

# UAMedicare Part D

Prescription Drug Coverage (PDP)

## 2011 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, 2012.

UA Medicare Part D 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 2011

### (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 2012.

UA Medicare Part D es patrocinador aprobado por Medicare.

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



## What is the UA Medicare Part D Formulary?

A formulary is a list of covered drugs selected by UA Medicare Part D Prescription Drug Coverage (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. UA Medicare Part D will generally cover the drugs listed in our formulary as long as the drug is medically necessary, the prescription is filled at a UA Medicare Part D 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 2011 formulary that was covered at the beginning of the year, we will not discontinue or reduce coverage of the drug during the 2011 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, or 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 August 29, 2011. To get updated information about the drugs covered by UA Medicare Part D, please visit our Web site at [www.uamedicarepartd.com](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?**

UA Medicare Part D 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:** UA Medicare Part D requires you [or your physician] to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval from UA Medicare Part D before you fill your prescriptions. If you don't get approval, UA Medicare Part D may not cover the drug.
- **Quantity Limits:** For certain drugs, UA Medicare Part D limits the amount of the drug that UA Medicare Part D will cover. For example, UA Medicare Part D 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, UA Medicare Part D 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, UA Medicare Part D may not cover drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, UA Medicare Part D 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 [www.uamedicarepartd.com](http://www.uamedicarepartd.com).

You can ask UA Medicare Part D to make an exception to these restrictions or limits. See the section, "How do I request an exception to the UA Medicare Part D's 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 UA Medicare Part D does not cover your drug, you have two options:

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

You can ask UA Medicare Part D 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, UA Medicare Part D limit 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, UA Medicare Part D 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 34-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 UA Medicare Part D prescription drug coverage, please review your Evidence of Coverage and other plan materials.

If you have questions about UA Medicare Part D, 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 [www.uamedicarepartd.com](http://www.uamedicarepartd.com).

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

## UA Medicare Part D's Formulary

The formulary that begins on page 3 provides coverage information about some of the drugs covered by UA Medicare Part D. 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 UA Medicare Part D has any special requirements for coverage of your drug.

## ¿Qué es el formulario de UA Medicare Part D?

Un formulario de medicamentos aprobados es una lista de medicamentos cubiertos, seleccionados por la cobertura para recetas médicas (PDP) de UA Medicare Part D 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 UA Medicare Part D cubrirá los medicamentos incluidos en nuestro formulario de medicamentos aprobados siempre que los mismos sean médicamente necesarios, se adquieran en una farmacia de la red de UA Medicare Part D 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 2011, que estaba cubierto a principios de año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura de dicho medicamento durante 2011, 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 29 de agosto de 2011. Para obtener información actualizada acerca de los medicamentos cubiertos por UA Medicare Part D, visite nuestro sitio web en [www.uamedicarepartd.com](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?**

UA Medicare Part D 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:** UA Medicare Part D requiere que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de UA Medicare Part D antes de adquirir su medicamento. Si no obtiene la aprobación, puede ser que UA Medicare Part D no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** En el caso de ciertos medicamentos, UA Medicare Part D limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Por ejemplo, UA Medicare Part D suministra 34 pastillas de Lipitor por receta. Esto puede ser además del suministro estándar de uno a tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, UA Medicare Part D 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, UA Medicare Part D puede no cubrir el Medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no le sirve, UA Medicare Part D 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 [www.uamedicarepartd.com](http://www.uamedicarepartd.com).

Puede solicitarle a UA Medicare Part D que haga una excepción a estas restricciones o límites. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de medicamentos aprobados de UA Medicare Part D?” 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 UA Medicare Part D no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

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

Puede solicitarle a UA Medicare Part D 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, UA Medicare Part D 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, UA Medicare Part D 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 34 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 UA Medicare Part D, consulte su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta acerca de UA Medicare Part D, 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 [www.uamedicarepartd.com](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 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

## Formulario de medicamentos aprobados de UA Medicare Part D

El formulario de medicamentos aprobados que comienza en la página 3 brinda información de cobertura sobre algunos de los medicamentos cubiertos por UA Medicare Part D. 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 UA Medicare Part D tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

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

Si usted vive en los siguientes Estados: AR, CT, CO, DE, DC, MA, MD, MI, NJ, RI, VT, SC, 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>(Generic Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 1</b> <i>(drogas Genéricas)</i>	\$10	\$28	\$26
<b>Cost-sharing tier 2</b> <i>(Preferred Brand Name Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 2</b> <i>(drogas de Marca Preferida)</i>	\$45	\$113	\$90
<b>Cost-sharing tier 3</b> <i>(Non-Preferred Name Brand Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 3</b> <i>(drogas de Marca No Preferidas)</i>	\$95	\$238	\$190
<b>Cost-sharing tier 4</b> <i>(Specialty Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 4</b> <i>(drogas de Especialidad)</i>	30%	30%	30%

If you live in the following states: AK, AL, AZ, CA, FL, GA, HI, ID, IL, IN, KY, LA, ME, MO, MS, NC, NH, NM, NV, OH, OK, OR, PA, TN, TX, UT, VA, WA, WV you will pay the following for your prescription drugs:

Si usted vive en los siguientes Estados: AK, AL, AZ, CA, FL, GA, HI, ID, IL, IN, KY, LA, ME, MO, MS, NC, NH, NM, NV, OH, OK, OR, PA, TN, TX, UT, VA, WA, 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>(Generic Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 1</b> <i>(drogas Genéricas)</i>	\$10	\$28	\$26
<b>Cost-sharing tier 2</b> <i>(Preferred Brand Name Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 2</b> <i>(drogas de Marca Preferida)</i>	\$45	\$113	\$90
<b>Cost-sharing tier 3</b> <i>(Non-Preferred Name Brand Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 3</b> <i>(drogas de Marca No Preferidas)</i>	\$95	\$238	\$190
<b>Cost-sharing tier 4</b> <i>(Specialty Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 4</b> <i>(drogas de Especialidad)</i>	31%	31%	31%

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

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

	<b>34-Day supply at a Network Pharmacy un suministro de 34 días a Farmacia bajo la red</b>	<b>90-Day Supply at a Network Pharmacy un suministro de 90 días a Farmacia bajo la red</b>	<b>90-Day Supply using the plan's mail-order service un suministro de 90 días venta por el correo con farmacia bajo la red</b>
<b>Cost-sharing tier 1</b> <i>(Generic Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 1</b> <i>(drogas Genéricas)</i>	\$10	\$28	\$26
<b>Cost-sharing tier 2</b> <i>(Preferred Brand Name Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 2</b> <i>(drogas de Marca Preferida)</i>	\$45	\$113	\$90
<b>Cost-sharing tier 3</b> <i>(Non-Preferred Name Brand Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 3</b> <i>(drogas de Marca No Preferidas)</i>	\$95	\$238	\$190
<b>Cost-sharing tier 4</b> <i>(Specialty Drugs)</i> <b>Costo de compartimiento Nivel 4</b> <i>(drogas de Especialidad)</i>	32%	32%	32%



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)	Notes (Notas)
<i>amphotericin b</i>	1	B/D PA MO
ANCOBON	2	MO
<i>clotrimazole troc</i>	1	MO
DIFLUCAN IN NACL	2	
ERAXIS INJ 100MG	2	
<i>fluconazole in dextrose inj 0; 400mg/200ml</i>	1	
<i>fluconazole susr</i>	1	MO
<i>fluconazole tabs</i>	1	MO
GRIS-PEG	3	MO
<i>griseofulvin microsize</i>	1	MO
<i>itraconazole</i>	1	MO
<i>ketoconazole</i>	1	MO
NOXAFIL	2	MO
<i>nystatin susp</i>	1	MO
<i>nystatin tabs</i>	1	MO
ORAVIG	2	MO
SPORANOX ORAL SOLN	2	MO
<i>terbinafine tabs</i>	1	MO
VFEND	2	MO
VFEND IV	2	MO
<i>voriconazole</i>	1	MO

#### ANTIVIRALS

<i>acyclovir caps</i>	1	MO
<i>acyclovir inj 500mg</i>	1	MO
<i>acyclovir susp</i>	1	MO
<i>acyclovir tabs</i>	1	MO
<i>amantadine</i>	1	MO
APTIVUS CAPS	4	MO
APTIVUS ORAL SOLN	4	
ATRIPLA	4	MO
BARACLUDGE ORAL SOLN	2	QL(1890 per 90 days) MO

