90 days) MO
<i>clozapine tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	MO	<i>fluoxetine tabs 10mg</i>	2	QL(720 per 90 days) MO
CLOZAPINE TABS 200MG	3	MO	<i>fluphenazine conc</i>	2	MO
CYMBALTA CPEP 60MG	4	QL(90 per 90 days) MO	<i>fluphenazine decanoate inj</i>	1	MO
CYMBALTA CPEP 20MG, 30MG	4	QL(180 per 90 days) MO	<i>fluphenazine elix</i>	2	MO
<i>desipramine</i>	2	MO	<i>fluphenazine inj</i>	2	MO
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	2	PA MO	<i>fluphenazine tabs</i>	2	MO
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	2	PA MO	<i>fluvoxamine</i>	2	QL(270 per 90 days) MO
<i>doxepin caps 150mg, 50mg</i>	2	MO	FOCALIN XR CP24 10MG, 15MG, 20MG, 30MG, 40MG, 5MG	3	PA MO
<i>doxepin caps 100mg, 10mg, 25mg, 75mg</i>	1	MO	GEODON CAPS	4	QL(180 per 90 days) MO
<i>doxepin conc</i>	1	MO	GEODON INJ	4	MO
EMSAM	4	QL(90 per 90 days) MO	HALDOL	3	MO
FANAPT TABS 1MG, 2MG, 4MG	4	QL(90 per 90 days) MO	HALDOL DECANOATE 100	3	MO
FANAPT TABS 10MG, 12MG, 6MG, 8MG	4	QL(180 per 90 days) MO	HALDOL DECANOATE 50	3	MO
FANAPT TITRATION PACK	4	MO	<i>haloperidol conc</i>	2	MO
FAZACLO	4	MO	<i>haloperidol decanoate inj</i>	2	MO
<i>fluoxetine caps 20mg</i>	1	QL(360 per 90 days) MO	<i>haloperidol lactate inj</i>	2	MO
<i>fluoxetine caps 10mg</i>	1	QL(720 per 90 days) MO	<i>haloperidol tabs 10mg, 20mg</i>	2	MO
<i>fluoxetine caps 40mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>haloperidol tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	1	MO
<i>fluoxetine dr</i>	2	QL(12 per 90 days) MO	<i>imipramine</i>	2	MO
			<i>imipramine pamoate</i>	2	MO
			INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	3	QL(0.75 per 90 days) MO
			INVEGA SUSTENNA INJ 78MG/0.5ML	3	QL(1.5 per 90 days) MO
			INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML	3	QL(2.25 per 90 days) MO



<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
INVEGA SUSTENNA INJ 156MG/ML	3	QL(3 per 90 days) MO	ORAP	3	MO
INVEGA SUSTENNA INJ 234MG/1.5ML	3	QL(4.5 per 90 days) MO	<i>paroxetine er tb24 12.5mg, 37.5mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
INVEGA TB24 1.5MG, 3MG, 9MG	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>paroxetine er tb24 25mg</i>	2	QL(270 per 90 days) MO
INVEGA TB24 6MG	3	QL(180 per 90 days) MO	<i>paroxetine susp</i>	2	MO
LATUDA TABS 80MG	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>paroxetine tabs 20mg, 40mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
LATUDA TABS 40MG	3	QL(180 per 90 days) MO	<i>paroxetine tabs 10mg, 30mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>lithium carbonate caps 300mg, 600mg</i>	2	MO	PAXIL SUSP	3	MO
<i>lithium carbonate caps 150mg</i>	1	MO	<i>perphenazine</i>	2	MO
<i>lithium carbonate er</i>	2	MO	<i>phenelzine sulfate</i>	2	MO
<i>lithium carbonate tabs</i>	2	MO	PRISTIQ	3	QL(90 per 90 days) MO
<i>lithium citrate</i>	2	MO	<i>protriptyline hcl</i>	2	MO
<i>loxapine</i>	2	MO	PROVIGIL	3	PA QL(90 per 90 days) MO
<i>maprotiline</i>	2	MO	RISPERDAL CONSTA	3	QL(12 per 84 days) MO
MARPLAN	3	MO	<i>risperidone odt</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
METADATE CD CPR 20MG, 30MG, 40MG, 50MG, 60MG	4	PA MO	<i>risperidone oral soln</i>	2	MO
<i>methylphenidate hcl tabs 20mg</i>	2	PA	<i>risperidone tabs</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>methylphenidate hcl tabs 10mg, 5mg</i>	2	PA MO	RITALIN LA	4	PA MO
<i>mirtazapine</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	SAPHRIS	3	QL(180 per 90 days) MO
<i>mirtazapine odt tbdp 30mg, 45mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	SEROQUEL TABS 25MG, 300MG, 400MG	4	QL(180 per 90 days) MO
<i>nefazodone</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	SEROQUEL TABS 100MG, 200MG, 50MG	4	QL(270 per 90 days) MO
<i>nortriptyline caps 10mg, 50mg</i>	2	MO			
<i>nortriptyline caps 25mg, 75mg</i>	1	MO			
<i>nortriptyline oral soln</i>	2	MO			

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
<i>sertraline conc</i>	2	MO	<i>zaleplon caps 10mg</i>	2	QL(180 per 90 days)
<i>sertraline tabs 100mg, 25mg</i>	2	QL(180 per 90 days)			MO
		MO	<i>zolpidem</i>	2	QL(90 per 90 days)
<i>sertraline tabs 50mg</i>	2	QL(270 per 90 days)			MO
		MO	<i>zolpidem tartrate er</i>	2	QL(90 per 90 days)
STRATTERA	3	MO			MO
SURMONTIL	4	MO	ZYPREXA INJ	3	MO
SYMBYAX	4	QL(90 per 90 days)	ZYPREXA TABS	3	QL(90 per 90 days)
		MO			MO
<i>thioridazine</i>	2	MO	ZYPREXA ZYDIS	3	QL(90 per 90 days)
<i>thiothixene caps 10mg, 5mg</i>	2	MO			MO
<i>thiothixene caps 1mg, 2mg</i>	1	MO	<b>CARDIOVASCULAR, HYPERTENSION / LIPIDS</b>		
<i>tranlycypromine</i>	2	MO	<b>ANTIARRHYTHMIC AGENTS</b>		
<i>trazodone tabs 150mg, 300mg</i>	2	MO	<i>amiodarone inj 50mg/ml</i>	2	
<i>trazodone tabs 100mg, 50mg</i>	1	MO	<i>amiodarone tabs</i>	2	MO
<i>trifluoperazine</i>	2	MO	<i>disopyramide phosphate</i>	2	MO
<i>venlafaxine hcl er cp24 150mg, 37.5mg</i>	2	QL(90 per 90 days)	<i>flecainide acetate</i>	2	MO
		MO	<i>mexiletine</i>	2	MO
<i>venlafaxine hcl er cp24 75mg</i>	2	QL(270 per 90 days)	MULTAQ	3	MO
		MO	NORPACE CR CP12 100MG	3	MO
<i>venlafaxine hcl tabs 100mg, 25mg, 37.5mg</i>	2	QL(270 per 90 days)	PACERONE TABS 100MG	3	MO
		MO	<i>pacerone tabs 200mg</i>	2	MO
<i>venlafaxine hcl tabs 75mg</i>	2	QL(450 per 90 days)	<i>procainamide</i>	2	
		MO	<i>propafenone hcl</i>	2	MO
<i>venlafaxine hcl tabs 50mg</i>	2	QL(675 per 90 days)	<i>propafenone hcl er</i>	2	MO
		MO	<i>quinidine gluconate er</i>	2	MO
VIIBRYD	4	PA QL(90 per 90 days)	<i>quinidine sulfate</i>	2	MO
		MO	<i>quinidine sulfate er</i>	2	MO
XYREM	5	PA	<i>sorine tabs 240mg</i>	2	
<i>zaleplon caps 5mg</i>	2	QL(90 per 90 days)	<i>sorine tabs 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	MO
		MO	<i>sotalol</i>	2	MO
			TIKOSYN	4	MO
			<b>ANTIHYPERTENSIVE THERAPY</b>		
			<i>acebutolol</i>	2	MO
			<i>afeditab cr</i>	2	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
<i>amiloride</i>	2	MO	<i>chlorothiazide tabs 250mg</i>	2	MO
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	MO	<i>chlorothiazide tabs 500mg</i>	1	MO
<i>amlodipine</i>	2	MO	<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	1	MO
<i>amlodipine / benazepril</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>clonidine ptwk</i>	2	MO
<i>atenolol / chlorthalidone</i>	1	MO	<i>clonidine tabs 0.3mg</i>	2	MO
<i>atenolol tabs 100mg, 25mg</i>	2	MO	<i>clonidine tabs 0.1mg, 0.2mg</i>	1	MO
<i>atenolol tabs 50mg</i>	1	MO	DEMSER	3	MO
<i>benazepril</i>	2	MO	DIBENZYLINE	4	MO
<i>benazepril / hydrochlorothiazide tabs 20mg; 12.5mg, 20mg; 25mg</i>	2	QL(360 per 90 days) MO	<i>dilt-cd cp24 120mg, 300mg</i>	2	MO
<i>benazepril / hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg</i>	2	QL(720 per 90 days) MO	<i>dilt-xr cp24 180mg, 240mg</i>	2	MO
<i>benazepril / hydrochlorothiazide tabs 5mg; 6.25mg</i>	2	QL(1440 per 90 days) MO	<i>diltiazem cd cp24 120mg, 240mg, 300mg</i>	2	MO
<i>betaxolol hcl</i>	2	MO	<i>diltiazem hcl er cp12</i>	2	MO
BIDIL	3	QL(540 per 90 days) MO	<i>diltiazem hcl er cp24 360mg, 420mg</i>	2	MO
<i>bisoprolol fumarate</i>	2	MO	DILTIAZEM HCL INJ 100MG	3	
<i>bisoprolol fumarate / hydrochlorothiazide</i>	2	MO	<i>diltiazem hcl inj 25mg/5ml</i>	2	
<i>bumetanide inj</i>	2	MO	<i>diltiazem hcl tabs</i>	2	MO
<i>bumetanide tabs 0.5mg, 2mg</i>	2	MO	<i>diltzac cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	2	MO
<i>bumetanide tabs 1mg</i>	1	MO	DIOVAN HCT	3	QL(90 per 90 days) MO
BYSTOLIC	3	MO	DIOVAN TABS 320MG	3	QL(90 per 90 days) MO
<i>captopril tabs 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	MO	DIOVAN TABS 160MG, 40MG, 80MG	3	QL(180 per 90 days) MO
<i>captopril tabs 100mg</i>	2	MO	<i>doxazosin tabs 2mg, 8mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>captopril/hydrochlorothiazide tabs 25mg; 15mg, 25mg; 25mg, 50mg; 15mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>doxazosin tabs 1mg, 4mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO
<i>captopril/hydrochlorothiazide tabs 50mg; 25mg</i>	2	QL(270 per 90 days) MO	EDECIN	3	MO
<i>cartia xt</i>	2	MO	<i>enalapril / hydrochlorothiazide tabs 5mg; 12.5mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>carvedilol</i>	2	MO	<i>enalapril / hydrochlorothiazide tabs 10mg; 25mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>chlorothiazide sodium</i>	2	MO	<i>enalapril tabs 10mg</i>	1	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
<i>enalapril tabs 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	2	MO	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	2	QL(360 per 90 days)
<i>eplerenone</i>	2	MO	<i>tabs 25mg; 20mg</i>		MO
EXFORGE	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>losartan potassium tabs 100mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
EXFORGE HCT	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>losartan potassium tabs 25mg, 50mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>felodipine er</i>	2	MO	<i>losartan</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>fosinopril</i>	2	MO	<i>potassium/hydrochlorothiazide</i>		MO
<i>fosinopril / hydrochlorothiazide</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>tabs 12.5mg; 100mg, 25mg; 100mg</i>		
<i>fosinopril / hydrochlorothiazide</i>	2	QL(360 per 90 days) MO	<i>losartan</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>tabs 20mg; 12.5mg</i>			<i>potassium/hydrochlorothiazide</i>		MO
<i>furosemide inj</i>	2	MO	<i>tabs 12.5mg; 50mg</i>		
<i>furosemide oral soln 10mg/ml</i>	2	MO	<i>matzim la</i>	2	MO
FUROSEMIDE ORAL SOLN 8MG/ML	3	MO	<i>methyclothiazide</i>	2	MO
<i>furosemide tabs</i>	1	MO	<i>metolazone</i>	2	MO
<i>guanfacine hcl</i>	2	MO	<i>metoprolol succinate er</i>	2	
<i>hydralazine</i>	2	MO	<i>metoprolol tartrate inj</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide caps</i>	1	MO	<i>metoprolol tartrate tabs</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide tabs 25mg</i>	1	MO	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>hydrochlorothiazide tabs 12.5mg, 50mg</i>	2	MO	<i>minoxidil tabs</i>	2	MO
<i>indapamide tabs 1.25mg</i>	2	MO	<i>moexipril</i>	2	MO
<i>indapamide tabs 2.5mg</i>	1	MO	<i>moexipril/hydrochlorothiazide</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>isradipine</i>	2	MO	<i>tabs 12.5mg; 15mg, 12.5mg; 7.5mg</i>		
<i>labetalol inj</i>	2		<i>moexipril/hydrochlorothiazide</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>labetalol tabs</i>	2	MO	<i>tabs 25mg; 15mg</i>		
<i>lisinopril tabs 2.5mg, 40mg, 5mg</i>	2	MO	<i>nadolol</i>	2	MO
<i>lisinopril tabs 10mg, 20mg, 30mg</i>	1	MO	<i>nadolol/bendroflumethiazide</i>	2	MO
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	QL(90 per 90 days) MO	<i>nicardipine caps</i>	2	MO
<i>tabs 12.5mg; 10mg</i>			<i>nifediac cc</i>	2	MO
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>nifedical xl</i>	2	MO
<i>tabs 12.5mg; 20mg</i>			<i>nifedipine</i>	2	MO
			<i>nifedipine er tb24 30mg, 60mg</i>	2	
			<i>nifedipine er tb24 90mg</i>	2	MO
			<i>nimodipine</i>	2	MO
			<i>nisoldipine</i>	2	MO
			<i>nisoldipine er</i>	2	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
<i>perindopril erbumine</i>	2	MO	<i>trandolapril</i>	2	MO
<i>pindolol</i>	2	MO	<i>triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 50mg</i>	2	MO
<i>prazosin</i>	2	QL(360 per 90 days)	<i>triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl er</i>	2	MO	<i>triamterene/hydrochlorothiazide tabs</i>	1	MO
<i>propranolol hcl inj</i>	2		TWYNSTA	3	QL(90 per 90 days)
<i>propranolol hcl oral soln</i>	2	MO			MO
<i>propranolol hcl tabs 60mg, 80mg</i>	2	MO	VALTURNA	3	QL(90 per 90 days)
<i>propranolol hcl tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	MO			MO
<i>propranolol/hydrochlorothiazide</i>	2	MO	<i>verapamil er cp24</i>	2	MO
<i>quinapril</i>	2	MO	<i>verapamil er tbcr 120mg, 240mg</i>	2	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	2	QL(90 per 90 days)	<i>verapamil er tbcr 180mg</i>	2	MO
		MO	<i>verapamil inj</i>	2	
<i>ramipril</i>	2	MO	<i>verapamil tabs</i>	2	MO
REMODULIN	5	PA MO	<b>CARDIAC GLYCOSIDES</b>		
<i>reserpine</i>	2	MO	<i>digoxin inj</i>	2	
SODIUM EDECIN	3		<i>digoxin oral soln</i>	2	MO
<i>spironolactone tabs 100mg, 50mg</i>	2	MO	<i>digoxin tabs</i>	1	MO
<i>spironolactone tabs 25mg</i>	1	MO	LANOXIN INJ 0.1MG/ML	3	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	MO	<b>COAGULATION THERAPY</b>		
<i>de</i>			AGGRENOX	3	MO
<i>taztia xt</i>	2	MO	ARIXTRA	3	MO
TEKAMLO	3	QL(90 per 90 days)	<i>cilostazol</i>	2	MO
		MO	CYKLOKAPRON	3	MO
TEKTURNA	3	QL(90 per 90 days)	EFFIENT	3	MO
		MO	<i>enoxaparin sodium inj 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml</i>	2	MO
TEKTURNA HCT	3	QL(90 per 90 days)	<i>enoxaparin sodium inj 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml</i>	5	MO
		MO	FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 25000UNIT/ML, 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML	3	MO
<i>terazosin hcl caps 10mg, 1mg, 5mg</i>	2	QL(180 per 90 days)	HEPARIN SODIUM INJ 2000UNIT/ML	3	MO
		MO			
<i>terazosin hcl caps 2mg</i>	1	QL(180 per 90 days)			
		MO			
<i>timolol maleate</i>	2	MO			
<i>torse mide tabs</i>	2	MO			