Drug Name (Nombre del medicamento)	DrugTier (Nivel de medicamento)	Notes (Notas)
BARACLUDGE TABS	2	QL(90 per 90 days) MO
COMBIVIR	4	MO
CRIXIVAN CAPS 100MG	2	
CRIXIVAN CAPS 200MG, 333MG, 400MG	2	MO
<i>didanosine</i>	1	MO
EDURANT	4	MO
EMTRIVA	2	MO
EPIVIR	2	MO
EPIVIR HBV	2	MO
EPZICOM	4	MO
<i>famciclovir</i>	1	MO
<i>foscarnet sodium</i>	1	B/D PA MO
FUZEON	4	MO
<i>ganciclovir caps</i>	1	MO
<i>ganciclovir inj</i>	1	B/D PA MO
HEPSERA	4	QL(90 per 90 days) MO
INTELENCE	4	MO
INVIRASE	2	MO
ISENTRESS	4	MO
KALETRA	2	MO
LEXIVA SUSP	2	MO
LEXIVA TABS	4	MO
NORVIR	2	MO
PREZISTA TABS 150MG	2	
PREZISTA TABS 75MG	2	MO
PREZISTA TABS 400MG, 600MG	4	MO
REBETOL ORAL SOLN	2	PA MO
RELENZA DISKHALER	2	QL(300 per 365 days) MO
RESCRIPTOR	3	MO
RETROVIR IV INFUSION	2	MO
REYATAZ	2	MO
RIBAPAK	4	PA MO
RIBASPHERE CAPS	4	PA MO
RIBASPHERE TABS 400MG	4	PA
RIBASPHERE TABS 600MG	4	PA MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
<i>ribasphere tabs 200mg</i>	1	PA MO	<i>ceftazidime inj 2gm</i>	1	MO
RIBAVIRIN CAPS	4	PA	<i>ceftriaxone sodium inj 10gm</i>	1	
<i>ribavirin tabs 200mg</i>	1	PA	<i>ceftriaxone sodium inj 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	1	MO
<i>rimantadine hcl</i>	1	MO	<i>cefuroxime axetil</i>	1	MO
SELZENTRY	4	MO	<i>cefuroxime sodium inj 7.5gm</i>	1	
<i>stavudine</i>	1	MO	<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg</i>	1	MO
SUSTIVA	2	MO	CEFUROXIME/DEXTROSE	2	
TAMIFLU CAPS 45MG, 75MG	2	QL(60 per 365 days) MO	<i>cephalexin</i>	1	MO
TAMIFLU CAPS 30MG	2	QL(120 per 365 days) MO	FORTAZ INJ 1GM, 1GM/50ML; 5%, 2GM/50ML; 5%, 6GM	2	
TAMIFLU SUSR 12MG/ML	2	MO	MAXIPIME INJ 2GM	3	MO
TRIZIVIR	4	MO	SUPRAX SUSR	3	MO
TRUVADA	4	MO	SUPRAX TABS	3	
TYZEKA	4	MO	TAZICEF INJ 1GM, 2GM, 6GM	2	
<i>valacyclovir hcl</i>	1	MO	TEFLARO	2	
VALCYTE ORAL SOLN	4		ZINACEF IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	2	
VALCYTE TABS	4	MO	ZINACEF IN ISO-OSMOTIC DILUENT	2	
VIDEX PEDIATRIC ORAL SOLN 2GM	2	MO	ZINACEF INJ 1.5GM, 750MG	2	
VIRACEPT	2	MO	<b>ERYTHROMYCINS / OTHER MACROLIDES</b>		
VIRAMUNE	2	MO	<i>azithromycin inj 500mg</i>	1	MO
VIREAD	2	MO	<i>azithromycin susr</i>	1	MO
ZIAGEN	2	MO	<i>azithromycin tabs</i>	1	MO
<i>zidovudine</i>	1	MO	<i>clarithromycin</i>	1	MO
<b>CEPHALOSPORINS</b>			<i>clarithromycin er</i>	1	MO
<i>cefaclor</i>	1	MO	<i>e.e.s. 400</i>	1	MO
<i>cefadroxil</i>	1	MO	E.E.S. GRANULES	2	MO
<i>cefazolin inj 1gm; 5%, 500mg</i>	1		ERY-TAB TBEC 500MG	2	MO
<i>cefazolin inj 1gm</i>	1	MO	<i>ery-tab tbec 250mg, 333mg</i>	1	MO
CEFAZOLIN INJ 20GM	2		ERYTHROCIN	2	
<i>cefdinir</i>	1	MO	LACTOBIONATE INJ 500MG		
<i>cefepime inj 2gm</i>	1		<i>erythrocin stearate</i>	1	MO
<i>cefepime inj 1gm</i>	1	MO	ERYTHROMYCIN BASE	2	MO
<i>cefotaxime sodium inj 10gm, 1gm, 500mg</i>	1		<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	1	MO
<i>cefotaxime sodium inj 2gm</i>	1	MO	<i>erythromycin/sulfisoxazole</i>	1	MO
<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 2gm</i>	1		ZMAX	2	MO
<i>cefoxitin sodium inj 1gm</i>	1	MO	<b>MISCELLANEOUS ANTIINFECTIVES</b>		
<i>cefpodoxime proxetil</i>	1	MO	ALBENZA	2	MO
<i>ceftazidime inj 1gm, 6gm</i>	1		ALINIA	2	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
<i>amikacin sulfate inj 500mg/2ml</i>	1		MEPRON	4	MO
<i>amikacin sulfate inj 50mg/ml</i>	1	MO	<i>meropenem inj 500mg</i>	1	MO
AZACTAM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	2		<i>metronidazole</i>	1	MO
AZACTAM INJ 2GM	2	MO	<i>metronidazole in nacl 0.79%</i>	1	MO
<i>aztreonam inj 1gm</i>	1	MO	MYCOBUTIN	2	MO
BILTRICIDE	2	MO	NEBUPENT	2	B/D PA MO
CAPASTAT SULFATE	3		<i>neomycin sulfate</i>	1	MO
CAYSTON	4	LA	<i>paromomycin</i>	1	MO
<i>chloroquine</i>	1	MO	PASER	2	MO
CLEOCIN GALAXY	2		PRIMAQUINE	2	MO
CLEOCIN PEDIATRIC GRANULES	2	MO	PRIMAXIN I.M.	2	MO
<i>clindamycin hcl</i>	1	MO	PRIMAXIN IV	2	MO
<i>clindamycin phosphate advantage</i>	1	MO	<i>pyrazinamide</i>	1	MO
COARTEM	2	MO	QUALAQUIN	2	MO
<i>colistimethate sodium</i>	1	MO	<i>rifampin</i>	1	MO
CUBICIN	2	B/D PA MO	SEROMYCIN	2	MO
DAPSONE	2	MO	STREPTOMYCIN SULFATE	2	MO
DARAPRIM	2	MO	STROMECTOL	2	MO
<i>ethambutol tabs 400mg</i>	1		TOBI	4	B/D PA MO
<i>ethambutol tabs 100mg</i>	1	MO	<i>tobramycin inj 10mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	1	MO	<i>tobramycin inj 80mg/2ml</i>	1	MO
GENTAMICIN SULFATE INJ 10MG/ML	2		TOBRAMYCIN SULFATE / SODIUM CHLORIDE	2	
GENTAMICIN SULFATE/0.9% SODIUM CHLORIDE INJ	2		TRECTOR	2	MO
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj</i>	1		TYGACIL	2	MO
<i>gentamicin sulfate/sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9%</i>	1		XIFAXAN TABS 200MG	2	QL(9 per 30 days) MO
<i>hydroxychloroquine</i>	1	MO	XIFAXAN TABS 550MG	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>isonarif</i>	1	MO	ZYVOX INJ	2	MO
ISONIAZID SYRP	2	MO	ZYVOX SUSR	2	QL(1800 per 30 days) MO
<i>isoniazid tabs</i>	1	MO	ZYVOX TABS	2	QL(56 per 30 days) MO
<i>isotonic gentamicin inj 0.6mg/ml; 0.9%, 0.8mg/ml; 0.9%</i>	1				
KETEK	2	QL(20 per 30 days) MO	<b>PENICILLINS</b>		
MALARONE	2	MO	<i>amoxicillin</i>	1	MO
<i>mebendazole</i>	1	MO	<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	1	MO
<i>mefloquine hcl</i>	1	MO	<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	1	MO
			<i>amoxicillin/potassium clavulanate tabs</i>	1	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
<i>ampicillin caps</i>	1	MO	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	MO
<i>ampicillin inj 10gm, 1gm</i>	1		<i>sulfatrim</i>	1	MO
AMPICILLIN INJ 125MG	2		<b>TETRACYCLINES</b>		
<i>ampicillin susr</i>	1	MO	<i>demeclocycline hcl</i>	1	MO
<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm</i>	1		<i>doxycycline hyclate caps</i>	1	MO
<i>ampicillin-sulbactam inj 2gm; 1gm</i>	1	MO	<i>doxycycline hyclate inj</i>	1	MO
BICILLIN C-R	2	MO	<i>doxycycline hyclate tabs</i>	1	MO
BICILLIN L-A	2	MO	<i>doxycycline hyclate tbec</i>	1	MO
<i>dicloxacillin sodium</i>	1	MO	<i>doxycycline monohydrate tabs 150mg, 50mg, 75mg</i>	1	MO
<i>nafcillin sodium inj 10gm</i>	1		<i>minocycline hcl</i>	1	MO
<i>nafcillin sodium inj 1gm</i>	1	MO	<i>minocycline hcl er</i>	1	MO
NALLPEN/DEXTROSE	2		<i>tetracycline hcl</i>	1	MO
<i>penicillin g potassium</i>	1		VIBRAMYCIN SYRP	2	MO
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	2		<b>URINARY TRACT AGENTS</b>		
PENICILLIN G PROCAINE	2	MO	FURADANTIN	2	MO
PENICILLIN G SODIUM	2		MACRODANTIN CAPS 25MG	2	MO
<i>penicillin v potassium</i>	1	MO	<i>methenamine hippurate</i>	1	MO
<i>pfizerpen-g inj 20mu</i>	1		<i>nitrofurantoin</i>	1	MO
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium inj 3gm; 0.375gm</i>	1	MO	<i>nitrofurantoin macrocrystalline caps 50mg</i>	1	MO
ZOSYN INJ 5%; 2GM/50ML; 0.25GM/50ML, 5%; 3GM/50ML; 0.375GM/50ML	2		<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	1	MO
<b>QUINOLONES</b>			PRIMSOL	3	MO
AVELOX ABC PACK	2	MO	<i>trimethoprim</i>	1	MO
AVELOX INJ	2		<b>VANCOMYCIN</b>		
AVELOX TABS	2	MO	VANCOCCIN ORAL	2	MO
<i>ciprofloxacin inj 400mg/40ml</i>	1		<i>vancomycin inj 10gm, 500mg</i>	1	B/D PA
<i>ciprofloxacin tabs</i>	1	MO	<i>vancomycin inj 1000mg</i>	1	B/D PA MO
LEVAQUIN INJ 5%; 750MG/150ML	2		VIBATIV INJ 250MG	2	
LEVAQUIN INJ 25MG/ML	2	MO	<b>ANTIFIBRINOLYTIC AGENTS</b>		
LEVAQUIN ORAL SOLN	2	MO	<b>HEMOSTATIC</b>		
LEVAQUIN TABS	2	MO	LYSTEDA	3	MO
<i>levofloxacin tabs</i>	1		<b>ANTINEOPLASTIC / IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS</b>		
NOROXIN	3	MO	<b>ADJUNCTIVE AGENTS</b>		
<i>ofloxacin</i>	1	MO	<i>amifostine</i>	4	MO
<b>SULFA'S / RELATED AGENTS</b>			<i>dexrazoxane inj 500mg</i>	1	MO
<i>sulfadiazine</i>	1	MO	ELITEK INJ 1.5MG	4	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	1	MO	<i>leucovorin calcium inj 100mg, 350mg</i>	1	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
<i>leucovorin calcium tabs 25mg, 5mg</i>	1	MO	<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	1	B/D PA MO
LEUCOVORIN CALCIUM TABS 10MG, 15MG	2	MO	CYCLOSPORINE CAPS 50MG	2	B/D PA
<i>mesna</i>	1	MO	<i>cyclosporine inj</i>	1	B/D PA
MESNEX TABS	2	MO	<i>cyclosporine oral soln</i>	1	B/D PA MO
XGEVA	4	PA QL(5.1 per 90 days)	CYTARABINE AQUEOUS INJ 100MG/ML	2	MO
ZINECARD INJ 250MG	2	MO	<i>cytarabine aqueous inj 20mg/ml</i>	1	MO
<b>ANTINEOPLASTIC / IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS</b>			<i>cytarabine inj 500mg</i>	1	MO
ABRAXANE	3	MO	<i>dacarbazine inj 200mg</i>	1	MO
<i>adriamycin inj 2mg/ml</i>	1		DACOGEN	2	MO
AFINITOR TABS 10MG	4	PA QL(180 per 90 days)	<i>daunorubicin hcl inj 20mg</i>	1	
AFINITOR TABS 2.5MG, 5MG	4	PA QL(270 per 90 days)	DAUNOXOME	3	MO
ALIMTA INJ 500MG	3	MO	DOCETAXEL INJ 80MG/8ML	2	
<i>anastrozole</i>	1	MO	DOXIL	2	MO
ARIMIDEX	2	MO	<i>doxorubicin hcl</i>	1	
AROMASIN	2	MO	DROXIA	2	MO
ARRANON	3		ELIGARD	3	MO
ARZERRA	2	MO	ELLENCEN INJ 200MG/100ML	3	MO
AVASTIN INJ 100MG/4ML	3	MO	ELSPAR	3	MO
<i>azathioprine</i>	1	B/D PA MO	EMCYT	2	MO
<i>azathioprine sodium</i>	1	B/D PA MO	<i>epirubicin hcl inj 50mg/25ml</i>	1	
<i>bicalutamide</i>	1	MO	ERBITUX INJ 100MG/50ML	3	MO
BICNU	3	MO	ETOPOPHOS	3	MO
<i>bleomycin sulfate inj 30unit</i>	1	MO	<i>etoposide inj</i>	1	MO
BUSULFEX	2		<i>exemestane</i>	1	MO
CAMPATH	3		FARESTON	3	MO
<i>carboplatin inj 150mg/15ml</i>	1	MO	FASLODEX	4	MO
CEENU	2	MO	FEMARA	2	MO
CELLCEPT INTRAVENOUS	2		FIRMAGON INJ 80MG	2	MO
CELLCEPT SUSR	2	B/D PA MO	FIRMAGON INJ 120MG	4	MO
<i>cisplatin inj 100mg/100ml</i>	1	MO	<i>fludarabine phosphate inj 50mg</i>	1	MO
<i>cladribine</i>	1	MO	<i>fluorouracil inj 500mg/10ml</i>	1	MO
CLOLAR	3		<i>flutamide</i>	1	MO
COSMEGEN	3	MO	<i>gemcitabine hcl inj 1gm</i>	1	MO
<i>cyclophosphamide tabs</i>	1	B/D PA MO	GEMZAR INJ 1GM	3	MO
			<i>gengraf</i>	1	B/D PA MO
			GLEEVEC	4	MO
			HALAVEN	4	MO
			HERCEPTIN	3	MO
			HEXALEN	4	MO
			HYCAMTIN INJ	3	MO
			<i>hydroxyurea</i>	1	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
<i>idarubicin hcl inj 10mg/10ml</i>	1		<i>oxaliplatin inj 100mg/20ml</i>	1	
IFEX INJ 3GM	3	MO	<i>paclitaxel inj 300mg/50ml</i>	1	MO
<i>ifosfamide inj 1gm</i>	1		<i>pentostatin</i>	1	MO
<i>ifosfamide/mesna inj 1gm; 1gm</i>	1		PHOTOFRIN	3	
IFOSFAMIDE/MESNA INJ	3		PROGRAF INJ	2	B/D PA
3000MG; 1000MG			RAPAMUNE	2	B/D PA MO
<i>irinotecan inj 100mg/5ml</i>	1	MO	REVLIMID	4	LA MO
ISTODAX	2	MO	RHEUMATREX	3	B/D PA MO
IXEMPRA KIT INJ 45MG	4	MO	RITUXAN	2	PA MO
JEVTANA	4	MO	SANDIMMUNE CAPS	2	B/D PA MO
<i>letrozole</i>	1	MO	SANDIMMUNE INJ	2	B/D PA
LEUKERAN	2	MO	SANDIMMUNE ORAL SOLN	2	B/D PA MO
<i>leuprolide acetate</i>	1	MO	SANDOSTATIN LAR DEPOT	3	MO
LUPRON DEPOT INJ 11.25MG,	2	MO	SIMULECT INJ 20MG	2	MO
22.5MG, 3.75MG, 30MG, 7.5MG			SOMATULINE DEPOT	4	MO
LUPRON DEPOT-PED INJ	3	MO	SPRYCEL TABS 140MG, 80MG	4	MO
11.25MG, 15MG			SPRYCEL TABS 100MG,	4	QL(180 per
LYSODREN	2	MO	50MG, 70MG		90 days)
MATULANE	4	MO			MO
MEGACE ES	2	MO	SPRYCEL TABS 20MG	4	QL(360 per
<i>megestrol acetate</i>	1	MO			90 days)
<i>melphalan hydrochloride</i>	1		SUTENT	4	MO
<i>mercaptopurine</i>	1	MO			PA QL(90
<i>methotrexate</i>	1	B/D PA MO	TABLOID	2	per 90 days)
<i>methotrexate sodium inj 25mg/ml</i>	1	MO	<i>tacrolimus</i>	1	MO
METHOTREXATE SODIUM	3		<i>tamoxifen citrate</i>	1	MO
INJ 1GM			TARCEVA TABS 100MG,	4	PA QL(90
<i>mitomycin inj 20mg</i>	1	MO	150MG		per 90 days)
<i>mitoxantrone hcl</i>	1	MO			MO
MUSTARGEN	3	MO	TARCEVA TABS 25MG	4	PA QL(180
<i>mycophenolate mofetil</i>	1	B/D PA MO			per 90 days)
MYFORTIC	2	B/D PA MO	TARGRETIN	2	MO
NEORAL	2	B/D PA MO	TASIGNA CAPS 200MG	4	MO
NEXAVAR	4	LA PA	TAXOTERE INJ 80MG/2ML	3	
		QL(360 per	TAXOTERE INJ 80MG/4ML	3	MO
		90 days)	THALOMID	4	PA MO
		MO	<i>thiotepa</i>	1	MO
NILANDRON	3	MO	<i>toposar</i>	1	MO
NIPENT	3	MO	<i>topotecan hcl inj 4mg</i>	1	MO
<i>octreotide</i>	1	MO	TORISEL	4	PA MO
ONCASPAR	3				
ONTAK	3				
ORTHOCLONE OKT3	2				

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
TREANDA INJ 100MG	4	MO	<i>divalproex sodium er</i>	1	MO
TRELSTAR DEPOT MIXJECT	3	MO	<i>divalproex sodium tbec</i>	1	MO
TRELSTAR LA MIXJECT	3	MO	<i>epitol</i>	1	MO
TRELSTAR MIXJECT	3		EQUETRO	2	MO
<i>tretinoin</i>	1	MO	<i>ethosuximide</i>	1	MO
TRISENOX	2	MO	FELBATOL	2	MO
TYKERB	4	LA QL(540 per 90 days)	<i>fosphenytoin sodium inj 100mg pe/2ml</i>	1	MO
		MO	<i>gabapentin</i>	1	MO
VANDETANIB TABS 300MG	4	QL(90 per 90 days)	GABITRIL	2	MO
VANDETANIB TABS 100MG	4	QL(180 per 90 days)	KEPPRA INJ	2	
VECTIBIX INJ 100MG/5ML	4	MO	LAMICTAL ODT TBDP	2	MO
VELCADE	3	MO	LAMICTAL STARTER/NOT TAKING CARBAMAZEPINE	2	MO
VIDAZA	4	QL(4200 per 90 days)	LAMICTAL STARTER/TAKING CARBAMAZEPINE/NOT TAKING VALPROATE	2	MO
		MO	LAMICTAL STARTER/TAKING VALPROATE	2	MO
<i>vinblastine sulfate inj 10mg</i>	1		LAMICTAL XR KIT	2	MO
<i>vincasar pfs</i>	1	MO	LAMICTAL XR TB24 100MG, 200MG, 25MG, 50MG	2	MO
<i>vincristine sulfate</i>	1	MO	<i>lamotrigine</i>	1	MO
<i>vinorelbine tartrate inj 50mg/5ml</i>	1	MO	<i>levetiracetam inj</i>	1	
VOTRIENT	4	MO	<i>levetiracetam oral soln</i>	1	MO
ZANOSAR	3	MO	<i>levetiracetam tabs</i>	1	MO
ZOLINZA	4	MO	LYRICA CAPS 225MG, 300MG	2	QL(180 per 90 days)
ZORTRESS TABS 0.5MG, 0.75MG	4	B/D PA MO			MO
ZORTRESS TABS 0.25MG	2	B/D PA MO	LYRICA CAPS 100MG, 150MG, 200MG, 25MG, 50MG, 75MG	2	QL(270 per 90 days)
ZYTIGA	4	PA QL(360 per 90 days)			MO
		MO			
<b>AUTONOMIC / CNS DRUGS, NEUROLOGY / PSYCH</b>					
<b>ANTICONVULSANTS</b>					
BANZEL	2	MO	NEURONTIN ORAL SOLN	2	MO
<i>carbamazepine</i>	1	MO	<i>oxcarbazepine</i>	1	MO
<i>carbamazepine er cp12</i>	1		PEGANONE	2	MO
<i>carbamazepine er tb12</i>	1	MO	<i>phenytoin</i>	1	MO
CARBATROL	2	MO	PHENYTOIN SODIUM	2	
CELONTIN	2	MO	<i>phenytoin sodium extended</i>	1	MO
DILANTIN CAPS 30MG	2	MO	<i>primidone</i>	1	MO
DILANTIN INFATABS	2	MO	SABRIL	2	MO
<i>divalproex sodium cpsp</i>	1	MO	TEGRETOL-XR TB12 100MG	2	MO
			<i>topiramate</i>	1	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
<i>valproate sodium</i>	1	MO	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	1	MO
<i>valproic acid</i>	1	MO	<i>ergotamine tartrate / caffeine</i>	1	MO
VIMPAT INJ	2		MAXALT	2	QL(54 per 90 days) MO
VIMPAT ORAL SOLN	2	MO	MAXALT-MLT	2	QL(54 per 90 days) MO
VIMPAT TABS	2	MO			
<i>zonisamide</i>	1	MO	<i>migergot</i>	1	MO
<b>ANTIPARKINSONISM AGENTS</b>			MIGRANAL	3	QL(24 per 90 days) MO
APOKYN	2	LA MO	<i>naratriptan hcl tabs 2.5mg</i>	1	QL(24 per 90 days) MO
AZILECT	2	MO	<i>naratriptan hcl tabs 1mg</i>	1	QL(36 per 90 days) MO
<i>benztropine mesylate inj</i>	1		RELPAX	2	QL(54 per 90 days) MO
<i>benztropine mesylate tabs</i>	1	MO	<i>sumatriptan succinate inj 6mg/0.5ml</i>	1	QL(12 per 90 days) MO
<i>bromocriptine mesylate</i>	1	MO	<i>sumatriptan succinate tabs 100mg</i>	1	QL(27 per 90 days) MO
<i>carbidopa / levodopa</i>	1	MO	<i>sumatriptan succinate tabs 25mg, 50mg</i>	1	QL(54 per 90 days) MO
<i>carbidopa/levodopa cr</i>	1	MO	ZOMIG NASAL SOLN	2	QL(36 per 90 days) MO
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	1	MO	ZOMIG TABS 5MG	2	QL(27 per 90 days) MO
<i>carbidopa/levodopa sr tbc 50mg; 200mg</i>	1	MO	ZOMIG TABS 2.5MG	2	QL(36 per 90 days) MO
COMTAN	2	MO	ZOMIG ZMT TBDP 5MG	2	QL(27 per 90 days) MO
LODOSYN	2	MO	ZOMIG ZMT TBDP 2.5MG	2	QL(36 per 90 days) MO
MIRAPEX ER TB24 0.375MG, 0.75MG, 1.5MG, 3MG, 4.5MG	2	MO	<b>MISCELLANEOUS NEUROLOGICAL THERAPY</b>		
MIRAPEX TABS 0.75MG	2	MO			
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	1	MO			
REQUIP XL	2	MO			
<i>ropinirole</i>	1	MO			
<i>selegiline</i>	1	MO			
STALEVO 100	2	MO			
STALEVO 125	2	MO			
STALEVO 150	2	MO			
STALEVO 200	2	MO			
STALEVO 50	2	MO			
STALEVO 75	2	MO			
TASMAR	3	MO			
<i>trihexyphenidyl</i>	1	MO			
ZELAPAR	2	MO			
<b>MIGRAINE / CLUSTER HEADACHE THERAPY</b>					
AMERGE TABS 2.5MG	2	QL(24 per 90 days) MO			
AMERGE TABS 1MG	2	QL(36 per 90 days) MO			

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
ARICEPT	2	QL(90 per 90 days) MO	<b>MUSCLE RELAXANTS / ANTISPASMODIC THERAPY</b>		
ARICEPT ODT	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>baclofen</i>	1	MO
COPAXONE	4	PA QL(90 per 90 days) MO	<i>carisoprodol tabs 350mg</i>	1	MO
<i>donepezil hcl</i>	1	QL(90 per 90 days) MO	<i>carisoprodol/aspirin</i>	1	MO
EXELON CAPS	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>chlorzoxazone</i>	1	MO
EXELON ORAL SOLN	2	MO	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	1	MO
EXELON PT24	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>dantrolene sodium caps</i>	1	MO
<i>galantamine hydrobromide cp24</i>	1	QL(90 per 90 days) MO	MESTINON SYRP	2	MO
<i>galantamine hydrobromide oral soln</i>	1	MO	MESTINON TIMESPAN	2	MO
<i>galantamine hydrobromide tabs</i>	1	QL(180 per 90 days) MO	<i>metaxalone</i>	1	
GILENYA	4	PA QL(28 per 28 days) MO	<i>methocarbamol</i>	1	MO
MYTELASE	2	MO	<i>orphenadrine citrate</i>	1	MO
NAMENDA ORAL SOLN	2	MO	<i>orphenadrine citrate er</i>	1	MO
NAMENDA TABS 10MG	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>orphenadrine compound ds</i>	1	MO
NAMENDA TABS 5MG	2	QL(270 per 90 days) MO	<i>orphenadrine/asa/caffeine</i>	1	MO
NAMENDA TITRATION PAK	2	MO	<i>pyridostigmine bromide</i>	1	MO
NUEDEXTA	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>regonol</i>	1	
<i>rivastigmine tartrate</i>	1	QL(180 per 90 days) MO	<i>tizanidine hcl</i>	1	MO
XENAZINE	4	LA MO	<b>NARCOTIC ANALGESICS</b>		
			<i>acetaminophen / codeine oral soln</i>	1	MO
			<i>acetaminophen / codeine tabs 300mg; 15mg</i>	1	MO
			<i>acetaminophen/codeine #3</i>	1	MO
			<i>acetaminophen/codeine #4</i>	1	MO
			<i>ascomp/codeine</i>	1	MO
			BUPRENEX	2	MO
			<i>buprenorphine hcl inj</i>	1	
			<i>buprenorphine hcl subl</i>	1	MO
			<i>codeine sulfate</i>	1	MO
			DILAUDID-5	2	MO
			<i>duramorph</i>	1	MO
			EMBEDA	3	
			<i>endocet</i>	1	MO
			EXALGO	3	MO
			<i>fentanyl citrate</i>	1	
			<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	1	PA QL(360 per 90 days) MO
			<i>fentanyl patches</i>	1	MO
			<i>hydrocodone</i>	1	MO
			<i>bitartrate/acetaminophen tabs</i>		

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
<i>hydrocodone/acetaminophen oral soln 500mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	1	MO	<i>oxycodone/aspirin tabs 325mg; 4.835mg</i>	1	
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs</i>	1	MO	<i>oxycodone/aspirin tabs 325mg; 4.5mg; 0.38mg</i>	1	MO
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	1	MO	OXYCONTIN	2	MO
<i>hydromorphone hcl inj 10mg/ml</i>	1	MO	<i>oxymorphone hydrochloride</i>	1	MO
<i>hydromorphone hcl tabs</i>	1	MO	<i>reprexain tabs 10mg; 200mg</i>	1	MO
INFUMORPH 200	2	MO	ROXICET ORAL SOLN	2	MO
INFUMORPH 500	2	MO	<i>roxicet tabs 325mg; 5mg</i>	1	MO
KADIAN	2	MO	<i>stagesic</i>	1	MO
<i>levorphanol tartrate</i>	1	MO	<i>zerlor</i>	1	MO
<i>margesic-h</i>	1	MO	<b>NON-NARCOTIC ANALGESICS</b>		
<i>meperidine hcl inj 10mg/ml, 50mg/ml</i>	1		ARTHROTEC 50	3	MO
<i>meperidine hcl inj 25mg/ml</i>	1	MO	ARTHROTEC 75	3	MO
MEPERIDINE HCL INJ 75MG/ML	2	MO	<i>butorphanol tartrate inj</i>	1	MO
<i>meperidine hcl oral soln</i>	1	MO	<i>butorphanol tartrate nasal soln</i>	1	PA QL(30 per 90 days) MO
<i>meperidine hcl tabs</i>	1	MO	CELEBREX	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>methadone hcl conc</i>	1	MO	<i>depade</i>	1	MO
<i>methadone hcl inj</i>	1		<i>diclofenac potassium</i>	1	MO
<i>methadone hcl oral soln 5mg/5ml</i>	1	MO	<i>diclofenac sodium</i>	1	MO
METHADONE HCL ORAL SOLN 10MG/5ML	2	MO	<i>diclofenac sodium ec</i>	1	MO
<i>methadone hcl tabs</i>	1	MO	<i>diclofenac sodium xr</i>	1	MO
<i>methadose tabs</i>	1	MO	<i>diflunisal</i>	1	MO
<i>morphine sulfate er</i>	1	MO	<i>etodolac</i>	1	MO
<i>morphine sulfate inj 0.5mg/ml, 5mg/ml</i>	1		<i>fenoprofen calcium</i>	1	MO
<i>morphine sulfate inj 1mg/ml</i>	1	MO	FLECTOR	3	MO
<i>morphine sulfate oral soln</i>	1	MO	<i>flurbiprofen</i>	1	MO
<i>morphine sulfate tabs</i>	1	MO	<i>ibuprofen susp</i>	1	MO
ONSOLIS	2		<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	MO
OPANA ER	2	MO	<i>indomethacin caps</i>	1	MO
<i>oxycodone / acetaminophen caps</i>	1	MO	<i>indomethacin er</i>	1	MO
<i>oxycodone / acetaminophen tabs 325mg; 5mg</i>	1		<i>ketoprofen</i>	1	MO
<i>oxycodone / acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg, 500mg; 7.5mg, 650mg; 10mg</i>	1	MO	<i>ketoprofen er</i>	1	MO
<i>oxycodone hcl caps</i>	1	MO	<i>meclofenamate sodium</i>	1	MO
<i>oxycodone hcl conc</i>	1	MO	<i>mefenamic acid</i>	1	MO
<i>oxycodone hcl tabs 15mg, 30mg, 5mg</i>	1	MO	<i>meloxicam</i>	1	MO
			<i>nabumetone</i>	1	MO
			<i>naloxone</i>	1	

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
<i>naltrexone</i>	1	MO	<i>budeprion xl tb24 300mg</i>	1	QL(90 per 90 days) MO
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	1	MO	<i>budeprion xl tb24 150mg</i>	1	QL(270 per 90 days) MO
<i>naproxen susp</i>	1	MO	<i>bupropion hcl</i>	1	MO
<i>naproxen tabs 500mg</i>	1		<i>bupropion hcl sr</i>	1	QL(180 per 90 days) MO
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg</i>	1	MO	<i>buspirone hcl</i>	1	MO
<i>naproxen tbec</i>	1	MO	<i>chlordiazepoxide/amitriptyline</i>	1	MO
<i>oxaprozin</i>	1	MO	<i>chlorpromazine</i>	1	MO
PENNSAID	2	MO	<i>citalopram oral soln</i>	1	MO
<i>piroxicam</i>	1	MO	<i>citalopram tabs 40mg</i>	1	QL(90 per 90 days) MO
SUBOXONE	2	MO	<i>citalopram tabs 10mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO
<i>sulindac</i>	1	MO	<i>citalopram tabs 20mg</i>	1	QL(270 per 90 days) MO
<i>tolmetin sodium</i>	1	MO	<i>clomipramine</i>	1	MO
<i>tramadol</i>	1	MO	<i>clozapine tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>tramadol hcl er</i>	1	MO	CLOZAPINE TABS 200MG	2	
VIMOVO	2	QL(180 per 90 days) MO	CYMBALTA CPEP 60MG	2	QL(90 per 90 days) MO
VOLTAREN GEL	2	MO	CYMBALTA CPEP 20MG, 30MG	2	QL(180 per 90 days) MO
<b>PSYCHOTHERAPEUTIC DRUGS</b>			<i>desipramine</i>	1	MO
ABILIFY DISCMELT TBDP 15MG	3	QL(180 per 90 days) MO	<i>dexmethylphenidate</i>	1	PA MO
ABILIFY DISCMELT TBDP 10MG	3	QL(270 per 90 days) MO	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	1	PA MO
ABILIFY INJ	3	MO	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	1	PA MO
ABILIFY ORAL SOLN	3	MO	<i>doxepin</i>	1	MO
ABILIFY TABS 20MG, 2MG, 30MG, 5MG	3	QL(90 per 90 days) MO	EFFEXOR XR	3	QL(90 per 90 days) MO
ABILIFY TABS 15MG	3	QL(180 per 90 days) MO	EMSAM	3	QL(90 per 90 days) MO
ABILIFY TABS 10MG	3	QL(270 per 90 days) MO			
AMBIEN CR	2	MO			
<i>amitriptyline</i>	1	MO			
<i>amoxapine</i>	1	MO			
<i>amphetamine/dextroamphetamine tabs</i>	1	PA MO			
<i>budeprion sr</i>	1	QL(180 per 90 days) MO			