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
<i>heparin sodium inj 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/ml</i>	2	MO	LOVAZA	3	MO
<i>heparin sodium/d5w inj 5%; 40unit/ml</i>	2		NIASPAN	4	MO
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45%	3		<i>pravastatin tabs 10mg, 20mg, 80mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>heparin sodium/sodium chloride 0.9% premix</i>	2		<i>pravastatin tabs 40mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>jantoven tabs 10mg, 2.5mg, 6mg, 7.5mg</i>	2	MO	<i>prevalite powd</i>	2	MO
<i>jantoven tabs 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	1	MO	<i>simvastatin</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
LOVENOX INJ 300MG/3ML	3	MO	ZETIA	3	QL(90 per 90 days) MO
<i>pentopak</i>	2	MO	<b>MISCELLANEOUS CARDIOVASCULAR AGENTS</b>		
<i>pentoxifylline er</i>	2	MO	RANEXA	3	MO
PLAVIX	3	MO	<b>NITRATES</b>		
PRADAXA	3	MO	<i>isosorbide dinitrate er</i>	2	MO
PROMACTA TABS 50MG, 75MG	5	LA PA QL(90 per 90 days) MO	<i>isosorbide dinitrate subl 2.5mg</i>	1	MO
PROMACTA TABS 25MG	5	LA PA QL(270 per 90 days) MO	<i>isosorbide dinitrate subl 5mg</i>	2	MO
<i>ticlopidine hcl</i>	2	MO	<i>isosorbide dinitrate tabs 30mg</i>	2	MO
<i>warfarin tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 4mg, 6mg, 7.5mg</i>	2	MO	<i>isosorbide dinitrate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	MO
<i>warfarin tabs 3mg, 5mg</i>	1	MO	<i>isosorbide mononitrate</i>	2	MO
<b>LIPID/CHOLESTEROL LOWERING AGENTS</b>			<i>isosorbide mononitrate er tb24 120mg, 60mg</i>	2	MO
<i>cholestyramine light pack</i>	2	MO	<i>isosorbide mononitrate er tb24 30mg</i>	1	MO
<i>colestipol</i>	2	MO	<i>nitro-bid</i>	2	MO
<i>fenofibrate</i>	2	MO	NITRO-DUR PT24 0.3MG/HR, 0.8MG/HR	3	MO
<i>fenofibrate micronized</i>	2	MO	<i>nitroglycerin inj</i>	2	B/D PA
<i>gemfibrozil</i>	2	MO	<i>nitroglycerin pt24 0.2mg/hr, 0.6mg/hr</i>	2	
<i>lovastatin tabs 10mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>nitroglycerin pt24 0.4mg/hr</i>	2	MO
<i>lovastatin tabs 20mg, 40mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>nitroglycerin transdermal pt24 0.1mg/hr</i>	2	MO
			NITROSTAT	3	MO
			<b>DERMATOLOGICALS/TOPICAL THERAPY</b>		

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
<b>ANTIPSORIATIC / ANTISEBORRHEIC</b>			<i>clindamycin phosphate lotn</i> 2 MO		
<i>calcipotriene</i>	2	MO	<i>clindamycin phosphate swab</i>	2	MO
<i>selenium sulfide lotn 2.5%</i>	2	MO	<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	2	MO
SORIATANE	3	MO	DIFFERIN LOTN	3	MO
<b>BURN THERAPY</b>			<i>ery</i>	2	MO
<i>silver sulfadiazine</i>	2	MO	<i>erythromycin / benzoyl peroxide</i>	2	MO
<i>ssd</i>	2	MO	<i>erythromycin external soln</i>	2	MO
<i>thermazene</i>	2	MO	<i>erythromycin gel</i>	2	MO
<b>MISCELLANEOUS DERMATOLOGICALS</b>			FINACEA	3	MO
8-MOP	3	MO	METROGEL	3	MO
<i>ammonium lactate</i>	2	MO	<i>metronidazole</i>	2	MO
CARAC	3	MO	<i>sotret</i>	2	
CARMOL-HC	3	MO	TAZORAC	3	MO
CONDYLOX GEL	3	MO	<i>tretinoin</i>	2	MO
ELIDEL	4	MO	<b>TOPICAL ANESTHETICS</b>		
FLUOROPLEX	3	MO	<i>lidocaine / prilocaine crea</i>	2	MO
<i>fluorouracil crea</i>	2	MO	<i>lidocaine external soln</i>	2	MO
<i>fluorouracil external soln</i>	2	MO	<i>lidocaine gel</i>	2	MO
<i>imiquimod</i>	2	MO	<i>lidocaine inj 0.5%, 1%</i>	2	
<i>laclotion</i>	2	MO	<i>lidocaine oint</i>	2	MO
OXSORALEN ULTRA	5	MO	<i>lidocaine viscous</i>	2	MO
PANRETIN	3	MO	<b>TOPICAL ANTIBACTERIALS</b>		
<i>podofilox</i>	2	MO	ALTABAX	3	MO
PROTOPIC	4	MO	BACTROBAN CREA	3	MO
REGRANEX	3	PA MO	<i>gentamicin sulfate crea</i>	1	MO
SOLARAZE	3	MO	<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	1	MO
UVADEX	4		<i>mupirocin</i>	2	MO
VEREGEN	4	MO	PHISOHEX	3	MO
<b>THERAPY FOR ACNE</b>			<i>sodium sulfacetamide</i>	2	MO
<i>adapalene</i>	2		SULFAMYLON	3	MO
<i>amneestem</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>ketoconazole crea</i>	2	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
<i>ketoconazole sham</i>	2	MO	<i>desoximetasone</i>	2	MO
NAFTIN	3	MO	<i>diflorasone diacetate</i>	2	MO
<i>nyamyc</i>	2	MO	<i>fluocinolone acetonide</i>	2	MO
<i>nystatin / triamcinolone crea</i>	1	MO	<i>fluocinonide emollient base</i>	2	
<i>nystatin / triamcinolone oint</i>	2	MO	<i>fluocinonide external soln</i>	2	MO
<i>nystatin crea</i>	1	MO	<i>fluocinonide gel</i>	2	MO
<i>nystatin external powd</i>	2		<i>fluocinonide oint</i>	2	MO
<i>nystatin oint</i>	1	MO	<i>fluticasone propionate</i>	2	MO
<i>nystop</i>	2	MO	<i>halobetasol propionate</i>	2	MO
<i>pedi-dri</i>	2	MO	<i>hydrocortisone butyrate</i>	2	MO
<b>TOPICAL ANTIVIRALS</b>			<i>hydrocortisone crea 1%</i>	2	MO
DENAVIR	3	MO	<i>hydrocortisone crea 2.5%</i>	1	MO
ZOVIRAX CREA	4	MO	<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	2	MO
ZOVIRAX OINT	4	MO	<i>hydrocortisone oint 1%, 2.5%</i>	1	MO
<b>TOPICAL CORTICOSTEROIDS</b>			<i>hydrocortisone valerate</i>	2	MO
<i>ala-cort crea</i>	2	MO	LOCOID LOTN	3	MO
<i>alclometasone dipropionate</i>	2	MO	LUXIQ	3	MO
<i>amcinonide crea</i>	2	MO	<i>mometasone furoate</i>	2	MO
<i>amcinonide lotn</i>	2	MO	PANDEL	3	MO
<i>amcinonide oint</i>	2		<i>prednicarbate</i>	2	MO
<i>augmented betamethasone dipropionate crea</i>	2	MO	<i>triamcinolone acetonide crea 0.1%, 0.5%</i>	2	MO
<i>augmented betamethasone dipropionate lotn</i>	2	MO	<i>triamcinolone acetonide crea 0.025%</i>	1	MO
<i>augmented betamethasone dipropionate oint</i>	2	MO	<i>triamcinolone acetonide lotn</i>	2	MO
<i>betamethasone dipropionate</i>	2	MO	<i>triamcinolone acetonide oint 0.1%, 0.5%</i>	2	MO
<i>betamethasone valerate</i>	2	MO	<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%</i>	1	MO
CAPEX	3	MO	<i>triderm</i>	2	MO
<i>clobetasol propionate crea</i>	2	MO	<b>TOPICAL ENZYMES</b>		
<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			



<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
ULESFIA	4	MO	<i>midodrine</i>	2	MO
<b>DIAGNOSTICS / MISCELLANEOUS AGENTS</b>			ORFADIN	5	LA MO
<b>MISCELLANEOUS AGENTS</b>			<i>pilocarpine hcl tabs</i>	2	MO
ACTONEL TABS 30MG	4	PA QL(60 per 120 days) MO	PROLASTIN INJ 500MG	5	LA MO
ADAGEN	5	LA MO	RENAGEL	3	MO
<i>alendronate sodium tabs 40mg</i>	2	PA QL(180 per 365 days) MO	REVELA	3	MO
<i>anagrelide hydrochloride</i>	2	MO	RILUTEK	5	MO
ANTABUSE TABS 250MG	3	MO	SKELID	4	PA QL(180 per 90 days) MO
ARALAST NP INJ 400MG	5	LA MO	<i>sodium chloride 0.9%</i>	2	MO
BUPHENYL	3	MO	<i>sodium chloride inj 0.9%</i>	2	MO
CAMPRAL	3	QL(540 per 90 days) MO	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	2	MO
CHEMET	3	MO	SYPRINE	3	MO
CLINIMIX / DEXTROSE	3	MO	<b>SMOKING DETERRENTS</b>		
DEXTROSE 10%/NACL 0.45%	3	MO	<i>buproban</i>	2	PA QL(180 per 90 days) MO
<i>dextrose 10% flex container</i>	2	MO	CHANTIX TABS	3	PA MO
DEXTROSE 10%/NACL 0.2%	3	MO	CHANTIX TABS 0.5MG, 1MG	3	PA QL(168 per 90 days) MO
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	2	MO	NICOTROL INHALER	4	PA QL(672 per 90 days) MO
<i>dextrose 5%</i>	2	MO	NICOTROL NASAL	4	PA QL(120 per 90 days) MO
<i>dextrose 5%/nacl 0.2%</i>	2	MO	<b>EAR, NOSE / THROAT MEDICATIONS</b>		
<i>dextrose 5%/nacl 0.225%</i>	2	MO	<b>MISCELLANEOUS AGENTS</b>		
DEXTROSE 5%/NACL 0.33%	3	MO	ASTEPRO	3	MO
<i>dextrose 5%/nacl 0.45%</i>	2	MO	<i>azelastine hcl</i>	2	MO
<i>dextrose 5%/nacl 0.9%</i>	2	MO	BACTROBAN NASAL	3	MO
<i>etidronate disodium</i>	2	MO	<i>chlorhexidine gluconate oral rinse</i>	1	MO
EVOXAC	4	MO	<i>ipratropium bromide nasal soln</i>	2	MO
EXJADE TBSO 250MG, 500MG	5	LA MO	<i>periogard</i>	1	MO
EXJADE TBSO 125MG	3	LA MO	<i>triamcinolone in orabase</i>	2	MO
FOSRENOL	3	MO	TYZINE	3	MO
INCRELEX	5	LA PA MO			
<i>kionex powd</i>	2	MO			
<i>levocarnitine oral soln</i>	2	B/D PA MO			
<i>levocarnitine tabs</i>	2	B/D PA MO			