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
FANAPT TABS 1MG, 2MG, 4MG	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>haloperidol lactate inj</i>	1	MO
FANAPT TABS 10MG, 12MG, 6MG, 8MG	3	QL(180 per 90 days) MO	<i>imipramine</i>	1	MO
FANAPT TITRATION PACK	3	MO	<i>imipramine pamoate</i>	1	MO
FAZACLO	3		INVEGA SUSTENNA	2	MO
<i>fluoxetine caps 40mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO	INVEGA TB24 1.5MG, 3MG, 9MG	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>fluoxetine caps 20mg</i>	1	QL(360 per 90 days) MO	INVEGA TB24 6MG	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>fluoxetine caps 10mg</i>	1	QL(720 per 90 days) MO	LATUDA TABS 80MG	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>fluoxetine dr</i>	1	QL(12 per 90 days) MO	LATUDA TABS 40MG	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>fluoxetine oral soln</i>	1	MO	LEXAPRO ORAL SOLN	2	MO
<i>fluoxetine tabs 20mg</i>	1	QL(360 per 90 days) MO	LEXAPRO TABS	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>fluoxetine tabs 10mg</i>	1	QL(720 per 90 days) MO	<i>lithium carbonate</i>	1	MO
<i>fluphenazine conc</i>	1		<i>lithium carbonate er</i>	1	MO
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	1	MO	<i>lithium citrate</i>	1	MO
<i>fluphenazine elix</i>	1	MO	<i>loxapine</i>	1	MO
<i>fluphenazine inj</i>	1	MO	LUNESTA	2	MO
<i>fluphenazine tabs</i>	1	MO	<i>maprotiline</i>	1	MO
<i>fluvoxamine</i>	1	QL(270 per 90 days) MO	MARPLAN	2	MO
FOCALIN XR	2	PA MO	METADATE CD	3	PA MO
GEODON CAPS	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>metadate er</i>	1	PA MO
GEODON INJ	2	MO	<i>methamphetamine hcl</i>	1	PA MO
HALDOL	2	MO	METHYLIN CHEW	3	PA MO
HALDOL DECANOATE 100	2	MO	<i>methylin er</i>	1	PA MO
HALDOL DECANOATE 50	2	MO	METHYLIN ORAL SOLN	3	PA MO
<i>haloperidol</i>	1	MO	<i>methylin tabs</i>	1	PA MO
<i>haloperidol decanoate inj</i>	1	MO	<i>methylphenidate hcl sr</i>	1	PA
			<i>methylphenidate hcl tabs 20mg</i>	1	PA
			<i>methylphenidate hcl tabs 10mg, 5mg</i>	1	PA MO
			<i>methylphenidate hydrochloride</i>	1	PA MO
			<i>mirtazapine</i>	1	QL(90 per 90 days) MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
<i>mirtazapine odt tbdp 30mg, 45mg</i>	1	QL(90 per 90 days) MO	<i>selfemra caps 20mg</i>	1	QL(360 per 90 days) MO
NARDIL	2	MO	<i>selfemra caps 10mg</i>	1	QL(720 per 90 days)
NAVANE CAPS 20MG	2		SEROQUEL TABS 25MG, 300MG, 400MG	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>nefazodone</i>	1	QL(180 per 90 days) MO	SEROQUEL TABS 100MG, 200MG, 50MG	2	QL(270 per 90 days) MO
<i>nortriptyline</i>	1	MO	SEROQUEL XR TB24 150MG, 300MG, 400MG	2	QL(180 per 90 days) MO
ORAP	2	MO	SEROQUEL XR TB24 200MG, 50MG	2	QL(270 per 90 days) MO
<i>paroxetine er tb24 12.5mg, 37.5mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO	<i>sertraline conc</i>	1	MO
<i>paroxetine er tb24 25mg</i>	1	QL(270 per 90 days) MO	<i>sertraline tabs 100mg, 25mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO
<i>paroxetine susp</i>	1	MO	<i>sertraline tabs 50mg</i>	1	QL(270 per 90 days) MO
<i>paroxetine tabs 20mg, 40mg</i>	1	QL(90 per 90 days) MO	SILENOR	3	MO
<i>paroxetine tabs 10mg, 30mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO	STRATTERA	2	MO
PAXIL SUSP	2	MO	SURMONTIL	3	MO
<i>perphenazine</i>	1	MO	SYMBYAX	3	QL(90 per 90 days) MO
<i>phenelzine sulfate</i>	1	MO	<i>thioridazine</i>	1	MO
PRISTIQ	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>thiothixene</i>	1	MO
<i>protriptyline hcl</i>	1	MO	<i>tranylcypromine</i>	1	MO
PROVIGIL	2	PA QL(90 per 90 days) MO	<i>trazodone</i>	1	MO
RISPERDAL CONSTA	2	MO	<i>trifluoperazine</i>	1	MO
<i>risperidone odt</i>	1	QL(180 per 90 days) MO	<i>venlafaxine hcl er cp24 150mg, 37.5mg</i>	1	QL(90 per 90 days) MO
<i>risperidone oral soln</i>	1	MO	<i>venlafaxine hcl er cp24 75mg</i>	1	QL(270 per 90 days) MO
<i>risperidone tabs</i>	1	QL(180 per 90 days) MO	VENLAFAXINE HCL ER TB24 225MG	3	
RITALIN LA	3	PA MO	VENLAFAXINE HCL ER TB24 150MG, 37.5MG, 75MG	3	MO
ROZEREM	3	MO			
SAPHRIS	2	QL(180 per 90 days) MO			

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
<i>venlafaxine hcl tabs 100mg, 25mg, 37.5mg</i>	1	QL(270 per 90 days) MO	<i>sorine tabs 120mg, 160mg, 80mg</i>	1	MO
<i>venlafaxine hcl tabs 75mg</i>	1	QL(450 per 90 days) MO	<i>sotalol</i>	1	MO
<i>venlafaxine hcl tabs 50mg</i>	1	QL(675 per 90 days) MO	TIKOSYN	3	MO
VIIBRYD	3	PA QL(90 per 90 days) MO	<b>ANTIHYPERTENSIVE THERAPY</b>		
XYREM	4	PA	<i>acebutolol</i>	1	MO
<i>zaleplon</i>	1	MO	<i>afeditab cr</i>	1	MO
<i>zolpidem</i>	1	MO	<i>amiloride</i>	1	MO
<i>zolpidem tartrate er</i>	1	MO	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
ZYPREXA INJ	2	MO	<i>amlodipine</i>	1	MO
ZYPREXA TABS	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>amlodipine / benazepril</i>	1	QL(90 per 90 days) MO
ZYPREXA ZYDIS	2	QL(90 per 90 days) MO	AMTURNIDE	2	QL(90 per 90 days) MO
<b>CARDIOVASCULAR, HYPERTENSION / LIPIDS</b>			ATACAND HCT	2	QL(90 per 90 days) MO
<b>ANTIARRHYTHMIC AGENTS</b>			ATACAND TABS 32MG, 4MG, 8MG	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>amiodarone inj 50mg/ml</i>	1		ATACAND TABS 16MG	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>amiodarone tabs</i>	1	MO	<i>atenolol</i>	1	MO
<i>disopyramide phosphate</i>	1	MO	<i>atenolol / chlorthalidone</i>	1	MO
<i>flecainide acetate</i>	1	MO	AVALIDE	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>mexiletine</i>	1	MO	AVAPRO	2	QL(90 per 90 days) MO
MULTAQ	2	MO	<i>benazepril</i>	1	MO
NORPACE CR CP12 100MG	2	MO	<i>benazepril / hydrochlorothiazide tabs 20mg; 12.5mg, 20mg; 25mg</i>	1	QL(360 per 90 days) MO
PACERONE TABS 100MG	2	MO	<i>benazepril / hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg</i>	1	QL(720 per 90 days) MO
<i>pacerone tabs 200mg</i>	1	MO	<i>benazepril / hydrochlorothiazide tabs 5mg; 6.25mg</i>	1	QL(1440 per 90 days) MO
<i>procainamide</i>	1		<i>betaxolol hcl</i>	1	MO
<i>propafenone hcl</i>	1	MO	BIDIL	2	QL(540 per 90 days) MO
<i>propafenone hcl er</i>	1	MO			
<i>quinidine gluconate er</i>	1	MO			
<i>quinidine sulfate</i>	1	MO			
<i>quinidine sulfate er</i>	1	MO			
RYTHMOL SR	2	MO			
<i>sorine tabs 240mg</i>	1				

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
<i>bisoprolol fumarate</i>	1	MO	DIOVAN TABS 320MG	2	QL(90 per 90 days)
<i>bisoprolol fumarate / hydrochlorothiazide</i>	1	MO			MO
<i>bumetanide</i>	1	MO	DIOVAN TABS 160MG, 40MG, 80MG	2	QL(180 per 90 days)
BYSTOLIC	2	MO			MO
<i>captopril</i>	1	MO	<i>doxazosin</i>	1	QL(180 per 90 days)
<i>captopril/hydrochlorothiazide tabs 25mg; 15mg, 25mg; 25mg, 50mg; 15mg</i>	1	QL(90 per 90 days)			MO
<i>captopril/hydrochlorothiazide tabs 50mg; 25mg</i>	1	QL(270 per 90 days)	EDECRIN	2	MO
		MO	<i>enalapril</i>	1	MO
<i>cartia xt</i>	1	MO	<i>enalapril / hydrochlorothiazide tabs 5mg; 12.5mg</i>	1	QL(90 per 90 days)
<i>carvedilol</i>	1	MO			MO
<i>chlorothiazide</i>	1	MO	<i>enalapril / hydrochlorothiazide tabs 10mg; 25mg</i>	1	QL(180 per 90 days)
<i>chlorothiazide sodium</i>	1	MO			MO
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	1	MO	<i>eplerenone</i>	1	MO
<i>clonidine ptwk</i>	1	MO	EXFORGE	2	QL(90 per 90 days)
<i>clonidine tabs</i>	1	MO			MO
COREG CR	2	MO	EXFORGE HCT	2	QL(90 per 90 days)
COZAAR TABS 100MG	2	QL(90 per 90 days)			MO
		MO	<i>felodipine er</i>	1	MO
COZAAR TABS 25MG, 50MG	2	QL(180 per 90 days)	<i>fosinopril</i>	1	MO
		MO	<i>fosinopril / hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg</i>	1	QL(90 per 90 days)
DEMSER	2	MO			MO
DIBENZYLINE	3	MO	<i>fosinopril / hydrochlorothiazide tabs 20mg; 12.5mg</i>	1	QL(360 per 90 days)
<i>dilt-cd cp24 120mg, 300mg</i>	1	MO			MO
<i>dilt-xr cp24 180mg, 240mg</i>	1		<i>furosemide inj</i>	1	MO
<i>diltiazem cd cp24 120mg, 240mg, 300mg</i>	1	MO	<i>furosemide oral soln 10mg/ml</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl er cp12</i>	1	MO	FUROSEMIDE ORAL SOLN 8MG/ML	2	MO
<i>diltiazem hcl er cp24 360mg, 420mg</i>	1	MO	<i>furosemide tabs</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl inj 25mg/5ml</i>	1		<i>guanfacine hcl</i>	1	MO
DILTIAZEM HCL INJ 100MG	2		<i>hydralazine</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl tabs</i>	1	MO	<i>hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>diltzac cp24 360mg</i>	1		HYZAAR	2	QL(90 per 90 days)
<i>diltzac cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	1	MO			MO
DIOVAN HCT	2	QL(90 per 90 days)	<i>indapamide</i>	1	MO
		MO	<i>isradipine</i>	1	MO
			<i>labetalol inj</i>	1	