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
TYZINE PEDIATRIC NASAL DROPS	3		METHYLPREDNISOLONE SODIUMSUCCINATE INJ 1000MG	3	B/D PA MO
<b>MISCELLANEOUS OTIC PREPARATIONS</b>			<i>methylprednisolone tabs 4mg</i>		
<i>acetasol hc</i>	2	MO	<i>methylprednisolone tabs 32mg</i>	2	B/D PA
<i>acetic acid</i>	2	MO	<i>methylprednisolone tabs 16mg, 8mg</i>	2	B/D PA MO
DERMOTIC	3	MO	<i>prednisolone sodium phosphate oral soln</i>	2	B/D PA MO
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	2	MO	PREDNISONE INTENSOL	3	B/D PA MO
<i>ofloxacin</i>	2	MO	<i>prednisone oral soln</i>	2	B/D PA MO
<b>OTIC STEROID / ANTIBIOTIC</b>			<i>prednisone tabs 1mg</i>	2	B/D PA MO
CIPRO HC	4	MO	<i>prednisone tabs 10mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg</i>	1	B/D PA MO
CIPRODEX	3	MO	SOLU-CORTEF INJ 100MG, 250MG	3	MO
COLY-MYCIN S	3	MO	SOLU-MEDROL INJ 2GM	3	B/D PA
CORTISPORIN-TC	3	MO	SOLU-MEDROL INJ 125MG, 40MG, 500MG	3	B/D PA MO
<i>cortomycin</i>	2	MO	<b>ANTITHYROID AGENTS</b>		
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	2	MO	<i>methimazole</i>	2	MO
<b>ENDOCRINE/DIABETES</b>			<i>propylthiouracil</i>	2	MO
<b>ADRENAL HORMONES</b>			<b>DIABETES THERAPY</b>		
<i>a-hydrocort</i>	2	MO	<i>acarbose</i>	2	QL(270 per 90 days) MO
<i>a-methapred inj 40mg</i>	2	B/D PA	ACTOPLUS MET	3	QL(270 per 90 days) MO
<i>a-methapred inj 125mg</i>	2	B/D PA MO	ACTOS	3	QL(90 per 90 days) MO
<i>cortisone acetate</i>	2	MO	ALCOHOL PREPS	3	
DEPO-MEDROL	3	B/D PA MO	AVANDAMET	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>dexamethasone elix</i>	2	MO	BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	3	MO
<i>dexamethasone inj 4mg/ml</i>	2	MO	BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/0.3ML/31G X 5/16"	3	MO
DEXAMETHASONE INTENSOL					
DEXAMETHASONE TABS 1MG, 2MG	3	MO			
<i>dexamethasone tabs 4mg</i>	2	MO			
<i>dexamethasone tabs 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 6mg</i>	1	MO			
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	MO			
<i>hydrocortisone tabs 10mg, 5mg</i>	2	MO			
<i>hydrocortisone tabs 20mg</i>	1	MO			
<i>methylprednisolone acetate</i>	2	B/D PA MO			
<i>methylprednisolone</i>	2	B/D PA			
<i>sodiumsuccinate inj 125mg, 40mg</i>					

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/0.5ML/30G X 1/2"	3	MO	<i>glyburide micronized tabs 3mg</i>	1	QL(180 per 90 days)
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/1ML/31G X 5/16"	3	MO	<i>glyburide tabs 1.25mg</i>	1	MO QL(180 per 90 days)
BD PEN NEEDLE/ULTRAFINE/29G X 12.7MM	3	MO	<i>glyburide tabs 2.5mg</i>	2	QL(180 per 90 days)
BYETTA	4	QL(7.2 per 90 days) ST MO	<i>glyburide tabs 5mg</i>	2	MO QL(360 per 90 days)
DUETACT	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>glycron tabs 1.5mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
GAUZE PADS 2"X2"	3	MO	GLYCRON TABS 4.5MG	3	QL(360 per 90 days)
<i>glimepiride tabs 4mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	HUMALOG	3	QL(60 per 30 days) MO
<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg</i>	1	QL(90 per 90 days) MO	HUMALOG KWIKPEN	3	QL(60 per 30 days) MO
<i>glipizide / metformin</i>	2	QL(360 per 90 days) MO	HUMALOG MIX 50/50	3	QL(60 per 30 days) MO
<i>glipizide er tb24 2.5mg, 5mg</i>	2	QL(90 per 90 days)	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	QL(60 per 30 days) MO
<i>glipizide er tb24 10mg</i>	2	QL(180 per 90 days)	HUMALOG MIX 75/25	3	QL(60 per 30 days) MO
<i>glipizide tabs 10mg</i>	1	QL(360 per 90 days) MO	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	QL(60 per 30 days) MO
<i>glipizide tabs 5mg</i>	1	QL(720 per 90 days) MO	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	QL(60 per 30 days) MO
GLUCAGEN HYPOKIT	3	MO	HUMULIN 70/30	3	QL(60 per 30 days) MO
GLUCAGON EMERGENCY KIT	3	MO	HUMULIN 70/30 PEN	3	QL(60 per 30 days) MO
<i>glyburide / metformin tabs 1.25mg; 250mg, 2.5mg; 500mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	HUMULIN N	3	QL(60 per 30 days) MO
<i>glyburide / metformin tabs 5mg; 500mg</i>	2	QL(360 per 90 days) MO			
<i>glyburide micronized tabs 1.5mg, 6mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO			

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
HUMULIN N U-100 PEN	3	QL(60 per 30 days) MO	PRANDIN TABS 0.5MG, 1MG	3	QL(360 per 90 days) MO
HUMULIN R	3	QL(60 per 30 days) MO	PRANDIN TABS 2MG	3	QL(720 per 90 days) MO
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	QL(60 per 30 days) MO	PROGLYCEM	3	MO
JANUMET	3	QL(180 per 90 days) MO	SYMLIN	4	QL(60 per 90 days)
JANUVIA	3	QL(90 per 90 days) MO	SYMLINPEN 120	4	QL(33 per 90 days) MO
KOMBIGLYZE XR TB24 1000MG; 5MG, 500MG; 5MG	3	QL(90 per 90 days) MO	SYMLINPEN 60	4	QL(33 per 90 days) MO
KOMBIGLYZE XR TB24 1000MG; 2.5MG	3	QL(180 per 90 days) MO	<i>tolazamide</i>	2	MO
LANTUS	3	QL(30 per 30 days) MO	<i>tolbutamide</i>	2	MO
LANTUS SOLOSTAR	3	QL(30 per 30 days) MO	<b>MISCELLANEOUS HORMONES</b>		
<i>metformin hcl er tb24 500mg</i>	1	QL(450 per 90 days) MO	ALDURAZYME	5	B/D LA PA MO
<i>metformin hcl er tb24 750mg</i>	2	QL(270 per 90 days) MO	ANADROL-50	4	PA MO
<i>metformin hcl tabs 1000mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	ANDRODERM	3	PA MO
<i>metformin hcl tabs 850mg</i>	2	QL(270 per 90 days) MO	ANDROGEL GEL 50MG/5GM	3	PA MO
<i>metformin hcl tabs 500mg</i>	2	QL(360 per 90 days) MO	ANDROID	3	PA MO
<i>nateglinide</i>	2	QL(270 per 90 days) MO	<i>androxy</i>	2	PA MO
			<i>cabergoline</i>	2	MO
			<i>calcitonin-salmon</i>	2	QL(12 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
			KUVAN	5	LA MO
			NAGLAZYME	5	LA MO
			<i>oxandrolone tabs 10mg</i>	5	PA MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/Limits</b> (Requisitos/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/Limits</b> (Requisitos/Limites)
<i>oxandrolone tabs 2.5mg</i>	2	PA MO	<i>atropine sulfate inj 0.1mg/ml</i>	2	
SAMSCA TABS 30MG	5	QL(730 per 365 days)	ATROPINE SULFATE INJ 0.05MG/ML	3	
SAMSCA TABS 15MG	5	MO	<i>dicyclomine hcl caps</i>	2	MO
SENSIPAR TABS 60MG, 90MG	5	QL(1460 per 365 days) MO	<i>dicyclomine hcl inj</i>	2	
SENSIPAR TABS 30MG	3	MO	<i>dicyclomine hcl oral soln</i>	2	MO
SOMAVERT	3	PA QL(90 per 90 days) MO	<i>dicyclomine hcl tabs</i>	2	MO
STIMATE	3	MO	<i>glycopyrrolate</i>	2	MO
SYNAREL	4	MO	<i>loperamide hcl caps</i>	2	MO
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml</i>	2	PA MO	<b>MISCELLANEOUS GASTROINTESTINAL AGENTS</b>		
<i>testosterone enanthate</i>	2	PA MO	AMITIZA	3	MO
ZAVESCA	3	LA	ASACOL	3	MO
ZEMPLAR	3	B/D PA MO	ASACOL HD	3	MO
ZOMETA INJ 4MG/5ML	5	QL(30 per 90 days) MO	<i>balsalazide</i>	2	MO
<b>THYROID HORMONES</b>			CANASA	3	MO
<i>levothyroxine tabs 200mcg, 300mcg</i>	2		CIMZIA	5	PA QL(6 per 28 days) MO
<i>levothyroxine tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1		<i>compro</i>	2	MO
<i>levoxyl tabs 25mcg</i>	1	MO	<i>constulose</i>	2	MO
<i>levoxyl tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	2	MO	CORTIFOAM	3	MO
<i>liothyronine sodium tabs</i>	2	MO	CYSTADANE	3	MO
<i>unithroid tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg</i>	2	MO	DIPENTUM	4	MO
<i>unithroid tabs 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	MO	<i>dronabinol</i>	2	B/D PA MO
<b>GASTROENTEROLOGY</b>			EMEND CAPS 40MG	3	B/D PA QL(3 per 90 days) MO
<b>ANTIDIARRHEALS / ANTISPASMODICS</b>			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
			EMEND CAPS 80MG	3	B/D PA QL(24 per 90 days) MO
			ENTOCORT EC	3	MO
			<i>enulose</i>	2	MO
			GASTROCROM	3	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/Limits</b> (Requisitos/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/Limits</b> (Requisitos/Limites)
<i>gavilyte-c</i>	2	QL(4000 per 30 days) MO	<i>prochlorperazine</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	QL(4000 per 30 days) MO	<i>prochlorperazine edisylate</i>	2	MO
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	QL(4000 per 30 days) MO	<i>prochlorperazine maleate tabs 10mg</i>	2	MO
<i>granisetron inj 0.1mg/ml, 1mg/ml</i>	2	QL(42 per 90 days) MO	<i>prochlorperazine maleate tabs 5mg</i>	1	MO
<i>granisetron tabs</i>	2	B/D PA QL(180 per 90 days) MO	<i>procto-pak</i>	2	MO
<i>hydrocortisone enem</i>	2	MO	<i>proctosol hc</i>	2	MO
<i>lactulose</i>	2	MO	<i>proctozone-hc</i>	2	MO
LOTRONEX	3	QL(180 per 90 days) MO	RELISTOR	3	MO
<i>meclizine hcl</i>	2	MO	REMICADE	5	PA MO
<i>mesalamine enem</i>	2	MO	SANCUSO	3	QL(6 per 90 days) MO
<i>metoclopramide inj</i>	2	MO	<i>sulfasalazine tabs</i>	2	MO
<i>metoclopramide oral soln</i>	2	MO	<i>sulfazine ec</i>	2	
<i>metoclopramide tabs</i>	1	MO	TRANSDERM-SCOP	4	MO
<i>ondansetron hcl inj 4mg/2ml</i>	2	MO	<i>trilyte</i>	2	QL(4000 per 30 days) MO
<i>ondansetron hcl oral soln</i>	2	B/D PA MO	<i>ursodiol</i>	2	MO
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	2	B/D PA QL(21 per 90 days) MO	ZENPEP CPEP 109000UNIT; 20000UNIT; 68000UNIT; 55000UNIT; 10000UNIT; 34000UNIT; 82000UNIT; 15000UNIT; 51000UNIT ZUPLENZ	3	B/D PA QL(135 per 90 days) MO
<i>ondansetron hcl tabs 4mg, 8mg</i>	2	B/D PA QL(135 per 90 days) MO	<b>ULCER THERAPY</b>		
<i>ondansetron odt</i>	2	B/D PA QL(135 per 90 days) MO	CARAFATE SUSP	3	MO
PENTASA	3	MO	DEXILANT	4	QL(90 per 90 days) ST MO
<i>polyethylene glycol 3350 powd</i>	2	QL(1054 per 30 days) 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
			<i>lansoprazole</i>	2	QL(180 per 90 days) MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
<i>lansoprazole odt</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	ARANESP INJ 300MCG/0.6ML, 60MCG/0.3ML	3	PA QL(7.2 per 90 days) MO
<i>misoprostol</i>	2	MO	ARANESP INJ 40MCG/0.4ML	3	PA QL(9.6 per 90 days) MO
NEXIUM I.V. INJ 20MG	3		ARANESP INJ 25MCG/0.42ML	3	PA QL(10.08 per 90 days) MO
NEXIUM I.V. INJ 40MG	3	MO			
<i>nizatidine</i>	2	MO			
<i>omeprazole cpdr 40mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	ARANESP INJ 100MCG/ML, 200MCG/ML, 300MCG/ML	3	PA QL(12 per 90 days) MO
<i>omeprazole cpdr 10mg, 20mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	ARANESP INJ 25MCG/ML, 40MCG/ML, 60MCG/ML	3	PA QL(24 per 90 days) MO
<i>omeprazole/sodium bicarbonate</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	ARCALYST	5	LA MO
PREVPAC	4	MO	AVONEX	5	PA QL(12 per 90 days) MO
PYLERA	3	MO	BETASERON	5	PA QL(45 per 90 days) MO
<i>ranitidine hcl caps</i>	2	MO			
<i>ranitidine hcl syrup</i>	2	MO	EPOGEN INJ 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA QL(36 per 90 days) MO
<i>ranitidine hcl tabs 300mg</i>	2	MO	EPOGEN INJ 10000UNIT/ML	4	PA QL(72 per 90 days) MO
<i>ranitidine hcl tabs 150mg</i>	1	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	INTRON-A INJ 3MU/0.2ML	3	PA
ARANESP INJ 500MCG/ML	3	PA QL(3 per 90 days) MO	INTRON-A INJ 6000000UNIT/ML	3	PA MO
ARANESP INJ 150MCG/0.3ML	3	PA QL(3.6 per 90 days) MO	INTRON-A INJ 10MU/0.2ML, 5MU/0.2ML	5	PA
ARANESP INJ 200MCG/0.4ML	3	PA QL(4.8 per 90 days) MO	INTRON-A WITH DILUENT INJ 10MU	5	PA MO
ARANESP INJ 100MCG/0.5ML	3	PA QL(6 per 90 days) MO	LEUKINE	5	PA MO
			MOZOBIL	5	QL(4.8 per 90 days) MO
			NEULASTA	4	PA QL(3.6 per 90 days) MO

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



<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/Limits</b> (Requisitos/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>Drug Tier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Requirements/Limits</b> (Requisitos/Limites)
<b>MUSCULOSKELETAL / RHEUMATOLOGY</b>			<b>MUSCULOSKELETAL / RHEUMATOLOGY</b>		
<b>GOUT THERAPY</b>			<b>GOUT THERAPY</b>		
<i>allopurinol tabs</i>	1	MO	HUMIRA INJ 40MG/0.8ML	5	PA QL(4.8 per 90 days) MO
COLCRYS	3	QL(360 per 90 days) MO	HUMIRA PEN-CROHNS DISEASE STARTER	5	PA MO
<i>probenecid</i>	2	MO	<i>leflunomide</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>probenecid / colchicine</i>	2	MO	RIDAURA	4	MO
ULORIC	3	MO	SAVELLA	3	QL(180 per 90 days) MO
<b>OSTEOPOROSIS THERAPY</b>			<b>OSTEOPOROSIS THERAPY</b>		
ACTONEL TABS 150MG	4	QL(3 per 90 days) ST MO	SAVELLA TITRATION PACK	3	MO
ACTONEL TABS 35MG	4	QL(12 per 90 days) ST MO	SIMPONI	5	PA QL(1 per 30 days) MO
ACTONEL TABS 5MG	4	QL(90 per 90 days) ST MO	<b>OBSTETRICS / GYNECOLOGY</b>		
<i>alendronate sodium tabs 35mg, 70mg</i>	2	QL(12 per 90 days) MO	<b>ESTROGENS / PROGESTINS</b>		
<i>alendronate sodium tabs 10mg, 5mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	ALORA	3	MO
BONIVA TABS	3	B/D PA MO	<i>camila</i>	2	MO
EVISTA	3	QL(90 per 90 days) MO	CLIMARA PRO	3	MO
FORTEO	3	QL(7.2 per 90 days) ST MO	COMBIPATCH	3	MO
<b>OTHER RHEUMATOLOGICALS</b>			CRINONE GEL 4%	3	MO
CUPRIMINE	3	MO	CRINONE GEL 8%	3	PA MO
DEPEN TITRATABS	3	MO	DEPO-PROVERA	3	MO
ENBREL	5	PA QL(600 per 90 days) MO	DEPO-SUBQ PROVERA 104	4	MO
HUMIRA INJ 20MG/0.4ML	5	PA QL(2.4 per 90 days) MO	DIVIGEL GEL 1MG/GM	3	MO
			<i>errin</i>	2	MO
			ESTRADERM	3	MO
			<i>estradiol / norethindrone acetate tabs 1mg; 0.5mg</i>	2	MO
			<i>estradiol ptwk</i>	2	
			<i>estradiol tabs</i>	1	MO
			ESTRING	4	QL(1 per 90 days) MO
			<i>estropipate tabs 0.75mg, 1.5mg</i>	1	MO
			<i>estropipate tabs 3mg</i>	2	MO
			<i>jolivette</i>	2	MO
			<i>medroxyprogesterone acetate inj</i>	2	MO
			<i>medroxyprogesterone acetate tabs 10mg, 2.5mg</i>	2	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 5mg</i>	1	MO	<i>gianvi</i>	2	MO
MENOSTAR	4	MO	<i>junel</i>	2	MO
<i>nora-be</i>	2	MO	<i>junel fe 1.5/30</i>	2	MO
<i>norethindrone tabs 5mg</i>	2	MO	<i>junel fe 1/20</i>	2	MO
<i>ortho-est</i>	2		<i>kariva</i>	2	MO
PREFEST	4	MO	<i>kelnor 1/35</i>	2	MO
PREMARIN TABS	3	MO	<i>leena</i>	2	MO
PREMARIN W/APPLICATOR	3	MO	<i>lessina-28</i>	2	MO
PREMPHASE	3	MO	<i>levora</i>	2	MO
PREMPRO	3	MO	<i>low-ogestrel</i>	2	MO
PROMETRIUM	3	MO	<i>luteru</i>	2	MO
VAGIFEM	3	MO	<i>microgestin 1.5/30</i>	2	MO
VIVELLE-DOT	3	MO	<i>microgestin 1/20</i>	2	MO
<b>MISCELLANEOUS OB/GYN</b>			<i>microgestin fe</i>	2	MO
CLEOCIN SUPP	3	MO	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	2	MO
<i>clindamycin phosphate crea</i>	2	MO	<i>mononessa</i>	2	MO
GYNAZOLE-1	3		<i>necon 0.5/35-28</i>	2	MO
LYSTEDA	4	QL(120 per 90 days)	<i>necon 1/35-28</i>	2	MO
<i>metronidazole vaginal</i>	2	MO	<i>necon 10/11-28</i>	2	MO
<i>miconazole 3</i>	2	MO	<i>necon 7/7/7</i>	2	MO
NUVARING	4	MO	<i>next choice</i>	2	
ORTHO EVRA	4	MO	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	MO
<i>terconazole</i>	2	MO	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	2	MO
<i>vandazole</i>	2	MO	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	2	MO
<i>zazole crea 0.4%</i>	2	MO	<i>nortrel 7/7/7</i>	2	MO
<b>ORAL CONTRACEPTIVES / RELATED AGENTS</b>			<i>ogestrel</i>	2	MO
<i>apri</i>	2	MO	<i>portia-28</i>	2	MO
<i>aranelle</i>	2	MO	<i>previfem</i>	2	MO
<i>aviane</i>	2	MO	<i>quasense</i>	2	MO
<i>balziva</i>	2	MO	<i>reclipsen</i>	2	MO
<i>cesia</i>	2	MO	<i>solia</i>	2	MO
<i>cryselle-28</i>	2	MO	<i>sprintec 28</i>	2	MO
<i>cyclafem 1/35</i>	2	MO	<i>sronyx</i>	2	MO
<i>cyclafem 7/7/7</i>	2	MO	<i>tri-legest fe</i>	2	MO
ELLA	3		<i>tri-previfem</i>	2	MO
<i>enpresse-28</i>	2	MO	<i>tri-sprintec</i>	2	MO
			<i>trinessa</i>	2	MO
			<i>trivora-28</i>	2	MO
			<i>velivet</i>	2	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
<i>zovia 1/35e</i>	2	MO	<i>levobunolol hcl ophthalmic soln 0.5%</i>	2	MO
<i>zovia 1/50e</i>	2	MO	<i>metipranolol</i>	2	MO
<b>OXYTOCICS</b>			<i>timolol maleate</i>	2	MO
METHERGINE TABS	3		<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
CILOXAN OINT	3	MO	<b>MISCELLANEOUS OPHTHALMOLOGICS</b>		
<i>ciprofloxacin ophthalmic soln</i>	2	MO	ALOCRI	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	LACRISERT	3	MO
NATACYN	3	MO	PATADAY	3	MO
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	2	MO	PATANOL	3	MO
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	2	MO	RESTASIS	3	MO
<i>ofloxacin</i>	2	MO	<b>NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS</b>		
<i>romycin</i>	2	MO	ACUVAIL	3	MO
<i>tobramycin ophthalmic soln</i>	1	MO	<i>diclofenac sodium</i>	2	MO
<i>tobrasol</i>	2		<i>flurbiprofen sodium</i>	2	MO
TOBEX OINT	3	MO	<i>ketorolac tromethamine ophthalmic soln</i>	2	MO
<i>trimethoprim sulfate/polymyxin b sulfate</i>	2	MO	NEVANAC	3	MO
VIGAMOX	3	MO	<b>ORAL DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
ZYMAR	3	MO	<i>acetazolamide</i>	2	MO
ZYMAXID	3	MO	<i>acetazolamide er</i>	2	MO
<b>ANTIVIRALS</b>			<i>acetazolamide sodium</i>	2	
<i>trifluridine</i>	2	MO	<i>methazolamide</i>	2	MO
ZIRGAN	4	MO	<b>OTHER GLAUCOMA DRUGS</b>		
<b>BETA-BLOCKERS</b>			AZOPT	3	MO
<i>betaxolol hcl</i>	2	MO	COMBIGAN	3	MO
<i>carteolol hcl</i>	2	MO	<i>dorzolamide hcl</i>	2	MO
ISTALOL	3	MO			
<i>levobunolol hcl ophthalmic soln 0.25%</i>	1	MO			