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
<i>labetalol tabs</i>	1	MO	<i>moexipril/hydrochlorothiazide tabs 25mg; 15mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO
<i>lisinopril</i>	1	MO	<i>nadolol</i>	1	MO
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg</i>	1	QL(90 per 90 days) MO	<i>nadolol/bendroflumethiazide</i>	1	MO
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide tabs 25mg; 20mg</i>	1	QL(360 per 90 days) MO	<i>nicardipine caps</i>	1	MO
<i>losartan potassium tabs 100mg</i>	1	QL(90 per 90 days) MO	<i>nifediac cc</i>	1	MO
<i>losartan potassium tabs 25mg, 50mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO	<i>nifedical xl</i>	1	MO
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 100mg, 25mg; 100mg</i>	1	QL(90 per 90 days) MO	<i>nifedipine</i>	1	MO
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 50mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO	<i>nifedipine er tb24 30mg, 60mg</i>	1	
LOTREL CAPS 10MG; 40MG, 5MG; 40MG	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>nifedipine er tb24 90mg</i>	1	MO
<i>matzim la</i>	1	MO	NIMODIPINE	4	MO
<i>methyclothiazide</i>	1	MO	<i>nisoldipine</i>	1	MO
<i>metolazone</i>	1	MO	<i>nisoldipine er</i>	1	MO
<i>metoprolol succinate er</i>	1		<i>perindopril erbumine</i>	1	MO
METOPROLOL TARTRATE INJ	2		<i>pindolol</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate tabs</i>	1	MO	<i>prazosin</i>	1	QL(360 per 90 days) MO
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	1	MO	<i>propranolol hcl er</i>	1	MO
MICARDIS HCT	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>propranolol hcl inj</i>	1	
MICARDIS TABS 20MG, 40MG	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>propranolol hcl oral soln</i>	1	MO
MICARDIS TABS 80MG	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>propranolol hcl tabs</i>	1	MO
<i>minoxidil tabs</i>	1	MO	<i>propranolol/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>moexipril</i>	1	MO	<i>quinapril</i>	1	MO
<i>moexipril/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 15mg, 12.5mg; 7.5mg</i>	1	QL(90 per 90 days) MO	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	1	QL(90 per 90 days) MO
			<i>ramipril</i>	1	MO
			<i>reserpine</i>	1	MO
			SODIUM EDECIN	2	
			<i>spironolactone</i>	1	MO
			<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
			SULAR	2	MO
			<i>taztia xt</i>	1	MO
			TEKAMLO	2	QL(90 per 90 days) MO
			TEKTURNA	2	QL(90 per 90 days) MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
TEKTURNA HCT	2	QL(90 per 90 days)	HEPARIN SODIUM/NAACL 0.45%	2	
<i>terazosin hcl</i>	1	QL(180 per 90 days)	<i>heparin sodium/sodium chloride 0.9% premix</i>	1	
<i>timolol maleate</i>	1	MO	<i>jantoven</i>	1	MO
<i>torseמידe tabs</i>	1	MO	LOVENOX	2	MO
<i>trandolapril</i>	1	MO	<i>pentopak</i>	1	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	1	MO	<i>pentoxifylline er</i>	1	MO
TWYNSTA	2	QL(90 per 90 days)	PLAVIX	2	MO
		MO	PRADAXA	2	MO
VALTURNA	2	QL(90 per 90 days)	PROMACTA TABS 50MG, 75MG	4	LA PA QL(90 per 90 days)
		MO			MO
<i>verapamil er cp24</i>	1	MO	PROMACTA TABS 25MG	4	LA PA QL(270 per 90 days)
<i>verapamil er tbcr 120mg, 240mg</i>	1				MO
<i>verapamil er tbcr 180mg</i>	1	MO	<i>ticlopidine hcl</i>	1	MO
<i>verapamil inj</i>	1		<i>warfarin</i>	1	MO
<i>verapamil tabs</i>	1	MO			
<b>CARDIAC GLYCOSIDES</b>			<b>LIPID/CHOLESTEROL LOWERING AGENTS</b>		
<i>digoxin inj</i>	1		ADVICOR	3	MO
<i>digoxin oral soln</i>	1	MO	ANTARA	2	MO
<i>digoxin tabs</i>	1	MO	CADUET	2	QL(90 per 90 days)
LANOXIN INJ 0.1MG/ML	2				MO
<b>COAGULATION THERAPY</b>			<i>cholestyramine light pack</i>	1	MO
AGGRENOX	2	MO	<i>colestipol</i>	1	MO
ARIXTRA	2	MO	CRESTOR	2	QL(90 per 90 days)
<i>cilostazol</i>	1	MO			MO
CYKLOKAPRON	2	MO	<i>fenofibrate</i>	1	MO
<i>dipyridamole tabs</i>	1	MO	<i>fenofibrate micronized</i>	1	MO
EFFIENT	2	MO	<i>gemfibrozil</i>	1	MO
<i>enoxaparin sodium</i>	1	MO	LIPITOR	2	QL(90 per 90 days)
FRAGMIN	2	MO			MO
HEPARIN SODIUM INJ 2500UNIT/ML	2		<i>lovastatin tabs 10mg</i>	1	QL(90 per 90 days)
HEPARIN SODIUM INJ 2000UNIT/ML	2	MO			MO
<i>heparin sodium inj 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/ml</i>	1	MO	<i>lovastatin tabs 20mg, 40mg</i>	1	QL(180 per 90 days)
<i>heparin sodium/d5w inj 5%; 40unit/ml</i>	1				MO
			LOVAZA	2	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
NIASPAN	2	MO
<i>pravastatin tabs 10mg, 20mg, 80mg</i>	1	QL(90 per 90 days) MO
<i>pravastatin tabs 40mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO
<i>prevalite powd</i>	1	MO
SIMCOR TB24 1000MG; 40MG, 500MG; 40MG	2	QL(90 per 90 days) MO
SIMCOR TB24 1000MG; 20MG, 500MG; 20MG, 750MG; 20MG	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>simvastatin</i>	1	QL(90 per 90 days) MO
TRICOR	2	MO
TRIGLIDE	2	MO
TRILIPIX	2	MO
VYTORIN	2	QL(90 per 90 days) MO
WELCHOL	2	MO
ZETIA	2	QL(90 per 90 days) MO

### **MISCELLANEOUS CARDIOVASCULAR AGENTS**

RANEXA	2	MO
<b>NITRATES</b>		
<i>isosorbide dinitrate</i>	1	MO
<i>isosorbide dinitrate er</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	MO
<i>nitro-bid</i>	1	MO
NITRO-DUR PT24 0.3MG/HR, 0.8MG/HR	2	MO
<i>nitroglycerin inj</i>	1	B/D PA
<i>nitroglycerin pt24 0.2mg/hr, 0.6mg/hr</i>	1	
<i>nitroglycerin pt24 0.4mg/hr</i>	1	MO
<i>nitroglycerin transdermal pt24 0.1mg/hr</i>	1	MO
NITROLINGUAL PUMPSPRAY	2	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
NITROSTAT	2	MO

### **DERMATOLOGICALS/TOPICAL THERAPY**

#### **ANTIPSORIATIC / ANTISEBORRHEIC**

<i>calcipotriene</i>	1	MO
DOVONEX	2	MO
<i>selenium sulfide lotn 2.5%</i>	1	MO
SORIATANE	2	MO

#### **BURN THERAPY**

<i>silver sulfadiazine</i>	1	MO
<i>ssd</i>	1	MO
<i>thermazene</i>	1	MO

#### **MISCELLANEOUS DERMATOLOGICALS**

8-MOP	2	MO
<i>ammonium lactate</i>	1	MO
CARAC	2	MO
CARMOL-HC	2	MO
CONDYLOX GEL	2	MO
ELIDEL	3	MO
FLUOROPLEX	2	MO
<i>fluorouracil crea</i>	1	MO
<i>fluorouracil external soln</i>	1	MO
<i>imiquimod</i>	1	MO
<i>laclotion</i>	1	MO
OXSORALEN ULTRA	4	MO
PANRETIN	2	MO
<i>podofilox</i>	1	MO
PROTOPIC	3	MO
REGNANEX	2	PA MO
SOLARAZE	2	MO

#### **THERAPY FOR ACNE**

<i>adapalene</i>	1	
<i>amnesteem</i>	1	
<i>avita crea</i>	1	MO
AZELEX	2	MO
<i>claravis</i>	1	
<i>clindamycin phosphate external soln</i>	1	MO
<i>clindamycin phosphate foam</i>	1	MO
<i>clindamycin phosphate gel</i>	1	MO
<i>clindamycin phosphate lotn</i>	1	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
<i>clindamycin phosphate swab</i>	1	MO	<i>kuric</i>	1	MO
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	1	MO	NAFTIN	2	MO
DIFFERIN	2	MO	<i>nyamyc</i>	1	MO
<i>ery</i>	1	MO	<i>nystatin / triamcinolone</i>	1	MO
<i>erythromycin / benzoyl peroxide</i>	1	MO	<i>nystatin crea</i>	1	MO
<i>erythromycin external soln</i>	1	MO	<i>nystatin external powd</i>	1	
<i>erythromycin gel</i>	1	MO	<i>nystatin oint</i>	1	MO
FINACEA	2	MO	<i>nystop</i>	1	MO
METROGEL	2	MO	<i>pedi-dri</i>	1	MO
<i>metronidazole</i>	1	MO	<b>TOPICAL ANTIVIRALS</b>		
<i>sotret</i>	1		DENAVIR	2	MO
TAZORAC	2	MO	ZOVIRAX CREA	3	MO
<i>tretinoin</i>	1	MO	ZOVIRAX OINT	3	MO
<b>TOPICAL ANESTHETICS</b>			<b>TOPICAL CORTICOSTEROIDS</b>		
<i>anestacon</i>	1	MO	<i>ala cort</i>	1	MO
<i>lidocaine / prilocaine crea</i>	1	MO	<i>ala-cort</i>	1	
<i>lidocaine external soln</i>	1	MO	<i>alclometasone dipropionate</i>	1	MO
<i>lidocaine gel</i>	1	MO	<i>amcinonide crea</i>	1	MO
<i>lidocaine inj 0.5%, 1%</i>	1		<i>amcinonide lotn</i>	1	MO
<i>lidocaine oint</i>	1	MO	<i>amcinonide oint</i>	1	
<i>lidocaine viscous</i>	1	MO	<i>augmented betamethasone dipropionate crea</i>	1	MO
LIDODERM	2	PA MO	<i>augmented betamethasone dipropionate gel</i>	1	
<b>TOPICAL ANTIBACTERIALS</b>			<i>augmented betamethasone dipropionate lotn</i>	1	MO
ALTABAX	2	MO	<i>augmented betamethasone dipropionate oint</i>	1	MO
BACTROBAN CREA	2	MO	<i>beta-val</i>	1	MO
<i>gentamicin sulfate crea</i>	1	MO	<i>betamethasone dipropionate</i>	1	MO
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	1	MO	<i>betamethasone valerate</i>	1	MO
<i>mupirocin</i>	1	MO	CAPEX	2	MO
PHISOHEX	2	MO	<i>clobetasol propionate e</i>	1	MO
<i>sodium sulfacetamide</i>	1	MO	<i>clobetasol propionate external soln</i>	1	
SULFAMYLON	2	MO	<i>clobetasol propionate foam</i>	1	
<b>TOPICAL ANTIFUNGALS</b>			<i>clobetasol propionate gel</i>	1	MO
<i>ciclopirox</i>	1	MO	<i>clobetasol propionate oint</i>	1	MO
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	1	MO	CLOBEX LOTN	2	MO
<i>ciclopirox olamine</i>	1	MO	CLOBEX SHAM	2	MO
<i>clotrimazole / betamethasone</i>	1	MO	CORDRAN TAPE	2	MO
<i>clotrimazole external crea</i>	1	MO	<i>desonide</i>	1	MO
<i>clotrimazole external soln</i>	1	MO	<i>desoximetasone</i>	1	MO
<i>econazole nitrate</i>	1	MO			
ERTACZO	2	MO			
<i>ketoconazole</i>	1	MO			

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
<i>diflorasone diacetate</i>	1	MO	CAMPRAL	2	QL(540 per 90 days)
<i>fluocinolone acetonide</i>	1	MO			MO
<i>fluocinonide emollient base</i>	1		CHEMET	2	MO
<i>fluocinonide external soln</i>	1	MO	CLINIMIX / DEXTROSE	2	
<i>fluocinonide gel</i>	1	MO	DEXTROSE 10%/NACL 0.45%	2	
<i>fluocinonide oint</i>	1	MO	<i>dextrose 10% flex container</i>	1	
<i>fluticasone propionate</i>	1	MO	DEXTROSE 10%/NACL 0.2%	2	
<i>halobetasol propionate</i>	1	MO	<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	1	MO	<i>dextrose 5%</i>	1	MO
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	1	MO	<i>dextrose 5%/nacl 0.2%</i>	1	
<i>hydrocortisone lotn</i>	1	MO	<i>dextrose 5%/nacl 0.225%</i>	1	
<i>hydrocortisone oint 1%, 2.5%</i>	1	MO	DEXTROSE 5%/NACL 0.33%	2	
<i>hydrocortisone valerate</i>	1	MO	<i>dextrose 5%/nacl 0.45%</i>	1	MO
LOCOID LOTN	2	MO	<i>dextrose 5%/nacl 0.9%</i>	1	MO
LUXIQ	2	MO	<i>etidronate disodium</i>	1	MO
<i>mometasone furoate</i>	1	MO	EVOXAC	2	MO
PANDEL	2	MO	EXJADE	4	LA MO
<i>prednicarbate</i>	1	MO	FOSRENOL	2	MO
<i>triamcinolone acetonide crea</i>	1	MO	INCRELEX	4	LA PA MO
<i>triamcinolone acetonide lotn</i>	1	MO	<i>kionex powd</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide oint</i>	1	MO	<i>levocarnitine oral soln</i>	1	MO
<i>triderm</i>	1	MO	<i>levocarnitine tabs</i>	1	B/D PA MO
<b>TOPICAL ENZYMES</b>			<i>midodrine</i>	1	MO
SANTYL	2	MO	ORFADIN	4	LA MO
<b>TOPICAL SCABICIDES / PEDICULICIDES</b>			<i>pilocarpine hcl tabs</i>	1	MO
<i>acticin</i>	1	MO	PROLASTIN INJ 500MG	4	LA MO
EURAX	2	MO	PROLASTIN-C	4	
LINDANE	2	MO	RENAGEL	2	MO
<i>malathion</i>	1	MO	REVELA	2	MO
<i>permethrin crea</i>	1	MO	RILUTEK	4	MO
ULESFIA	3	MO	SKELID	3	PA QL(180 per 90 days)
<b>DIAGNOSTICS / MISCELLANEOUS AGENTS</b>			<i>sodium chloride 0.9%</i>	1	MO
<b>MISCELLANEOUS AGENTS</b>			<i>sodium chloride inj 0.9%</i>	1	MO
ACTONEL TABS 30MG	2	PA MO	SYPRINE	2	MO
ADAGEN	4	LA MO	<b>SMOKING DETERRENTS</b>		
<i>alcohol 5%/dextrose 5%</i>	1		<i>buproban</i>	1	PA QL(180 per 90 days)
<i>alendronate sodium tabs 40mg</i>	1	PA MO			MO
<i>anagrelide hydrochloride</i>	1	MO	CHANTIX TABS	2	PA MO
ANTABUSE TABS 250MG	2	MO			
BUPHENYL	2	MO			

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
CHANTIX TABS 0.5MG, 1MG	2	PA QL(168 per 90 days)	<b>ADRENAL HORMONES</b>		
NICOTROL INHALER	3	MO PA QL(1008 per 90 days)	<i>a-hydrocort</i>	1	MO
NICOTROL NASAL	3	PA QL(120 per 90 days)	<i>a-methapred inj 40mg</i>	1	B/D PA
		MO	<i>a-methapred inj 125mg</i>	1	B/D PA MO
<b>EAR, NOSE / THROAT MEDICATIONS</b>			<i>cortisone acetate</i>	1	MO
<b>MISCELLANEOUS AGENTS</b>			DEPO-MEDROL	2	B/D PA MO
ASTELIN	3	MO	<i>dexamethasone elix</i>	1	MO
ASTEPRO	2	MO	<i>dexamethasone inj 4mg/ml</i>	1	MO
<i>azelastine hcl</i>	1	MO	DEXAMETHASONE	2	MO
BACTROBAN NASAL	2	MO	INTENSOL		
<i>chlorhexidine gluconate oral rinse</i>	1	MO	<i>dexamethasone tabs 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 4mg, 6mg</i>	1	MO
<i>ipratropium bromide nasal soln</i>	1	MO	DEXAMETHASONE TABS 1MG, 2MG	2	MO
<i>periogard</i>	1	MO	<i>fludrocortisone acetate</i>	1	MO
<i>triamcinolone in orabase</i>	1	MO	<i>hydrocortisone tabs</i>	1	MO
TYZINE	2	MO	<i>methylprednisolone acetate</i>	1	B/D PA MO
TYZINE PEDIATRIC NASAL DROPS	2	MO	<i>methylprednisolone</i>	1	B/D PA
<b>MISCELLANEOUS OTIC PREPARATIONS</b>			<i>sodiumsuccinate inj 125mg, 40mg</i>	2	B/D PA MO
<i>acetazol hc</i>	1	MO	METHYLPREDNISOLONE		
<i>acetic acid</i>	1	MO	SODIUMSUCCINATE INJ 1000MG		
<i>acetic acid / hydrocortisone</i>	1	MO	<i>methylprednisolone tabs 32mg</i>	1	B/D PA
<i>borofair</i>	1	MO	<i>methylprednisolone tabs 16mg, 4mg, 8mg</i>	1	B/D PA MO
DERMOTIC	2	MO	<i>prednisolone sodium phosphate oral soln</i>	1	B/D PA MO
<i>ofloxacin</i>	1	MO	<i>prednisone</i>	1	B/D PA MO
<b>OTIC STEROID / ANTIBIOTIC</b>			PREDNISON INTENSOL	2	B/D PA MO
CIPRO HC	3	MO	SOLU-CORTEF INJ 100MG, 250MG	2	MO
CIPRODEX	2	MO	SOLU-MEDROL INJ 2GM	2	B/D PA
COLY-MYCIN S	2	MO	SOLU-MEDROL INJ 40MG	2	B/D PA MO
CORTISPORIN-TC	2	MO	<i>solu-medrol inj 500mg</i>	1	B/D PA MO
<i>cortomycin</i>	1	MO	<b>ANTITHYROID AGENTS</b>		
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	1	MO	<i>methimazole</i>	1	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic susp</i>	1	MO	<i>propylthiouracil</i>	1	MO
<b>ENDOCRINE/DIABETES</b>			<b>DIABETES THERAPY</b>		
			<i>acarbose</i>	1	QL(270 per 90 days)
			ACTOPLUS MET	2	MO QL(270 per 90 days) MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
ACTOS	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg</i>	1	QL(90 per 90 days) MO
ALCOHOL PREPS	2		<i>glimepiride tabs 4mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO
APIDRA	2	MO			
AVANDAMET	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>glipizide / metformin</i>	1	QL(360 per 90 days) MO
AVANDARYL TABS 2MG; 8MG, 4MG; 4MG, 4MG; 8MG	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>glipizide er tb24 2.5mg, 5mg</i>	1	QL(90 per 90 days)
AVANDARYL TABS 1MG; 4MG, 2MG; 4MG	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>glipizide er tb24 10mg</i>	1	QL(180 per 90 days)
AVANDIA TABS 8MG	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>glipizide tabs 10mg</i>	1	QL(360 per 90 days) MO
AVANDIA TABS 2MG, 4MG	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>glipizide tabs 5mg</i>	1	QL(720 per 90 days) MO
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	2	MO	GLUCAGEN HYPOKIT	2	MO
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/0.3ML/31G X 5/16"	2	MO	GLUCAGON EMERGENCY KIT	2	MO
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/0.5ML/30G X 1/2"	2	MO	<i>glyburide / metformin tabs 1.25mg; 250mg, 2.5mg; 500mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/1ML/31G X 5/16"	2	MO	<i>glyburide / metformin tabs 5mg; 500mg</i>	1	QL(360 per 90 days) MO
BD PEN NEEDLE/ULTRAFINE/29G X 12.7MM	2	MO	<i>glyburide micronized</i>	1	QL(180 per 90 days) MO
BYETTA	3	QL(7.2 per 90 days) ST MO	<i>glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO
DUETACT	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>glyburide tabs 5mg</i>	1	QL(360 per 90 days) MO
FORTAMET TB24 1000MG	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>glycron tabs 1.5mg, 3mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO
FORTAMET TB24 500MG	2	QL(450 per 90 days) MO	GLYCRON TABS 4.5MG	2	QL(360 per 90 days)
GAUZE PADS 2"X2"	2	MO	GLYSET	3	MO
			HUMALOG	2	MO
			HUMALOG KWIKPEN	2	MO
			HUMALOG MIX 50/50	2	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	2	MO	NOVOLIN 70/30	2	MO
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	2	MO	NOVOLIN N	2	MO
HUMULIN 70/30	2	MO	NOVOLIN R	2	MO
HUMULIN 70/30 PEN	2	MO	NOVOLOG	2	MO
HUMULIN N	2	MO	NOVOLOG FLEXPEN	2	MO
HUMULIN N U-100 PEN	2	MO	NOVOLOG MIX 70/30	2	MO
HUMULIN R	2	MO	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	2	MO
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	2	MO	ONGLYZA	2	QL(90 per 90 days) MO
JANUMET	2	QL(180 per 90 days) MO	PRANDIN TABS 0.5MG, 1MG	2	QL(360 per 90 days) MO
JANUVIA	2	QL(90 per 90 days) MO	PRANDIN TABS 2MG	2	QL(720 per 90 days) MO
KOMBIGLYZE XR TB24 1000MG; 5MG, 500MG; 5MG	2	QL(90 per 90 days) MO	PROGLYCEM	2	MO
KOMBIGLYZE XR TB24 1000MG; 2.5MG	2	QL(180 per 90 days) MO	STARLIX TABS 120MG	2	QL(270 per 90 days) MO
LANTUS	2	MO	SYMLIN	3	QL(60 per 90 days)
LANTUS SOLOSTAR	2	MO	SYMLINPEN 120	3	QL(33 per 90 days) MO
LEVEMIR	2	MO	SYMLINPEN 60	3	QL(33 per 90 days) MO
LEVEMIR FLEXPEN	2	MO	<i>tolazamide</i>	1	MO
<i>metformin hcl er tb24 750mg</i>	1	QL(270 per 90 days) MO	<i>tolbutamide</i>	1	MO
<i>metformin hcl er tb24 500mg</i>	1	QL(450 per 90 days) MO	<b>MISCELLANEOUS HORMONES</b>		
<i>metformin hcl tabs 1000mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO	ALDURAZYME	4	B/D LA PA MO
<i>metformin hcl tabs 850mg</i>	1	QL(270 per 90 days) MO	ANADROL-50	3	PA MO
<i>metformin hcl tabs 500mg</i>	1	QL(450 per 90 days) MO	ANDRODERM	2	PA QL(60 per 30 days) MO
<i>nateglinide</i>	1	QL(270 per 90 days) MO	ANDROGEL GEL 50MG/5GM	2	PA MO
			ANDROGEL PUMP GEL 1.62%	2	PA MO
			<i>androxy</i>	1	PA MO
			<i>cabergoline</i>	1	MO
			<i>calcitonin-salmon</i>	1	QL(12 per 90 days) MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
<i>calcitriol caps</i>	1	B/D PA MO	<i>unithroid tabs 100mcg, 112mcg,</i>	1	MO
<i>calcitriol inj 1mcg/ml</i>	1	B/D PA MO	<i>125mcg, 150mcg, 175mcg,</i>		
<i>calcitriol oral soln</i>	1	B/D PA MO	<i>200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg,</i>		
CEREZYME INJ 200UNIT	4	B/D LA PA MO	<i>75mcg, 88mcg</i>		
<i>danazol</i>	1	MO	<b>GASTROENTEROLOGY</b>		
<i>desmopressin acetate</i>	1	MO	<b>ANTIDIARRHEALS / ANTISPASMODICS</b>		
FABRAZYME INJ 35MG	4	B/D LA PA MO	<i>atropine sulfate inj 0.1mg/ml</i>	1	
<i>fortical</i>	1	QL(12 per 90 days) MO	ATROPINE SULFATE INJ	2	
HECTOROL CAPS	2	B/D PA MO	0.05MG/ML		
HECTOROL INJ	2	B/D PA	<i>dicyclomine hcl caps</i>	1	MO
KUVAN	4	LA MO	<i>dicyclomine hcl oral soln</i>	1	MO
MIACALCIN INJ	2	B/D PA MO	<i>dicyclomine hcl tabs</i>	1	MO
NAGLAZYME	4	LA MO	<i>diphenoxylate / atropine</i>	1	MO
<i>oxandrolone</i>	1	PA MO	<i>glycopyrrolate</i>	1	MO
SAMSCA TABS 30MG	4	QL(730 per 365 days) MO	<i>loperamide hcl caps</i>	1	MO
SAMSCA TABS 15MG	4	QL(1460 per 365 days) MO	<i>propantheline bromide</i>	1	MO
SENSIPAR	2	MO	<b>MISCELLANEOUS GASTROINTESTINAL AGENTS</b>		
SOMAVERT	2	PA QL(90 per 90 days) MO	AMITIZA	2	MO
STIMATE	2	MO	ASACOL	2	MO
SYNAREL	3	MO	ASACOL HD	2	MO
TESTIM	3	PA MO	<i>balsalazide</i>	1	MO
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml</i>	1	PA MO	<i>budesonide cp24</i>	1	
<i>testosterone enanthate</i>	1	PA MO	CANASA	2	MO
ZAVESCA	2	LA	<i>compro</i>	1	MO
ZEMPLAR	2	B/D PA MO	<i>constulose</i>	1	MO
ZOMETA	4	MO	CORTIFOAM	2	MO
<b>THYROID HORMONES</b>			CREON CPEP 120000UNIT; 24000UNIT; 76000UNIT; 30000UNIT; 6000UNIT; 19000UNIT; 60000UNIT; 12000UNIT; 38000UNIT	2	MO
<i>levothyroxine tabs</i>	1		CYSTADANE	2	MO
<i>levoxyl</i>	1	MO	DIPENTUM	3	MO
<i>liothyronine sodium inj</i>	1		<i>dronabinol</i>	1	B/D PA MO
<i>liothyronine sodium tabs</i>	1	MO	EMEND CAPS 40MG	2	B/D PA QL(3 per 90 days) MO
<i>unithroid tabs 137mcg</i>	1		EMEND CAPS 125MG	2	B/D PA QL(6 per 90 days) MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
EMEND CAPS	2	B/D PA QL(18 per 90 days) MO	<i>ondansetron odt</i>	1	B/D PA QL(135 per 90 days) MO
EMEND CAPS 80MG	2	B/D PA QL(24 per 90 days) MO	PENTASA	2	MO
ENTOCORT EC	2	MO	<i>polyethylene glycol 3350 powd</i>	1	MO
<i>enulose</i>	1	MO	<i>prochlorperazine</i>	1	
GASTROCROM	2	MO	<i>prochlorperazine edisylate</i>	1	MO
<i>gavilyte-c</i>	1	MO	<i>prochlorperazine maleate</i>	1	MO
<i>gavilyte-g</i>	1	MO	<i>procto-pak</i>	1	MO
<i>gavilyte-n/flower pack</i>	1	MO	<i>proctosol hc</i>	1	MO
<i>generlac</i>	1		<i>proctozone-hc</i>	1	MO
<i>granisetron inj 0.1mg/ml, 1mg/ml</i>	1	QL(42 per 90 days) MO	RELISTOR	2	MO
<i>granisetron tabs</i>	1	B/D PA QL(180 per 90 days) MO	REMICADE	4	PA MO
HALFLYTELY BOWEL PREP/FLAVOR PACKS	2		SANCUSO	2	QL(6 per 90 days) MO
<i>hydrocortisone enem</i>	1		<i>sulfasalazine tabs</i>	1	MO
<i>lactulose</i>	1	MO	<i>sulfazine ec</i>	1	
LIALDA	2	MO	TRANSDERM-SCOP	3	MO
LOTRONEX	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>trilyte</i>	1	MO
<i>meclizine hcl</i>	1	MO	<i>ursodiol caps</i>	1	MO
<i>mesalamine enem</i>	1	MO	<i>ursodiol tabs</i>	1	
<i>metoclopramide</i>	1	MO	ZENPEP	2	MO
MOVIPREP	2	MO	ZUPLENZ	2	B/D PA QL(135 per 90 days) MO
<i>ondansetron hcl inj 4mg/2ml</i>	1	MO	<b>ULCER THERAPY</b>		
<i>ondansetron hcl oral soln</i>	1	B/D PA MO	CARAFATE SUSP	2	MO
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	1	B/D PA QL(21 per 90 days) MO	DEXILANT	3	QL(90 per 90 days) ST MO
<i>ondansetron hcl tabs 4mg, 8mg</i>	1	B/D PA QL(135 per 90 days) MO	<i>famotidine inj</i>	1	MO
			<i>famotidine premixed</i>	1	
			<i>famotidine susr</i>	1	MO
			<i>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	1	MO
			<i>lansoprazole</i>	1	QL(180 per 90 days) MO
			<i>lansoprazole odt</i>	1	QL(180 per 90 days) MO
			<i>misoprostol</i>	1	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
NEXIUM	2	QL(90 per 90 days) MO	ARANESP INJ 300MCG/0.6ML, 60MCG/0.3ML	2	PA QL(7.2 per 90 days) MO
NEXIUM I.V. INJ 20MG	2		ARANESP INJ 40MCG/0.4ML	2	PA QL(9.6 per 90 days) MO
NEXIUM I.V. INJ 40MG	2	MO			
<i>nizatidine</i>	1	MO	ARANESP INJ 25MCG/0.42ML	2	PA QL(10.08 per 90 days) MO
<i>omeprazole cpdr 40mg</i>	1	QL(90 per 90 days) MO			
<i>omeprazole cpdr 10mg, 20mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO	ARANESP INJ 100MCG/ML, 200MCG/ML, 300MCG/ML	2	PA QL(12 per 90 days) MO
<i>omeprazole/sodium bicarbonate</i>	1	QL(90 per 90 days) MO	ARANESP INJ 25MCG/ML, 40MCG/ML, 60MCG/ML	2	PA QL(24 per 90 days) MO
<i>pantoprazole</i>	1	QL(180 per 90 days) MO	ARCALYST	4	LA MO
PEPCID SUSR	2	MO	AVONEX	4	PA QL(12 per 90 days) MO
PREVPAC	3	MO	BETASERON	4	PA QL(45 per 90 days) MO
PYLERA	2	MO	EPOGEN INJ 40000UNIT/ML	3	PA QL(12 per 90 days) MO
<i>ranitidine hcl caps</i>	1	MO	EPOGEN INJ 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	3	PA QL(36 per 90 days) MO
<i>ranitidine hcl syrup</i>	1	MO	EPOGEN INJ 10000UNIT/ML	3	PA QL(72 per 90 days) MO
<i>ranitidine hcl tabs</i>	1	MO			
<i>sucralfate</i>	1	MO			
ZANTAC INJ 50MG/50ML; 0.45%	2	MO			
<b>IMMUNOLOGY, VACCINES / BIOTECHNOLOGY</b>					
<b>BIOTECHNOLOGY DRUGS</b>					
ACTIMMUNE	4	LA PA MO	INTRON-A INJ 10MU/0.2ML, 3MU/0.2ML, 5MU/0.2ML	2	PA
ARANESP INJ 500MCG/ML	2	PA QL(3 per 90 days) MO	INTRON-A INJ 6000000UNIT/ML	2	PA MO
ARANESP INJ 150MCG/0.3ML	2	PA QL(3.6 per 90 days) MO	INTRON-A WITH DILUENT INJ 10MU	2	PA MO
ARANESP INJ 200MCG/0.4ML	2	PA QL(4.8 per 90 days) MO	LEUKINE	4	PA MO
ARANESP INJ 100MCG/0.5ML	2	PA QL(6 per 90 days) MO	MOZOBIL	4	QL(4.8 per 90 days) MO
			NEULASTA	3	PA QL(3.6 per 90 days) MO
			NEUMEGA	4	PA QL(63 per 90 days) MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
NEUPOGEN INJ 300MCG/0.5ML	4	PA QL(21 per 90 days) MO	CERVARIX	2	PA
NEUPOGEN INJ 480MCG/0.8ML	4	PA QL(33.6 per 90 days) MO	COMVAX	2	MO
NEUPOGEN INJ 480MCG/1.6ML	4	PA QL(67.2 per 90 days) MO	DAPTACEL	2	MO
NORDITROPIN FLEXP 15MG/1.5ML, 5MG/1.5ML	4	PA MO	DECAVAC	2	MO
NORDITROPIN FLEXP 10MG/1.5ML	2	PA MO	DIPHThERIA/TETANUS TOXOID PEDIATRIC	2	MO
NORDITROPIN NORDIFLEX PEN	2	PA MO	ENGERIX-B INJ 10MCG/0.5ML	2	B/D PA
<i>omnitrope inj 5mg/1.5ml</i>	1	PA MO	ENGERIX-B INJ 20MCG/ML	2	B/D PA MO
PEG-INTRON INJ 50MCG/0.5ML	4	PA QL(12 per 90 days) MO	GARDASIL	2	PA MO
PEG-INTRON REDIPEN	4	PA QL(12 per 90 days) MO	HAVRIX INJ 720ELU/0.5ML	2	
PEGASYS INJ 180MCG/0.5ML	4	PA QL(6 per 90 days) MO	HAVRIX INJ 1440ELU/ML	2	MO
PEGASYS INJ 180MCG/ML	4	PA QL(12 per 90 days) MO	HIZENTRA INJ 1GM/5ML	4	B/D PA MO
PROCRIT INJ 40000UNIT/ML	2	PA QL(18 per 90 days) MO	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	2	
PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	2	PA QL(36 per 90 days) MO	INFANRIX	2	MO
PROLEUKIN	4	MO	IPOL INACTIVATED IPV	2	MO
REBIF	4	PA QL(18 per 90 days) MO	IXIARO	2	
REBIF TITRATION PACK	4	PA MO	JE-VAX	2	MO
TEV-TROPIN	4	PA MO	M-M-R II W/DILUENT 10 DOSE	2	MO
<b>VACCINES / MISCELLANEOUS IMMUNOLOGICALS</b>			MENACTRA	2	
ACTHIB	2		MENOMUNE-A/C/Y/W-135	2	MO
ADACEL	2	MO	MENVEO	2	
ATTENUVAX	2	MO	MERUVAX II W/DILUENT 10 DOSE	2	MO
BOOSTRIX	2	MO	PEDIARIX	2	B/D PA
			PEDVAX HIB	2	MO
			PRIVIGEN INJ 20GM/200ML	4	B/D PA MO
			PROQUAD	2	
			RABAVERT	2	MO
			RECOMBIVAX HB INJ 40MCG/ML	2	B/D PA
			RECOMBIVAX HB INJ 10MCG/ML	2	B/D PA MO
			ROTATEQ	2	
			TETANUS / DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT <i>tetanus toxoid adsorbed</i>	2	MO
			THYMOGLOBULIN	2	B/D PA
			TRIHIBIT	2	
			TRIPEDIA	2	
			TWINRIX	2	B/D PA MO
			TYPHIM VI	2	
			VAQTA	2	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
VARIVAX	2	
VIVAGLOBIN	4	B/D PA MO
YF-VAX	2	
ZOSTAVAX	2	PA