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	MO	<b>ANTIHISTAMINE / ANTIALLERGENIC AGENTS</b>		
LUMIGAN	3	MO	<i>carbinoxamine maleate</i>	2	MO
<b>STEROID-ANTIBIOTIC COMBINATIONS</b>			<i>cetirizine hcl syrup</i>	2	MO
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	2	MO	CLARINEX REDITABS	3	QL(90 per 90 days) MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	2	MO	CLARINEX SYRP	3	MO
<i>neomycin/polymyxin/hc poly-dex oint</i>	2	MO	CLARINEX TABS	3	QL(90 per 90 days) MO
<i>poly-dex susp</i>	2		CLARINEX-D 12 HOUR	3	QL(180 per 90 days) MO
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	2	MO	CLARINEX-D 24 HOUR	3	QL(90 per 90 days) MO
ZYLET	3	MO	<i>clemastine fumarate syrup</i>	2	MO
<b>STEROID-SULFONAMIDE COMBINATIONS</b>			<i>clemastine fumarate tabs 2.68mg</i>	2	MO
<i>sulfacetamide sodium / prednisolone sodium phosphate</i>	2	MO	<i>epinephrine hcl inj 0.1mg/ml</i>	2	
<b>STERIODS</b>			EPIPEN	3	MO
ALREX	3	MO	EPIPEN-JR	3	MO
<i>dexamethasone ophthalmic soln</i>	2	MO	<i>fexofenadine hcl tabs 180mg</i>	2	QL(90 per 90 days)
<i>fluorometholone</i>	2	MO	<i>fexofenadine hcl tabs 30mg, 60mg</i>	2	QL(180 per 90 days)
FML	3	MO	<i>hydroxyzine hcl</i>	2	MO
FML FORTE	3	MO	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
LOTEMAX SUSP	3	MO	<i>palgic liqd</i>	2	MO
<i>prednisolone acetate</i>	2	MO	<i>phenadoz</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic soln</i>	2	MO	<i>promethazine hcl inj 25mg/ml</i>	2	
<b>SULFONAMIDES</b>			<i>promethazine hcl inj 50mg/ml</i>	2	MO
BLEPH-10	3	MO	<i>promethazine hcl supp</i>	2	MO
<i>sodium sulfacetamide</i>	2	MO	<i>promethazine hcl syrup</i>	2	MO
<b>SYMPATHOMIMETICS</b>			<i>promethazine hcl tabs</i>	2	MO
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLN 0.1%	3	MO	<i>promethazine hcl tabs</i>	2	MO
<i>apraclonidine</i>	2	MO	<i>promethazine hcl tabs</i>	2	MO
<i>brimonidine tartrate ophthalmic soln 0.2%</i>	2	MO	<i>promethazine hcl tabs</i>	2	MO
IOPIDINE OPHTHALMIC SOLN 1%	4	MO	<i>promethazine hcl tabs</i>	2	MO
<b>VASOCONSTRICTOR DECONGESTANTS</b>			<i>promethazine hcl tabs</i>	2	MO
<i>ak-con</i>	1	MO	TWINJECT	3	MO
<b>RESPIRATORY AND ALLERGY</b>			<b>PULMONARY AGENTS</b>		
			<i>acetylcysteine</i>	2	B/D PA MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
<i>albuterol sulfate er</i>	2	MO	QVAR	3	QL(64 per 90 days)
<i>albuterol sulfate nebu</i>	2	B/D PA MO			MO
<i>albuterol sulfate syrp</i>	2	MO	REVATIO INJ	5	QL(3375 per 90 days)
<i>albuterol sulfate tabs</i>	2	MO			MO
<i>aminophylline inj</i>	2		REVATIO TABS	5	PA QL(270 per 90 days)
<i>aminophylline tabs</i>	2	MO			MO
ASMANEX 120 METERED DOSES	3	QL(3 per 90 days) MO	SEREVENT DISKUS	3	QL(180 per 90 days)
ASMANEX 14 METERED DOSES	3	QL(3 per 90 days) MO			MO
ASMANEX 30 METERED DOSES	3	QL(3 per 90 days) MO	SINGULAIR	3	QL(90 per 90 days)
ASMANEX 60 METERED DOSES	3	QL(3 per 90 days) MO			MO
ATROVENT HFA	3	QL(77.4 per 90 days) MO	SPIRIVA HANDIHALER	4	QL(90 per 90 days) MO
<i>budesonide susp</i>	2	B/D PA MO	SYMBICORT AERO	3	QL(30.6 per 90 days)
<i>cromolyn sodium nebu</i>	2	B/D PA MO	80MCG/ACT; 4.5MCG/ACT		
DULERA	4	QL(39 per 90 days) MO	SYMBICORT AERO	3	QL(30.6 per 90 days)
ELIXOPHYLLIN	4	MO	160MCG/ACT; 4.5MCG/ACT		MO
<i>flunisolide nasal soln 0.025%</i>	2	MO	<i>terbutaline sulfate</i>	2	MO
<i>fluticasone propionate</i>	2	MO	THEO-24	4	MO
FORADIL AEROLIZER	3	QL(180 per 90 days) MO	<i>theochron tb12 300mg</i>	2	
<i>ipratropium bromide inhalation soln</i>	2	B/D PA MO	<i>theochron tb12 100mg</i>	2	MO
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	B/D PA MO	<i>theophylline er</i>	2	MO
LETAIRIS	5	LA PA QL(90 per 90 days) MO	TRACLEER	5	LA PA QL(180 per 90 days) MO
<i>metaproterenol sulfate</i>	2	MO	XOLAIR	5	PA QL(7.2 per 30 days) MO
PERFOROMIST	3	B/D PA MO	<i>zafirlukast</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
PROAIR HFA	3	QL(51 per 90 days) MO	ZYFLO CR	4	QL(360 per 90 days) MO
PULMOZYME	5	B/D PA MO			

---

## UROLOGICALS

---

## ANTICHOLINERGICS / ANTISPASMODICS

---

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
DETROL LA	3	QL(90 per 90 days) MO	CYSTAGON	3	LA
<i>flavoxate hcl</i>	2	MO	ELMIRON	3	MO
GELNIQUE	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>potassium citrate extended-release</i>	2	MO
<i>oxybutynin er tb24 5mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	<b>VITAMINS, HEMATINICS / ELECTROLYTES</b>		
<i>oxybutynin er tb24 10mg, 15mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	<b>ELECTROLYTES</b>		
<i>oxybutynin syrp</i>	2	MO	<i>calcium acetate</i>	2	MO
<i>oxybutynin tabs</i>	1	QL(360 per 90 days) MO	<i>eliphos</i>	2	MO
OXYTROL	3	QL(32 per 90 days) MO	K-TABS	4	MO
TOVIAZ	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	2	
<i>tropium chloride</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>kcl 0.15%/d5w/lr</i>	2	
<b>BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA(BPH) THERAPY</b>			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	
<b>CHOLINERGIC STIMULANTS</b>			<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	2	
<i>bethanechol chloride</i>	2	MO	<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	2	
<b>MISCELLANEOUS UROLOGICALS</b>			<i>klor-con 10</i>	2	MO
			<i>klor-con 8</i>	2	MO
			KLOR-CON M15	4	MO
			<i>klor-con m20</i>	2	MO
			LACTATED RINGERS	3	MO
			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	

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Require ments/ Limits</b> (Requisito s/Limites)
POTASSIUM CHLORIDE 0.22% D5W/NACL 0.45%	3		IONOSOL	3	
<i>potassium chloride 0.224%/d5w</i>	2		ISOLYTE	3	
POTASSIUM CHLORIDE 0.3%/NACL 0.9%	3		KCL 0.15%/D10W/NACL 0.2%	3	
<i>potassium chloride 0.3%/d5w</i>	2		LIPOSYN III INJ 1.8%; 2.5%; 30%	3	
<i>potassium chloride er cpr</i>	2	MO	NEPHRAMINE	3	
<i>potassium chloride er tbc 10meq</i>	2		NORMOSOL	3	
<i>potassium chloride er tbc 20meq</i>	2	MO	PLASMA-LYTE	3	
<i>potassium chloride inj 10meq/100ml, 10meq/50ml, 2meq/ml</i>	2		PREMASOL INJ 56MEQ/L; 320MG/100ML; 730MG/100ML; 190MG/100ML; 3MEQ/L; 20MG/100ML; 300MG/100ML; 220MG/100ML; 290MG/100ML; 490MG/100ML; 840MG/100ML; 490MG/100ML; 200MG/100ML; 290MG/100ML; 410MG/100ML; 230MG/100ML; 5MEQ/L; 15MG/100ML; 250MG/100ML; 120MG/100ML; 140MG/100ML; 470MG/100ML	3	
POTASSIUM CHLORIDE INJ 0.4MEQ/ML, 30MEQ/100ML	3		<i>premasol inj 52meq/l; 1760mg/100ml; 880mg/100ml; 34meq/l; 1760mg/100ml; 372mg/100ml; 406mg/100ml; 526mg/100ml; 492mg/100ml; 492mg/100ml; 526mg/100ml; 356mg/100ml; 356mg/100ml; 390mg/100ml; 34mg/100ml; 152mg/100ml</i>	2	
<i>ringers injection</i>	2		TRAVASOL	3	
<i>sodium bicarbonate inj 7.5%, 8.4%</i>	2		TROPHAMINE	3	
<i>sodium chloride 0.45% viaflex</i>	2	MO			
<i>sodium chloride inj 3%, 5%</i>	2				
<i>sodium chloride inj 2.5meq/ml</i>	2	MO			
<b>MISCELLANEOUS NUTRITION PRODUCTS</b>			<b>VITAMINS / HEMATINICS</b>		
AMINOSYN	3		<i>prenatal vitamins (generic)</i>	1	
AMINOSYN II	3		<i>sodium fluoride tabs</i>	2	MO
AMINOSYN II M	3				
AMINOSYN-HBC	3				
AMINOSYN-HF	3				
AMINOSYN-PF	3				
AMINOSYN-PF 7%	3				
CLINIMIX / DEXTROSE	3				
DEXTROSE 5%	3				
/ELECTROLYTE #48 VIAFLEX	3				
FREAMINE III	3				
HEPATAMINE	3				
HEPATASOL	3				
INTRALIPID INJ 1.7%; 30%	3				
<i>intralipid inj 2.25%; 20%</i>	2				

## Index of Drugs

8-MOP, 21  
ABILIFY, 13  
ABILIFY DISCMELT, 13  
ABRAXANE, 7  
*acarbose*, 24  
*acebutolol*, 16  
*acetaminophen / codeine*, 11  
*acetaminophen/codeine #3*, 11  
*acetaminophen/codeine #4*, 11  
*acetasol hc*, 24  
*acetazolamide*, 33  
*acetazolamide er*, 33  
*acetazolamide sodium*, 33  
*acetic acid*, 24  
*acetylcysteine*, 34  
ACTHIB, 30  
*acticin*, 22  
ACTIMMUNE, 29  
ACTONEL, 23, 31  
ACTOPLUS MET, 24  
ACTOS, 24  
ACUVAIL, 33  
*acyclovir*, 3  
ADACEL, 30  
ADAGEN, 23  
*adapalene*, 21  
*adriamycin*, 7  
*afeditab cr*, 16  
AFINITOR, 7  
AGGRENOX, 19  
*a-hydrocort*, 24  
*ak-con*, 34  
*ak-tob*, 33  
*ala-cort*, 22  
ALBENZA, 5  
*albuterol sulfate*, 35  
*albuterol sulfate er*, 35  
*alclometasone dipropionate*, 22  
ALCOHOL PREPS, 24  
ALDURAZYME, 26  
*alendronate sodium*, 23, 31  
ALIMTA, 7  
ALINIA, 5  
*allopurinol*, 31  
ALOCRIL, 33  
ALORA, 31  
ALPHAGAN P, 34  
ALREX, 34  
ALTABAX, 21  
*amantadine*, 3  
*amcinonide*, 22  
*a-methapred*, 24  
*amifostine*, 7  
*amikacin sulfate*, 5  
*amiloride*, 17  
*amiloride/hydrochlorothiazide*, 17  
*aminophylline*, 35  
AMINOSYN, 37  
AMINOSYN II, 37  
AMINOSYN II M, 37  
AMINOSYN-HBC, 37  
AMINOSYN-HF, 37  
AMINOSYN-PF, 37  
AMINOSYN-PF 7%, 37  
*amiodarone*, 16  
AMITIZA, 27  
*amitriptyline*, 13  
*amlodipine*, 17  
*amlodipine / benazepril*, 17  
*ammonium lactate*, 21  
*amnestem*, 21  
*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  
ANADROL-50, 26  
*anagrelide hydrochloride*, 23  
*anastrozole*, 7  
ANCOBON, 3  
ANDRODERM, 26



ANDROGEL, 26  
 ANDROID, 26  
*androxy*, 26  
 ANTABUSE, 23  
 APOKYN, 10  
*apraclonidine*, 34  
*apri*, 32  
 APTIVUS, 3  
 ARALAST NP, 23  
*aranelle*, 32  
 ARANESP, 29  
 ARCALYST, 29  
 ARIXTRA, 19  
 ARRANON, 7  
 ARTHROTEC 50, 12  
 ARTHROTEC 75, 12  
 ARZERRA, 7  
 ASACOL, 27  
 ASACOL HD, 27  
*ascomp/codeine*, 12  
 ASMANEX 120 METERED DOSES, 35  
 ASMANEX 14 METERED DOSES, 35  
 ASMANEX 30 METERED DOSES, 35  
 ASMANEX 60 METERED DOSES, 35  
 ASTEPRO, 23  
*atenolol*, 17  
*atenolol / chlorthalidone*, 17  
 ATRIPLA, 3  
*atropine sulfate*, 27  
 ATROVENT HFA, 35  
*augmented betamethasone dipropionate*, 22  
 AVANDAMET, 24  
 AVASTIN, 7  
 AVELOX, 6  
 AVELOX ABC PACK, 6  
*aviane*, 32  
*avita*, 21  
 AVONEX, 29  
 AZACTAM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE, 5  
 AZASITE, 33  
*azathioprine*, 7  
*azathioprine sodium*, 7  
*azelastine hcl*, 23, 33  
 AZELEX, 21  
 AZILECT, 10  
*azithromycin*, 5  
 AZOPT, 33  
*aztreonam*, 5  
*bacitracin*, 33  
*bacitracin / polymyxin b*, 33  
*baclofen*, 11  
 BACTROBAN, 21  
 BACTROBAN NASAL, 23  
*balsalazide*, 27  
*balziva*, 32  
 BANZEL, 10  
 BARACLUDGE, 3  
 BD INSULIN SYRINGE  
     SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2, 24  
 BD INSULIN SYRINGE  
     ULTRAFINE/0.3ML/31G X 5/16, 24  
 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, 33  
*betamethasone dipropionate*, 22  
*betamethasone valerate*, 22  
 BETASERON, 29  
*betaxolol hcl*, 17, 33  
*bethanechol chloride*, 36  
*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, 34

BONIVA, 31  
 BOOSTRIX, 30  
*brimonidine tartrate*, 34  
*bromocriptine mesylate*, 10  
*budeprion sr*, 13  
*budeprion xl*, 13  
*budesonide*, 35  
*bumetanide*, 17  
 BUPHENYL, 23  
 BUPRENEX, 12  
*buprenorphine hcl*, 12  
*buproban*, 23  
*bupropion hcl*, 13  
*bupropion hcl sr*, 13  
*bupirone hcl*, 13  
 BUSULFEX, 7  
*butorphanol tartrate*, 12  
 BYETTA, 25  
 BYSTOLIC, 17  
*cabergoline*, 26  
*calcipotriene*, 21  
*calcitonin-salmon*, 26  
*calcitriol*, 26  
*calcium acetate*, 36  
*camila*, 31  
 CAMPATH, 7  
 CAMPRAL, 23  
 CANASA, 27  
 CAPASTAT SULFATE, 5  
 CAPEX, 22  
*captopril*, 17  
*captopril/hydrochlorothiazide*, 17  
 CARAC, 21  
 CARAFATE, 28  
*carbamazepine*, 10  
*carbamazepine er*, 10  
 CARBATROL, 10  
*carbidopa / levodopa*, 10  
*carbidopa/levodopa cr*, 10  
*carbidopa/levodopa odt*, 10  
*carbidopa/levodopa sr*, 10  
*carbinoxamine maleate*, 34  
*carboplatin*, 7  
 CARMOL-HC, 21  
*carteolol hcl*, 33  
*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  
*cefprozime proxetil*, 4  
*ceftazidime*, 4  
*ceftriaxone sodium*, 4  
*cefuroxime axetil*, 4  
*cefuroxime sodium*, 4  
 CELEBREX, 12  
 CELLCEPT, 7  
 CELLCEPT INTRAVENOUS, 7  
 CELONTIN, 10  
*cephalexin*, 4  
 CEREZYME, 26  
 CERVARIX, 30  
*cesia*, 32  
*cetirizine hcl*, 34  
 CHANTIX, 23  
 CHEMET, 23  
*chlordiazepoxide/amitriptyline*, 13  
*chlorhexidine gluconate oral rinse*, 23  
*chloroquine*, 5  
*chlorothiazide*, 17  
*chlorothiazide sodium*, 17  
*chlorpromazine*, 13  
*chlorthalidone*, 17  
*cholestyramine light*, 20  
*ciclopirox*, 21  
*ciclopirox nail lacquer*, 21  
*ciclopirox olamine*, 21  
*cilostazol*, 19  
 CILOXAN, 33  
 CIMZIA, 27

CIPRO HC, 24  
 CIPRODEX, 24  
*ciprofloxacin*, 6, 33  
*cisplatin*, 7  
*citalopram*, 13, 14  
*cladribine*, 7  
*claravis*, 21  
 CLARINEX, 34  
 CLARINEX REDITABS, 34  
 CLARINEX-D 12 HOUR, 34  
 CLARINEX-D 24 HOUR, 34  
*clarithromycin*, 5  
*clarithromycin er*, 5  
*clemastine fumarate*, 34  
 CLEOCIN, 32  
 CLEOCIN GALAXY, 5  
 CLIMARA PRO, 31  
*clindamycin hcl*, 5  
*clindamycin phosphate*, 21, 32  
*clindamycin phosphate add-vantage*, 5  
*clindamycin/benzoyl peroxide*, 21  
 CLINIMIX / DEXTROSE, 23, 37  
*clobetasol propionate*, 22  
 CLOBEX, 22  
 CLOLAR, 7  
*clomipramine*, 14  
*clonidine*, 17  
*clotrimazole*, 3, 21  
*clotrimazole / betamethasone*, 21  
*clozapine*, 14  
 COARTEM, 5  
*codeine sulfate*, 12  
 COLCRYS, 31  
*colestipol*, 20  
*colistimethate sodium*, 5  
 COLY-MYCIN S, 24  
 COMBIGAN, 33  
 COMBIPATCH, 31  
 COMBIVIR, 3  
*compro*, 27  
 COMTAN, 10  
 COMVAX, 30  
 CONDYLOX, 21  
*constulose*, 27  
 COPAXONE, 11  
 CORDRAN TAPE, 22  
 CORTIFOAM, 27  
*cortisone acetate*, 24  
 CORTISPORIN-TC, 24  
*cortomycin*, 24  
 CRINONE, 31  
 CRIXIVAN, 3  
*cromolyn sodium*, 33, 35  
*cryselle-28*, 32  
 CUBICIN, 5  
 CUPRIMINE, 31  
*cyclafem 1/35*, 32  
*cyclafem 7/7/7*, 32  
*cyclobenzaprine hcl*, 11  
*cyclophosphamide*, 7  
*cyclosporine*, 7  
 CYKLOKAPRON, 19  
 CYMBALTA, 14  
 CYSTADANE, 27  
 CYSTAGON, 36  
*cytarabine*, 8  
 CYTARABINE AQUEOUS, 7, 8  
*dacarbazine*, 8  
 DACOGEN, 8  
*danazol*, 26  
*dantrolene sodium*, 11  
 DAPSONE, 5  
 DAPTACEL, 30  
 DARAPRIM, 5  
*daunorubicin hcl*, 8  
 DAUNOXOME, 8  
 DECAVAC, 30  
*demeclocycline hcl*, 6  
 DEMSER, 17  
 DENAVIR, 22  
*depade*, 12  
 DEPEN TITRATABS, 31  
 DEPO-MEDROL, 24  
 DEPO-PROVERA, 31  
 DEPO-SUBQ PROVERA 104, 31  
 DERMA-SMOOTHIE / FS BODY OIL, 22

DERMOTIC, 24  
*desipramine*, 14  
*desmopressin acetate*, 26  
*desonide*, 22  
*desoximetasone*, 22  
 DETROL LA, 36  
*dexamethasone*, 24, 34  
 DEXAMETHASONE INTENSOL, 24  
 DEXILANT, 28  
*dexrazoxane*, 7  
*dextroamphetamine sulfate*, 14  
*dextroamphetamine sulfate er*, 14  
 DEXTROSE 10%/NACL 0.45%, 23  
 DEXTROSE 5% /ELECTROLYTE #48  
     VIAFLEX, 37  
*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*, 12  
*diclofenac sodium*, 12, 33  
*diclofenac sodium ec*, 12  
*diclofenac sodium xr*, 12  
*dicloxacillin sodium*, 6  
*dicyclomine hcl*, 27  
*didanosine*, 3  
 DIFFERIN, 21  
*diflorasone diacetate*, 22  
*diflunisal*, 12  
*digoxin*, 19  
*dihydroergotamine mesylate*, 11  
 DILANTIN, 10  
 DILANTIN INFATABS, 10  
 DILAUDID-5, 12  
*dilt-cd*, 17  
*diltiazem cd*, 17  
 DILTIAZEM HCL, 17  
*diltiazem hcl er*, 17  
*dilt-xr*, 17  
*diltzac*, 17  
 DIOVAN, 17  
 DIOVAN HCT, 17  
 DIPENTUM, 27  
 DIPHThERIA/TETANUS TOXOID  
     PEDIATRIC, 30  
*disopyramide phosphate*, 16  
*divalproex sodium*, 10  
*divalproex sodium er*, 10  
 DIVIGEL, 31  
 DOCETAXEL, 8  
*donepezil hcl*, 11  
*dorzolamide hcl*, 33  
*dorzolamide hcl/timolol maleate*, 34  
*doxazosin*, 17  
*doxepin*, 14  
 DOXIL, 8  
*doxorubicin hcl*, 8  
*doxycycline hyclate*, 7  
*doxycycline monohydrate*, 7  
*dronabinol*, 27  
 DROXIA, 8  
 DUETACT, 25  
 DULERA, 35  
*duramorph*, 12  
*e.e.s. 400*, 5  
 E.E.S. GRANULES, 5  
*econazole nitrate*, 21  
 EDECRIN, 17  
 EDURANT, 3  
 EFFIENT, 19  
 ELIDEL, 21  
*eliphos*, 36  
 ELITEK, 7  
 ELIXOPHYLLIN, 35  
 ELLA, 32  
 ELLENCE, 8  
 ELMIRON, 36  
 ELOXATIN, 8  
 ELSPAR, 8  
 EMBEDA, 12

EMCYT, 8  
 EMEND, 27  
 EMSAM, 14  
 EMTRIVA, 3  
*enalapril*, 17, 18  
*enalapril / hydrochlorothiazide*, 17  
 ENBREL, 31  
*endocet*, 12  
 ENGERIX-B, 30  
*enoxaparin sodium*, 19  
*enpresse-28*, 32  
 ENTOCORT EC, 27  
*enulose*, 27  
*epinephrine hcl*, 34  
 EPIPEN, 34  
 EPIPEN-JR, 34  
*epirubicin hcl*, 8  
*epitol*, 10  
 EPIVIR, 3  
 EPIVIR HBV, 3  
*eplerenone*, 18  
 EPOGEN, 29  
 EPZICOM, 3  
 EQUETRO, 10  
 ERAXIS, 3  
 ERBITUX, 8  
*ergotamine tartrate / caffeine*, 11  
*errin*, 31  
*ery*, 21  
 ERY-TAB, 5  
 ERYTHROCIN LACTOBIONATE, 5  
*erythrocine stearate*, 5  
*erythromycin*, 21, 33  
*erythromycin / benzoyl peroxide*, 21  
 ERYTHROMYCIN BASE, 5  
*erythromycin/sulfisoxazole*, 5  
 ESTRADERM, 31  
*estradiol*, 31  
*estradiol / norethindrone acetate*, 31  
 ESTRING, 31  
*estropipate*, 31  
*ethambutol*, 5  
*ethosuximide*, 10  
*etidronate disodium*, 23  
*etodolac*, 12  
 ETOPOPHOS, 8  
*etoposide*, 8  
 EURAX, 22  
 EVISTA, 31  
 EVOXAC, 23  
 EXALGO, 12  
 EXELON, 11  
*exemestane*, 8  
 EXFORGE, 18  
 EXFORGE HCT, 18  
 EXJADE, 23  
 FABRAZYME, 26  
*famciclovir*, 3  
*famotidine*, 28  
*famotidine premixed*, 28  
 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*, 34  
 FINACEA, 21  
*finasteride*, 36  
 FIRMAGON, 8  
*flavoxate hcl*, 36  
*flecainide acetate*, 16  
 FLECTOR, 13  
*fluconazole*, 3  
*fluconazole in dextrose*, 3  
*fludarabine phosphate*, 8  
*fludrocortisone acetate*, 24  
*flunisolide*, 35  
*fluocinolone acetonide*, 22

*fluocinonide*, 22  
*fluocinonide emollient base*, 22  
*fluorometholone*, 34  
 FLUOROPLEX, 21  
*fluorouracil*, 8, 21  
*fluoxetine*, 14  
*fluoxetine dr*, 14  
*fluphenazine*, 14  
*fluphenazine decanoate inj*, 14  
*flurbiprofen*, 13  
*flurbiprofen sodium*, 33  
*flutamide*, 8  
*fluticasone propionate*, 22, 35  
*fluvoxamine*, 14  
 FML, 34  
 FML FORTE, 34  
 FOCALIN XR, 14  
 FORADIL AEROLIZER, 35  
 FORTAZ, 4  
 FORTEO, 31  
*fortical*, 26  
*foscarnet sodium*, 3  
*fosinopril*, 18  
*fosinopril / hydrochlorothiazide*, 18  
 FOSRENOL, 23  
 FRAGMIN, 19  
 FREAMINE III, 37  
*furosemide*, 18  
 FUZEON, 3  
*gabapentin*, 10  
 GABITRIL, 10  
*galantamine hydrobromide*, 11  
*ganciclovir*, 3  
 GARDASIL, 30  
 GASTROCROM, 27  
 GAUZE PADS 2, 25  
*gavilyte-c*, 28  
*gavilyte-g*, 28  
*gavilyte-n/ flavor pack*, 28  
 GELNIQUE, 36  
*gemcitabine hcl*, 8  
*gemfibrozil*, 20  
*gengraf*, 8  
*gentak*, 33  
*gentamicin sulfate*, 5, 21, 33  
*gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride*, 5  
*gentamicin sulfate/sodium chloride*, 5  
*gentasol*, 33  
 GEODON, 14  
*gianvi*, 32  
 GILENYA, 11  
 GLEEVEC, 8  
*glimepiride*, 25  
*glipizide*, 25  
*glipizide / metformin*, 25  
*glipizide er*, 25  
 GLUCAGEN HYPOKIT, 25  
 GLUCAGON EMERGENCY KIT, 25  
*glyburide*, 25  
*glyburide / metformin*, 25  
*glyburide micronized*, 25  
*glycopyrrolate*, 27  
*glycron*, 25  
*granisetron*, 28  
*griseofulvin microsize*, 3  
 GRIS-PEG, 3  
*guanfacine hcl*, 18  
 GYNAZOLE-1, 32  
 HALAVEN, 8  
 HALDOL, 14  
 HALDOL DECANOATE 100, 14  
 HALDOL DECANOATE 50, 14  
*halobetasol propionate*, 22  
*haloperidol*, 14  
*haloperidol decanoate inj*, 14  
*haloperidol lactate inj*, 14  
 HAVRIX, 30  
 HEPARIN SODIUM, 19, 20  
*heparin sodium/d5w*, 20  
*heparin sodium/NaCl 0.45%*, 20  
*heparin sodium/sodium chloride 0.9% premix*, 20  
 HEPATAMINE, 37  
 HEPATASOL, 37  
 HEPSERA, 3  
 HERCEPTIN, 8  
 HEXALEN, 8