### **MUSCULOSKELETAL / RHEUMATOLOGY**

#### **GOUT THERAPY**

<i>allopurinol</i>	1	MO
COLCRYS	2	MO
<i>probenecid</i>	1	MO
<i>probenecid / colchicine</i>	1	MO
ULORIC	2	MO

#### **OSTEOPOROSIS THERAPY**

ACTONEL TABS 150MG, 35MG, 5MG	2	ST MO
<i>alendronate sodium tabs 10mg, 35mg, 5mg, 70mg</i>	1	MO
BONIVA TABS	2	B/D PA MO
EVISTA	2	QL(90 per 90 days) MO
FORTEO	2	QL(7.2 per 90 days) MO
FOSAMAX ORAL SOLN	3	

#### **OTHER RHEUMATOLOGICALS**

CUPRIMINE	2	MO
DEPEN TITRATABS	2	MO
ENBREL	4	PA QL(600 per 90 days) MO
HUMIRA INJ 20MG/0.4ML	4	PA QL(2.4 per 90 days) MO
HUMIRA INJ 40MG/0.8ML	4	PA QL(4.8 per 90 days) MO
HUMIRA PEN-CROHNS DISEASE STARTER	4	PA MO
<i>leflunomide</i>	1	QL(90 per 90 days) MO
RIDAURA	3	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
SAVELLA	2	QL(180 per 90 days) MO
SAVELLA TITRATION PACK	2	MO

### **OBSTETRICS / GYNECOLOGY**

#### **ESTROGENS / PROGESTINS**

ACTIVELLA TABS 0.5MG; 0.1MG	2	MO
ALORA	2	MO
<i>camila</i>	1	MO
CENESTIN	2	QL(90 per 90 days) MO
CLIMARA PRO	2	MO
COMBIPATCH	2	MO
CRINONE GEL 4%	2	MO
CRINONE GEL 8%	2	PA MO
DEPO-PROVERA	2	MO
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	MO
DIVIGEL GEL 1MG/GM	2	MO
ENJUVIA	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>errin</i>	1	MO
ESTRADERM	2	MO
<i>estradiol / norethindrone acetate tabs 1mg; 0.5mg</i>	1	MO
<i>estradiol ptwk</i>	1	
<i>estradiol tabs</i>	1	MO
ESTRING	3	MO
<i>estropipate</i>	1	MO
FEMHRT 1/5	3	MO
FEMHRT LOW DOSE	3	MO
GYNODIOL	3	
<i>jinteli</i>	1	MO
<i>jolivette</i>	1	MO
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	1	MO
MENEST	3	MO
MENOSTAR	3	MO
<i>nora-be</i>	1	MO
<i>norethindrone tabs 5mg</i>	1	MO
<i>ortho-est</i>	1	
PREFEST	3	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
PREMARIN TABS	3	MO	<i>levora</i>	1	MO
PREMARIN W/APPLICATOR	2	MO	<i>low-ogestrel</i>	1	MO
PREMPHASE	2	MO	<i>luteru</i>	1	MO
PREMPRO	2	MO	<i>microgestin 1.5/30</i>	1	MO
PROMETRIUM	2	MO	<i>microgestin 1/20</i>	1	MO
VAGIFEM	2	MO	<i>microgestin fe</i>	1	MO
VIVELLE-DOT	2	MO	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	1	MO
<b>MISCELLANEOUS OB/GYN</b>			<i>mononessa</i>	1	MO
CLEOCIN SUPP	2	MO	<i>necon 0.5/35-28</i>	1	MO
<i>clindamycin phosphate crea</i>	1	MO	<i>necon 1/35-28</i>	1	MO
GYNAZOLE-1	2		<i>necon 10/11-28</i>	1	MO
<i>metronidazole vaginal</i>	1	MO	<i>necon 7/7/7</i>	1	MO
<i>miconazole 3</i>	1	MO	<i>next choice</i>	1	
NUVARING	3	MO	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	MO
ORTHO EVRA	3	MO	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	1	MO
<i>terconazole</i>	1	MO	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>vandazole</i>	1	MO	<i>nortrel 7/7/7</i>	1	MO
<i>zazole crea 0.4%</i>	1	MO	<i>ocella</i>	1	MO
<i>zazole supp</i>	1		<i>ogestrel</i>	1	MO
<b>ORAL CONTRACEPTIVES / RELATED AGENTS</b>			<i>portia-28</i>	1	MO
<i>amethyst</i>	1		<i>previfem</i>	1	MO
<i>apri</i>	1	MO	<i>quasense</i>	1	MO
<i>aranelle</i>	1	MO	<i>reclipsen</i>	1	MO
<i>aviane</i>	1	MO	<i>solia</i>	1	MO
<i>balziva</i>	1	MO	<i>sprintec 28</i>	1	MO
<i>cesia</i>	1	MO	<i>sronyx</i>	1	MO
<i>cryselle-28</i>	1	MO	<i>tri-legest fe</i>	1	MO
<i>cyklafe 1/35</i>	1	MO	<i>tri-previfem</i>	1	MO
<i>cyklafe 7/7/7</i>	1	MO	<i>tri-sprintec</i>	1	MO
ELLA	2		<i>trinessa</i>	1	MO
<i>enpresse-28</i>	1	MO	<i>trivora-28</i>	1	MO
<i>gianvi</i>	1	MO	<i>velivet</i>	1	MO
<i>introvale</i>	1		<i>zeosa</i>	1	MO
<i>junel</i>	1	MO	<i>zovia 1/35e</i>	1	MO
<i>junel fe 1.5/30</i>	1	MO	<i>zovia 1/50e</i>	1	MO
<i>junel fe 1/20</i>	1	MO	<b>OXYTOCICS</b>		
<i>kariva</i>	1	MO	METHERGINE TABS	2	
<i>kelnor 1/35</i>	1	MO	<b>OPHTHALMOLOGY</b>		
<i>leena</i>	1	MO	<b>ANTIBIOTICS</b>		
<i>lessina-28</i>	1	MO	<i>ak-tob</i>	1	
			AZASITE	2	MO

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
<i>bacitracin / polymyxin b</i>	1	MO
<i>bacitracin ophthalmic oint</i>	1	MO
BESIVANCE	2	MO
CILOXAN OINT	2	MO
<i>ciprofloxacin ophthalmic soln</i>	1	MO
<i>erythromycin oint</i>	1	MO
<i>gentak</i>	1	MO
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln</i>	1	MO
<i>gentasol</i>	1	MO
<i>levofloxacin ophthalmic soln</i>	1	MO
MOXEZA	2	MO
NATACYN	2	MO
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	1	MO
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	1	MO
<i>ofloxacin</i>	1	MO
<i>polycin b</i>	1	
<i>romycin</i>	1	MO
<i>tobramycin ophthalmic soln</i>	1	MO
<i>tobrasol</i>	1	
TOBEX OINT	2	MO
<i>trimethoprim sulfate/polymyxin b sulfate</i>	1	MO
VIGAMOX	2	MO
ZYMAR	2	MO
ZYMAXID	2	MO
<b>ANTIVIRALS</b>		
<i>trifluridine</i>	1	MO
ZIRGAN	3	MO
<b>BETA-BLOCKERS</b>		
<i>betaxolol hcl</i>	1	MO
BETOPTIC-S	2	MO
<i>carteolol hcl</i>	1	MO
ISTALOL	2	MO
<i>levobunolol hcl</i>	1	MO
<i>metipranolol</i>	1	MO
<i>timolol maleate</i>	1	MO
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	1	MO
TIMOPTIC OCUDOSE	2	MO
<b>CYCLOPLEGIC MYDRIATICS</b>		
<i>mydral</i>	1	