HIZENTRA, 30  
 HUMALOG, 25  
 HUMALOG KWIKPEN, 25  
 HUMALOG MIX 50/50, 25  
 HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN, 25  
 HUMALOG MIX 75/25, 25  
 HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN, 25  
 HUMIRA, 31  
 HUMIRA PEN-CROHNS DISEASE STARTER,  
 31  
 HUMULIN 70/30, 25  
 HUMULIN 70/30 PEN, 25  
 HUMULIN N, 25  
 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*, 22, 24, 28  
*hydrocortisone butyrate*, 22  
*hydrocortisone valerate*, 22  
*hydrocortisone/acetic acid*, 24  
*hydromorphone hcl*, 12  
*hydroxychloroquine*, 5  
*hydroxyurea*, 8  
*hydroxyzine hcl*, 34  
*ibuprofen*, 13  
*idarubicin hcl*, 8  
 IFEX, 8  
*ifosfamide*, 8  
*ifosfamide/mesna*, 8  
*imipramine*, 14  
*imipramine pamoate*, 14  
*imiquimod*, 21  
 IMOVAX RABIES (H.D.C.V.), 30  
 INCRELEX, 23  
*indapamide*, 18  
*indomethacin*, 13  
*indomethacin er*, 13  
 INFANRIX, 30  
 INFUMORPH 200, 12  
 INFUMORPH 500, 12  
 INTELENCE, 3  
 INTRALIPID, 37  
 INTRON-A, 29  
 INTRON-A WITH DILUENT, 29  
 INVEGA, 15  
 INVEGA SUSTENNA, 14, 15  
 INVIRASE, 3  
 IONOSOL, 37  
 IOPIDINE, 34  
 IPOL INACTIVATED IPV, 30  
*ipratropium bromide*, 23, 35  
*ipratropium bromide/albuterol sulfate*, 35  
*irinotecan*, 8  
 ISENTRESS, 3  
 ISOLYTE, 37  
*isonarif*, 5  
 ISONIAZID, 5  
*isosorbide dinitrate*, 20  
*isosorbide dinitrate er*, 20  
*isosorbide mononitrate*, 20  
*isosorbide mononitrate er*, 20  
*isotonic gentamicin*, 5  
*isradipine*, 18  
 ISTALOL, 33  
 ISTODAX, 8  
*itraconazole*, 3  
 IXEMPRA KIT, 8  
 IXIARO, 30  
 JALYN, 36  
*jantoven*, 20  
 JANUMET, 26  
 JANUVIA, 26  
 JE-VAX, 30  
 JEVTANA, 8  
*jolivette*, 31  
*junel*, 32  
*junel fe 1.5/30*, 32  
*junel fe 1/20*, 32  
 KADIAN, 12  
 KALETRA, 3  
*kariva*, 32

*kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%*, 36  
 KCL 0.15%/D10W/NAACL 0.2%, 37  
*kcl 0.15%/d5w/lr*, 36  
 KCL 0.15%/D5W/NAACL 0.2%, 36  
 KCL 0.15%/D5W/NAACL 0.225%, 36  
*kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%*, 36  
*kcl 0.3%/d5w/lr iv lac ring*, 36  
 KCL 0.3%/D5W/NAACL 0.2%, 36  
*kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%*, 36  
*kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%*, 36  
*kelnor 1/35*, 32  
 KETEK, 5  
*ketoconazole*, 3, 21, 22  
*ketoprofen*, 13  
*ketoprofen er*, 13  
*ketorolac tromethamine*, 33  
*kionex*, 23  
*klor-con 10*, 36  
*klor-con 8*, 36  
 KLOR-CON M15, 36  
*klor-con m20*, 36  
 KOMBIGLYZE XR, 26  
 K-TABS, 36  
 KUVAN, 26  
*labetalol*, 18  
*laclotion*, 21  
 LACRISERT, 33  
 LACTATED RINGERS, 36  
*lactulose*, 28  
*lamotrigine*, 10  
 LANOXIN, 19  
*lansoprazole*, 28  
*lansoprazole odt*, 29  
 LANTUS, 26  
 LANTUS SOLOSTAR, 26  
 LATUDA, 15  
*leena*, 32  
*leflunomide*, 31  
*lessina-28*, 32  
 LETAIRIS, 35  
*letrozole*, 8  
*leucovorin calcium*, 7  
 LEUKERAN, 8  
 LEUKINE, 29  
*leuprolide acetate*, 8  
 LEVAQUIN, 6  
*levetiracetam*, 10  
*levobunolol hcl*, 33  
*levocarnitine*, 23  
*levocetirizine dihydrochloride*, 34  
*levora*, 32  
*levorphanol tartrate*, 12  
*levothyroxine*, 27  
*levoxyl*, 27  
 LEXIVA, 3  
*lidocaine*, 21  
*lidocaine / prilocaine*, 21  
*lidocaine viscous*, 21  
 LINDANE, 22  
*liothyronine sodium*, 27  
 LIPOSYN III, 37  
*lisinopril*, 18  
*lisinopril/hydrochlorothiazide*, 18  
*lithium carbonate*, 15  
*lithium carbonate er*, 15  
*lithium citrate*, 15  
 LOCOID, 22  
 LODOSYN, 10  
*loperamide hcl*, 27  
*losartan potassium*, 18  
*losartan potassium/hydrochlorothiazide*, 18  
 LOTEMAX, 34  
 LOTRONEX, 28  
*lovastatin*, 20  
 LOVAZA, 20  
 LOVENOX, 20  
*low-ogestrel*, 32  
*loxapine*, 15  
 LUMIGAN, 34  
 LUPRON DEPOT, 8  
 LUPRON DEPOT-PED, 8  
*lutra*, 32  
 LUXIQ, 22  
 LYRICA, 10  
 LYSODREN, 8  
 LYSTEDA, 32



MACRODANTIN, 7  
 MAGNESIUM SULFATE, 36  
 MAGNESIUM SULFATE IN D5W, 36  
 MALARONE, 5  
*malathion*, 22  
*maprotiline*, 15  
*margesic-h*, 12  
 MARPLAN, 15  
 MATULANE, 8  
*matzim la*, 18  
 MAXALT-MLT, 11  
*mebendazole*, 5  
*meclizine hcl*, 28  
*meclofenamate sodium*, 13  
*medroxyprogesterone acetate*, 31, 32  
*mefenamic acid*, 13  
*mefloquine hcl*, 5  
 MEGACE ES, 8  
*megestrol acetate*, 8  
*meloxicam*, 13  
*melphalan hydrochloride*, 8  
 MENACTRA, 30  
 MENOMUNE-A/C/Y/W-135, 30  
 MENOSTAR, 32  
 MENVEO, 30  
 MEPRON, 5  
*mercaptopurine*, 8  
*meropenem*, 5  
*mesalamine*, 28  
*mesna*, 7  
 MESNEX, 7  
 MESTINON, 11  
 MESTINON TIMESPAN, 11  
 METADATE CD, 15  
*metaproterenol sulfate*, 35  
*metformin hcl*, 26  
*metformin hcl er*, 26  
*methadone hcl*, 12  
*methadose*, 12  
*methazolamide*, 33  
*methenamine hippurate*, 7  
 METHERGINE, 33  
*methimazole*, 24  
*methotrexate*, 8  
*methotrexate sodium*, 8  
*methyclothiazide*, 18  
*methylphenidate hcl*, 15  
*methylprednisolone*, 24  
*methylprednisolone acetate*, 24  
*methylprednisolone sodiumsuccinate*, 24  
*metipranolol*, 33  
*metoclopramide*, 28  
*metolazone*, 18  
*metoprolol succinate er*, 18  
*metoprolol tartrate*, 18  
*metoprolol/hydrochlorothiazide*, 18  
 METROGEL, 21  
*metronidazole*, 5, 21  
*metronidazole in nacl 0.79%*, 5  
*metronidazole vaginal*, 32  
*mexiletine*, 16  
*miconazole 3*, 32  
*microgestin 1.5/30*, 32  
*microgestin 1/20*, 32  
*microgestin fe*, 32  
*microgestin fe 1.5/30*, 32  
*midodrine*, 23  
*migergot*, 11  
 MIGRANAL, 11  
*minocycline hcl*, 7  
*minocycline hcl er*, 7  
*minoxidil*, 18  
 MIRAPEX ER, 10  
*mirtazapine*, 15  
*mirtazapine odt*, 15  
*misoprostol*, 29  
*mitomycin*, 8  
*mitoxantrone hcl*, 8  
 M-M-R II W/DILUENT 10 DOSE, 30  
*moexipril*, 18  
*moexipril/hydrochlorothiazide*, 18  
*mometasone furoate*, 22  
*mononessa*, 32  
*morphine sulfate*, 12  
*morphine sulfate er*, 12  
 MOZOBIL, 29

MULTAQ, 16  
*mupirocin*, 21  
 MUSTARGEN, 8  
 MYCOBUTIN, 5  
*mycophenolate mofetil*, 8  
 MYFORTIC, 8  
 MYTELASE, 11  
*nabumetone*, 13  
*nadolol*, 18  
*nadolol/bendroflumethiazide*, 18  
*nafcillin sodium*, 6  
 NAFTIN, 22  
 NAGLAZYME, 26  
 NALLPEN/DEXTROSE, 6  
*naloxone*, 13  
*naltrexone*, 13  
 NAMENDA, 11  
 NAMENDA TITRATION PAK, 11  
*naproxen*, 13  
*naproxen sodium*, 13  
*naratriptan hcl*, 11  
 NATACYN, 33  
*nateglinide*, 26  
 NEBUPENT, 5  
*necon 0.5/35-28*, 32  
*necon 1/35-28*, 32  
*necon 10/11-28*, 32  
*necon 7/7/7*, 32  
*nefazodone*, 15  
*neomycin sulfate*, 5  
*neomycin/bacitracin/polymyxin*, 33  
*neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone*, 34  
*neomycin/polymyxin/dexamethasone*, 34  
*neomycin/polymyxin/gramicidin*, 33  
*neomycin/polymyxin/hc*, 24, 34  
 NEORAL, 8  
 NEPHRAMINE, 37  
 NEULASTA, 29  
 NEUMEGA, 30  
 NEUPOGEN, 30  
 NEVANAC, 33  
 NEXAVAR, 8  
 NEXIUM I.V., 29  
*next choice*, 32  
 NIASPAN, 20  
*nicardipine*, 18  
 NICOTROL INHALER, 23  
 NICOTROL NASAL, 23  
*nifediac cc*, 18  
*nifedical xl*, 18  
*nifedipine*, 18  
*nifedipine er*, 18  
 NILANDRON, 8  
*nimodipine*, 18  
 NIPENT, 8  
*nisoldipine*, 18  
*nisoldipine er*, 18  
*nitro-bid*, 20  
 NITRO-DUR, 20  
*nitrofurantoin*, 7  
*nitrofurantoin macrocrystalline*, 7  
*nitrofurantoin monohydrate*, 7  
*nitroglycerin*, 20  
*nitroglycerin transdermal*, 20  
 NITROSTAT, 20  
*nizatidine*, 29  
*nora-be*, 32  
 NORDITROPIN FLEXPPO, 30  
 NORDITROPIN NORDIFLEX PEN, 30  
*norethindrone*, 32  
 NORMOSOL, 36, 37  
 NOROXIN, 6  
 NORPACE CR, 16  
*nortrel 0.5/35 (28)*, 32  
*nortrel 1/35 (21)*, 32  
*nortrel 1/35 (28)*, 32  
*nortrel 7/7/7*, 32  
*nortriptyline*, 15  
 NORVIR, 3  
 NOXAFIL, 3  
 NUEDEXTA, 11  
 NUVARING, 32  
*nyamyc*, 22  
*nystatin*, 3, 22  
*nystatin / triamcinolone*, 22  
*nystop*, 22

*octreotide*, 9  
*ofloxacin*, 6, 24, 33  
*ogestrel*, 32  
*omeprazole*, 29  
*omeprazole/sodium bicarbonate*, 29  
*omnitrope*, 30  
*ondansetron hcl*, 28  
*ondansetron odt*, 28  
ONSOLIS, 12  
ONTAK, 9  
OPANA ER, 12  
ORAP, 15  
ORAVIG, 3  
ORFADIN, 23  
ORTHO EVRA, 32  
*ortho-est*, 32  
*oxaliplatin*, 9  
*oxandrolone*, 26, 27  
*oxaprozin*, 13  
*oxcarbazepine*, 10  
OXSORALEN ULTRA, 21  
*oxybutynin*, 36  
*oxybutynin er*, 36  
*oxycodone / acetaminophen*, 12  
*oxycodone hcl*, 12  
*oxycodone/aspirin*, 12  
OXYCONTIN, 12  
*oxymorphone hydrochloride*, 12  
OXYTROL, 36  
PACERONE, 16  
*paclitaxel*, 9  
*palgic*, 34  
PANDEL, 22  
PANRETIN, 21  
*paromomycin*, 5  
*paroxetine*, 15  
*paroxetine er*, 15  
PASER, 5  
PATADAY, 33  
PATANOL, 33  
PAXIL, 15  
*pedi-dri*, 22  
PEDVAX HIB, 30

PEGANONE, 10  
PEGASYS, 30  
*penicillin g potassium*, 6  
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC  
DEXTROSE, 6  
PENICILLIN G PROCAINE, 6  
PENICILLIN G SODIUM, 6  
*penicillin v potassium*, 6  
PENTASA, 28  
*pentopak*, 20  
*pentostatin*, 9  
*pentoxifylline er*, 20  
PERFOROMIST, 35  
*perindopril erbumine*, 19  
*periogard*, 23  
*permethrin*, 22  
*perphenazine*, 15  
*pfizerpen-g*, 6  
*phenadoz*, 34  
*phenelzine sulfate*, 15  
*phenytoin*, 10  
PHENYTOIN SODIUM, 10  
*phenytoin sodium extended*, 10  
PHISOHEX, 21  
PHOTOFRIN, 9  
*pilocarpine hcl*, 23  
PILOPINE HS, 33  
*pindolol*, 19  
*piperacillin sodium/tazobactam sodium*, 6  
*piroxicam*, 13  
PLASMA-LYTE, 37  
PLAVIX, 20  
*podofilox*, 21  
*poly-dex*, 34  
*polyethylene glycol 3350*, 28  
*portia-28*, 32  
*potassium chloride*, 37  
POTASSIUM CHLORIDE 0.075%/D5W/NACL  
0.225%, 36  
POTASSIUM CHLORIDE 0.15% /NACL 0.45%  
VIAFLEX, 36  
*potassium chloride 0.15% d5w/nacl 0.33%*, 36

*potassium chloride 0.15% d5w/nacl 0.45% viaflex*, 36  
*potassium chloride 0.15% nacl 0.9%*, 36  
 POTASSIUM CHLORIDE 0.15%/D5W, 36  
 POTASSIUM CHLORIDE 0.22% D5W/NACL 0.45%, 37  
*potassium chloride 0.224%/d5w*, 37  
 POTASSIUM CHLORIDE 0.3%/ NACL 0.9%, 37  
*potassium chloride 0.3%/d5w*, 37  
*potassium chloride er*, 37  
*potassium citrate extended-release*, 36  
 PRADAXA, 20  
*pramipexole dihydrochloride*, 10  
 PRANDIN, 26  
*pravastatin*, 20  
*prazosin*, 19  
*prednicarbate*, 22  
*prednisolone acetate*, 34  
*prednisolone sodium phosphate*, 24, 34  
*prednisone*, 24  
 PREDNISONO INTENSOL, 24  
 PREFEST, 32  
 PREMARIN, 32  
 PREMARIN W/APPLICATOR, 32  
 PREMASOL, 37  
 PREMPHASE, 32  
 PREMPRO, 32  
*prenatal vitamins (generic)*, 37  
*prevalite*, 20  
*previfem*, 32  
 PREVPAC, 29  
 PREZISTA, 3  
 PRIMAQUINE, 5  
 PRIMAXIN I.M., 5  
 PRIMAXIN IV, 5  
*primidone*, 10  
 PRIMSOL, 7  
 PRISTIQ, 15  
 PRIVIGEN, 30  
 PROAIR HFA, 35  
*probenecid*, 31  
*probenecid / colchicine*, 31  
*procainamide*, 16  
*prochlorperazine*, 28  
*prochlorperazine edisylate*, 28  
*prochlorperazine maleate*, 28  
 PROCRT, 30  
*procto-pak*, 28  
*proctosol hc*, 28  
*proctozone-hc*, 28  
 PROGLYCEM, 26  
 PROGRAF, 9  
 PROLASTIN, 23  
 PROLEUKIN, 30  
 PROMACTA, 20  
*promethazine hcl*, 34  
*promethegan*, 34  
 PROMETRIUM, 32  
*propafenone hcl*, 16  
*propafenone hcl er*, 16  
*propranolol hcl*, 19  
*propranolol hcl er*, 19  
*propranolol/hydrochlorothiazide*, 19  
*propylthiouracil*, 24  
 PROQUAD, 30  
 PROTOPIC, 21  
*protriptyline hcl*, 15  
 PROVIGIL, 15  
 PULMOZYME, 35  
 PYLERA, 29  
*pyrazinamide*, 5  
*pyridostigmine bromide*, 11  
 QUALAQUIN, 5  
*quasense*, 32  
*quinapril*, 19  
*quinapril/hydrochlorothiazide*, 19  
*quinidine gluconate er*, 16  
*quinidine sulfate*, 16  
*quinidine sulfate er*, 16  
 QVAR, 35  
 RABAVERT, 30  
*ramipril*, 19  
 RANEXA, 20  
*ranitidine hcl*, 29  
 RAPAFLO, 36  
 RAPAMUNE, 9

REBETOL, 3  
 REBIF, 30  
 REBIF TITRATION PACK, 30  
*reclipsen*, 32  
 RECOMBIVAX HB, 30  
*regonol*, 11  
 REGRANEX, 21  
 RELENZA DISKHALER, 4  
 RELISTOR, 28  
 RELPAX, 11  
 REMICADE, 28  
 REMODULIN, 19  
 RENAGEL, 23  
 RENVELA, 23  
*reprexain*, 12  
 REQUIP XL, 10  
 RESCRIPTOR, 4  
*reserpine*, 19  
 RESTASIS, 33  
 RETROVIR IV INFUSION, 4  
 REVATIO, 35  
 REVLIMID, 9  
 REYATAZ, 4  
 RHEUMATREX, 9  
*ribapak*, 4  
*ribasphere*, 4  
*ribavirin*, 4  
 RIDAURA, 31  
*rifampin*, 5  
 RILUTEK, 23  
*rimantadine hcl*, 4  
*ringers injection*, 37  
 RISPERDAL CONSTA, 15  
*risperidone*, 15  
*risperidone odt*, 15  
 RITALIN LA, 15  
 RITUXAN, 9  
*rivastigmine tartrate*, 11  
*romycin*, 33  
*ropinirole*, 10  
 ROTATEQ, 30  
 ROXICET, 12  
 SABRIL, 10  
 SAMSCA, 27  
 SANCUSO, 28  
 SANDIMMUNE, 9  
 SANDOSTATIN LAR DEPOT, 9  
 SANTYL, 22  
 SAPHRIS, 15  
 SAVELLA, 31  
 SAVELLA TITRATION PACK, 31  
*selegiline*, 10  
*selenium sulfide*, 21  
 SELZENTRY, 4  
 SENSIPAR, 27  
 SEREVENT DISKUS, 35  
 SEROMYCIN, 5  
 SEROQUEL, 15  
*sertraline*, 16  
*silver sulfadiazine*, 21  
 SIMPONI, 31  
 SIMULECT, 9  
*simvastatin*, 20  
 SINGULAIR, 35  
 SKELID, 23  
*sodium bicarbonate*, 37  
*sodium chloride*, 23, 37  
*sodium chloride 0.9%*, 23  
*sodium chloride 0.45% viaflex*, 37  
 SODIUM EDECRIN, 19  
*sodium fluoride*, 37  
*sodium polystyrene sulfonate*, 23  
*sodium sulfacetamide*, 21, 34  
 SOLARAZE, 21  
*solia*, 32  
 SOLU-CORTEF, 24  
 SOLU-MEDROL, 24  
 SOMATULINE DEPOT, 9  
 SOMAVERT, 27  
 SORIATANE, 21  
*sorine*, 16  
*sotalol*, 16  
*sotret*, 21  
 SPIRIVA HANDIHALER, 35  
*spironolactone*, 19  
*spironolactone/hydrochlorothiazide*, 19

SPORANOX, 3  
*sprintec* 28, 32  
 SPRYCEL, 9  
*sronyx*, 32  
*ssd*, 21  
*stagesic*, 12  
 STALEVO 100, 10  
 STALEVO 125, 10  
 STALEVO 150, 10  
 STALEVO 200, 10  
 STALEVO 50, 10  
 STALEVO 75, 10  
*stavudine*, 4  
 STIMATE, 27  
 STRATTERA, 16  
 STREPTOMYCIN SULFATE, 5  
 STROMEKTOL, 5  
 SUBOXONE, 13  
*sucrafate*, 29  
*sulfacetamide sodium / prednisolone sodium*  
     *phospha*, 34  
*sulfadiazine*, 6  
*sulfamethoxazole/trimethoprim*, 6  
*sulfamethoxazole/trimethoprim ds*, 6  
 SULFAMYLON, 21  
*sulfasalazine*, 28  
*sulfazine ec*, 28  
*sulindac*, 13  
*sumatriptan succinate*, 11  
 SUPRAX, 4  
 SURMONTIL, 16  
 SUSTIVA, 4  
 SUTENT, 9  
 SYMBICORT, 35  
 SYMBYAX, 16  
 SYMLIN, 26  
 SYMLINPEN 120, 26  
 SYMLINPEN 60, 26  
 SYNAREL, 27  
 SYPRINE, 23  
 TABLOID, 9  
*tacrolimus*, 9  
 TAMIFLU, 4  
*tamoxifen citrate*, 9  
*tamsulosin hcl*, 36  
 TARCEVA, 9  
 TARGRETIN, 9  
 TASIGNA, 9  
 TAXOTERE, 9  
 TAZICEF, 4  
 TAZORAC, 21  
*taztia xt*, 19  
 TEFLARO, 4  
 TEGRETOL-XR, 10  
 TEKAMLO, 19  
 TEKTURNA, 19  
 TEKTURNA HCT, 19  
*terazosin hcl*, 19  
*terbinafine*, 3  
*terbutaline sulfate*, 35  
*terconazole*, 32  
*testosterone cypionate*, 27  
*testosterone enanthate*, 27  
 TETANUS / DIPHTHERIA TOXOIDS-  
     ADSORBED ADULT, 30  
 TETANUS TOXOID ADSORBED, 30  
*tetracycline hcl*, 7  
 TEV-TROPIN, 30  
 THALOMID, 9  
 THEO-24, 35  
*theochron*, 35  
*theophylline er*, 35  
*thermazene*, 21  
*thioridazine*, 16  
*thiotepa*, 9  
*thiothixene*, 16  
 THYMOGLOBULIN, 30  
*ticlopidine hcl*, 20  
 TIKOSYN, 16  
*timolol maleate*, 19, 33  
*timolol maleate ophthalmic gel forming*, 33  
 TIMOPTIC OCUDOSE, 33  
*tizanidine hcl*, 11  
 TOBI, 5  
*tobramycin*, 5, 33

TOBRAMYCIN SULFATE / SODIUM

CHLORIDE, 6

*tobramycin/dexamethasone*, 34

*tobrasol*, 33

TOBREX, 33

*tolazamide*, 26

*tolbutamide*, 26

*tolmetin sodium*, 13

*topiramate*, 10

*toposar*, 9

*topotecan hcl*, 9

TORISEL, 9

*torseamide*, 19

TOVIAZ, 36

TRACLEER, 35

*tramadol*, 13

*tramadol hcl er*, 13

*trandolapril*, 19

TRANSDERM-SCOP, 28

*tranlycypromine*, 16

TRAVASOL, 37

*trazodone*, 16

TREANDA, 9

TRECTOR, 6

TRELSTAR DEPOT MIXJECT, 9

TRELSTAR LA MIXJECT, 9

TRELSTAR MIXJECT, 9

*tretinoin*, 9, 21

*triamcinolone acetonide*, 22

*triamcinolone in orabase*, 23

*triamterene/hydrochlorothiazide*, 19

*triderm*, 22

*trifluoperazine*, 16

*trifluridine*, 33

*trihexyphenidyl*, 10

*tri-legest fe*, 32

*trilyte*, 28

*trimethoprim*, 7

*trimethoprim sulfate/polymyxin b sulfate*, 33

*trinessa*, 32

TRIPEDIA, 30

*tri-previfem*, 32

TRISENOX, 9

*tri-sprintec*, 32

*trivora-28*, 32

TRIZIVIR, 4

TROPHAMINE, 37

*tropicamide*, 33

*trospium chloride*, 36

TRUVADA, 4

TWINJECT, 34

TWINRIX, 30

TWYNSTA, 19

TYGACIL, 6

TYKERB, 9

TYPHIM VI, 30

TYZEKA, 4

TYZINE, 23

TYZINE PEDIATRIC NASAL DROPS, 24

ULESFIA, 23

ULORIC, 31

*unithroid*, 27

*ursodiol*, 28

UVADEX, 21

VAGIFEM, 32

*valacyclovir hcl*, 4

VALCYTE, 4

*valproate sodium*, 10

*valproic acid*, 10

VALTURNA, 19

VANCOCIN ORAL, 7

*vancomycin*, 7

*vandazole*, 32

VANDETANIB, 9

VAQTA, 30

VARIVAX, 30

VECTIBIX, 9

VELCADE, 9

*velivet*, 32

*venlafaxine hcl*, 16

*venlafaxine hcl er*, 16

*verapamil*, 19

*verapamil er*, 19

VEREGEN, 21

VFEND, 3

VFEND IV, 3

VIBATIV, 7  
 VIBRAMYCIN, 7  
 VIDAZA, 9  
 VIDEX PEDIATRIC, 4  
 VIGAMOX, 33  
 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, 30  
 VIVELLE-DOT, 32  
 VOLTAREN, 13  
 VOTRIENT, 9  
*warfarin*, 20  
 XENAZINE, 11  
 XGEVA, 7  
 XIFAXAN, 6  
 XOLAIR, 35  
 XYREM, 16  
 YF-VAX, 30  
*zafirlukast*, 35  
*zaleplon*, 16  
 ZANOSAR, 9  
 ZANTAC, 29  
 ZAVESCA, 27  
*zazole*, 32  
 ZELAPAR, 10  
 ZEMPLAR, 27  
 ZENPEP, 28  
*zerlor*, 12  
 ZETIA, 20  
 ZIAGEN, 4  
*zidovudine*, 4  
 ZINACEF, 4  
 ZINACEF IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE, 4  
 ZINACEF IN ISO-OSMOTIC DILUENT, 4  
 ZINECARD, 7  
 ZIRGAN, 33  
 ZMAX, 5  
 ZOLINZA, 10  
*zolpidem*, 16  
*zolpidem tartrate er*, 16  
 ZOMETA, 27  
*zonisamide*, 10  
 ZORTRESS, 10  
 ZOSTAVAX, 30  
 ZOSYN, 6  
*zovia 1/35e*, 33  
*zovia 1/50e*, 33  
 ZOVIRAX, 22  
 ZUPLENZ, 28  
 ZYFLO CR, 35  
 ZYLET, 34  
 ZYMAR, 33  
 ZYMAXID, 33  
 ZYPREXA, 16  
 ZYPREXA ZYDIS, 16  
 ZYTIGA, 10  
 ZYVOX, 6











\*F9348 \*