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
<i>tropicamide</i>	1	MO
<b>DIRECT ACTING MIOTICS</b>		
PILOPINE HS	2	MO
<b>MISCELLANEOUS OPHTHALMOLOGICS</b>		
ALAMAST	2	MO
ALOCRIAL	3	MO
<i>azelastine hcl</i>	1	MO
BEPREVE	2	MO
<i>cromolyn sodium ophthalmic soln</i>	1	MO
ELESTAT	2	MO
<i>epinastine hcl</i>	1	MO
LACRISERT	2	MO
<i>parcaine</i>	1	
PATADAY	2	MO
PATANOL	2	MO
<i>proparacaine hcl</i>	1	
RESTASIS	2	MO
<b>NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS</b>		
ACUVAIL	2	MO
BROMDAY	2	MO
<i>bromfenac</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium</i>	1	MO
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	MO
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic soln</i>	1	MO
NEVANAC	2	MO
<b>ORAL DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
<i>acetazolamide</i>	1	MO
<i>acetazolamide sodium</i>	1	
<i>methazolamide</i>	1	MO
<b>OTHER GLAUCOMA DRUGS</b>		
AZOPT	2	MO
COMBIGAN	2	MO
<i>dorzolamide hcl</i>	1	MO
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	1	MO
<i>latanoprost</i>	1	MO
LUMIGAN	2	MO
TRAVATAN Z	2	MO
XALATAN	2	MO
<b>STEROID-ANTIBIOTIC COMBINATIONS</b>		

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

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
ACCOLATE	3	QL(180 per 90 days) MO	<i>flunisolide nasal soln 0.025%</i>	1	MO
<i>acetylcysteine</i>	1	B/D PA MO	<i>fluticasone propionate</i>	1	MO
ADVAIR DISKUS	2	QL(180 per 90 days) MO	FORADIL AEROLIZER	2	QL(180 per 90 days) MO
ADVAIR HFA	2	QL(36 per 90 days) MO	<i>ipratropium bromide inhalation soln</i>	1	B/D PA MO
<i>albuterol sulfate er</i>	1	MO	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	1	B/D PA MO
<i>albuterol sulfate nebu</i>	1	B/D PA MO	LETAIRIS	4	LA PA QL(90 per 90 days) MO
<i>albuterol sulfate syrp</i>	1	MO	<i>metaproterenol sulfate</i>	1	MO
<i>albuterol sulfate tabs</i>	1	MO	NASACORT AQ	2	MO
<i>aminophylline inj</i>	1		NASONEX	2	MO
<i>aminophylline tabs</i>	1	MO	PERFOROMIST	2	B/D PA MO
ASMANEX 120 METERED DOSES	2	QL(3 per 90 days) MO	PROAIR HFA	2	QL(51 per 90 days) MO
ASMANEX 14 METERED DOSES	2	QL(3 per 90 days) MO	PROVENTIL HFA	2	QL(41 per 90 days) MO
ASMANEX 30 METERED DOSES	2	QL(3 per 90 days) MO	PULMICORT FLEXHALER	2	QL(6 per 90 days) MO
ASMANEX 60 METERED DOSES	2	QL(3 per 90 days) MO	PULMICORT SUSP 1MG/2ML	2	B/D PA MO
ATROVENT HFA	2	QL(77.4 per 90 days) MO	PULMOZYME	4	B/D PA MO
BROVANA	3	B/D PA QL(360 per 90 days) MO	QVAR	2	QL(66 per 90 days) MO
<i>budesonide susp</i>	1	B/D PA MO	REVATIO TABS	4	PA QL(270 per 90 days) MO
COMBIVENT	2	QL(88.2 per 90 days) MO	RHINOCORT AQUA	3	MO
<i>cromolyn sodium nebu</i>	1	B/D PA MO	SEREVENT DISKUS	2	QL(180 per 90 days) MO
DULERA	3	QL(39 per 90 days) MO	SINGULAIR	2	QL(90 per 90 days) MO
ELIXOPHYLLIN	3	MO	SPIRIVA HANDIHALER	2	QL(90 per 90 days) MO
FLOVENT DISKUS	2	QL(360 per 90 days) MO	SYMBICORT AERO 80MCG/ACT; 4.5MCG/ACT	2	QL(30.6 per 90 days)
FLOVENT HFA	2	QL(72 per 90 days) MO			

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
SYMBICORT AERO 160MCG/ACT; 4.5MCG/ACT	2	QL(30.6 per 90 days) MO	OXYTROL	2	QL(32 per 90 days) MO
<i>terbutaline sulfate</i>	1	MO	SANCTURA XR	2	QL(90 per 90 days) MO
THEO-24	3	MO	TOVIAZ	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>theochron tb12 200mg, 300mg</i>	1		<i>trosipium chloride</i>	1	QL(180 per 90 days) MO
<i>theochron tb12 100mg</i>	1	MO	VESICARE	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>theophylline er</i>	1	MO			
TRACLEER	4	LA PA QL(180 per 90 days) MO			
<i>triamcinolone acetonide inha</i>	1				
VENTOLIN HFA	2	QL(108 per 90 days) MO			
VERAMYST	2	MO			
<i>zafirlukast</i>	1	QL(180 per 90 days) MO			
ZYFLO CR	3	QL(360 per 90 days) MO			
<hr/>					
<b>UROLOGICALS</b>					
<hr/>					
<b>ANTICHOLINERGICS / ANTISPASMODICS</b>					
<hr/>					
DETROL	2	QL(180 per 90 days) MO	AVODART	2	QL(90 per 90 days) MO
DETROL LA	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>finasteride</i>	1	QL(90 per 90 days) MO
ENABLEX	2	QL(90 per 90 days) MO	JALYN	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>flavoxate hcl</i>	1	MO	RAPAFLO	2	QL(90 per 90 days) MO
GELNIQUE	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>tamsulosin hcl</i>	1	QL(180 per 90 days) MO
<i>oxybutynin</i>	1	MO	UROXATRAL	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>oxybutynin er tb24 5mg</i>	1	QL(90 per 90 days) MO			
<i>oxybutynin er tb24 10mg, 15mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO			
<hr/>					
<b>CHOLINERGIC STIMULANTS</b>					
<hr/>					
<i>bethanechol chloride</i>					
				1	MO
<hr/>					
<b>MISCELLANEOUS UROLOGICALS</b>					
<hr/>					
			CYSTAGON	2	LA
			ELMIRON	2	MO
			<i>potassium citrate extended- release</i>	1	MO
<hr/>					
<b>VITAMINS, HEMATINICS / ELECTROLYTES</b>					
<hr/>					
<b>ELECTROLYTES</b>					
<hr/>					

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
<i>calcium acetate</i>	1	MO	<i>potassium chloride er cpcr</i>	1	MO
DEXTROSE 5%/POTASSIUM CHLORIDE 0.075%	2		<i>potassium chloride er tbcr 10meq</i>	1	
<i>eliphos</i>	1	MO	<i>potassium chloride er tbcr 20meq</i>	1	MO
K-TABS	3	MO	<i>potassium chloride inj</i>	1	
KAON-CL-10	3	MO	<i>10meq/100ml, 10meq/50ml, 2meq/ml</i>		
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	1		POTASSIUM CHLORIDE INJ	3	
<i>kcl 0.15%/d5w/lr</i>	1		0.4MEQ/ML, 30MEQ/100ML		
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.2%	2		<i>potassium chloride sr</i>	1	
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.225%	2		<i>ringers injection</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	1		<i>sodium bicarbonate inj 7.5%, 8.4%</i>	1	
<i>kcl 0.3%/d5w/lr iv lac ring</i>	1		<i>sodium chloride 0.45% viaflex</i>	1	MO
KCL 0.3%/D5W/NACL 0.2%	2		<i>sodium chloride inj 3%, 5%</i>	1	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	1		<i>sodium chloride inj 2.5meq/ml</i>	1	MO
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	1		<b>MISCELLANEOUS NUTRITION PRODUCTS</b>		
<i>klor-con 10</i>	1	MO	AMINOSYN	2	
<i>klor-con 8</i>	1	MO	AMINOSYN II INJ	2	
KLOR-CON M15	3	MO	<i>aminosyn ii inj</i>	1	
<i>klor-con m20</i>	1	MO	AMINOSYN II M	2	
LACTATED RINGERS	2	MO	AMINOSYN-HBC	2	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INJ 5%; 10MG/ML	2		AMINOSYN-HF	2	
MAGNESIUM SULFATE INJ	2		AMINOSYN-PF	2	
NORMOSOL	2		AMINOSYN-PF 7%	2	
POTASSIUM CHLORIDE 0.075%/D5W/NACL 0.225%	2		CLINIMIX / DEXTROSE	2	
POTASSIUM CHLORIDE 0.15%/NACL 0.45% VIAFLEX	2		DEXTROSE 5%	2	
<i>potassium chloride 0.15% d5w/nacl 0.33%</i>	1		/ELECTROLYTE #48 VIAFLEX		
<i>potassium chloride 0.15% d5w/nacl 0.45% viaflex</i>	1	MO	FREAMINE HBC	2	
<i>potassium chloride 0.15% nacl 0.9%</i>	1		FREAMINE III	2	
POTASSIUM CHLORIDE 0.15%/D5W	2		HEPATAMINE	2	
POTASSIUM CHLORIDE 0.22%/D5W/NACL 0.45%	2		HEPATASOL	2	
<i>potassium chloride 0.224%/d5w</i>	1		INTRALIPID INJ 1.7%; 30%	2	
<i>potassium chloride 0.224%d5w/nacl 0.33%</i>	1		<i>intralipid inj 2.25%; 20%</i>	1	
POTASSIUM CHLORIDE 0.3%/NACL 0.9%	2		IONOSOL	2	
<i>potassium chloride 0.3%/d5w</i>	1		ISOLYTE	2	
			KCL 0.15%/D10W/NACL 0.2%	2	
			LIPOSYN III INJ 1.8%; 2.5%; 30%	2	
			NEPHRAMINE	2	
			NORMOSOL	2	
			<i>novamine</i>	1	
			PLASMA-LYTE	2	

<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)	<b>Drug Name</b> (Nombre del medicamento)	<b>DrugTier</b> (Nivel de medicamento)	<b>Notes</b> (Notas)
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	2		<i>premasol inj 52meq/l;</i> <i>1760mg/100ml; 880mg/100ml;</i> <i>34meq/l; 1760mg/100ml;</i> <i>372mg/100ml; 406mg/100ml;</i> <i>526mg/100ml; 492mg/100ml;</i> <i>492mg/100ml; 526mg/100ml;</i> <i>356mg/100ml; 356mg/100ml;</i> <i>390mg/100ml; 34mg/100ml;</i> <i>152mg/100ml</i>	1	
			RENAMIN	2	
			<i>travasol</i>	1	
			TROPHAMINE	2	
<b>VITAMINS / HEMATINICS</b>					
			<i>prenatal vitamins (generic)</i>	1	
			<i>sodium fluoride tabs</i>	1	

## Index of Drugs

8-MOP, 20  
ABILIFY, 13  
ABILIFY DISCMELT, 13  
ABRAXANE, 7  
*acarbose*, 23  
ACCOLATE, 34  
*acebutolol*, 16  
*acetaminophen / codeine*, 11  
*acetaminophen/codeine #3*, 11  
*acetaminophen/codeine #4*, 11  
*acetasol hc*, 23  
*acetazolamide*, 32  
*acetazolamide sodium*, 32  
*acetic acid*, 23  
*acetic acid / hydrocortisone*, 23  
*acetylcysteine*, 34  
ACTHIB, 29  
*acticin*, 22  
ACTIMMUNE, 28  
ACTIVELLA, 30  
ACTONEL, 22, 30  
ACTOPLUS MET, 23  
ACTOS, 24  
ACUVAIL, 32  
*acyclovir*, 3  
ADACEL, 29  
ADAGEN, 22  
*adapalene*, 20  
*adriamycin*, 7  
ADVAIR DISKUS, 34  
ADVAIR HFA, 34  
ADVICOR, 19  
*afeditab cr*, 16  
AFINITOR, 7  
AGGRENOX, 19  
*a-hydrocort*, 23  
*ak-con*, 33  
*ak-tob*, 31  
*ala cort*, 21  
*ala-cort*, 21  
ALAMAST, 32  
ALBENZA, 4  
*albuterol sulfate*, 34  
*albuterol sulfate er*, 34  
*alclometasone dipropionate*, 21  
*alcohol 5%/dextrose 5%*, 22  
ALCOHOL PREPS, 24  
ALDURAZYME, 25  
*alendronate sodium*, 22, 30  
ALIMTA, 7  
ALINIA, 4  
*allopurinol*, 30  
ALOCRIL, 32  
ALORA, 30  
ALPHAGAN P, 33  
ALREX, 33  
ALTABAX, 21  
*amantadine*, 3  
AMBIEN CR, 13  
*amcinonide*, 21  
AMERGE, 10  
*a-methapred*, 23  
*amethyst*, 31  
*amifostine*, 6  
*amikacin sulfate*, 5  
*amiloride*, 16  
*amiloride/hydrochlorothiazide*, 16  
*aminophylline*, 34  
AMINOSYN, 36  
AMINOSYN II, 36  
AMINOSYN II M, 36  
AMINOSYN-HBC, 36  
AMINOSYN-HF, 36  
AMINOSYN-PF, 36  
AMINOSYN-PF 7%, 36  
*amiodarone*, 16  
AMITIZA, 26  
*amitriptyline*, 13  
*amlodipine*, 16  
*amlodipine / benazepril*, 16  
*ammonium lactate*, 20  
*amnesteem*, 20  
*amoxapine*, 13  
*amoxicillin*, 5

*amoxicillin/clavulanate potassium*, 5  
*amoxicillin/clavulanate potassium er*, 5  
*amoxicillin/potassium clavulanate*, 5  
*amphetamine/dextroamphetamine*, 13  
*amphotericin b*, 3  
*ampicillin*, 6  
*ampicillin-sulbactam*, 6  
 AMTURNIDE, 16  
 ANADROL-50, 25  
*anagrelide hydrochloride*, 22  
*anastrozole*, 7  
 ANCOBON, 3  
 ANDRODERM, 25  
 ANDROGEL, 25  
 ANDROGEL PUMP, 25  
*androxy*, 25  
*anestacon*, 21  
 ANTABUSE, 22  
 ANTARA, 19  
 APIDRA, 24  
 APOKYN, 10  
*apraclonidine*, 33  
*apri*, 31  
 APTIVUS, 3  
*aranelle*, 31  
 ARANESP, 28  
 ARCALYST, 28  
 ARICEPT, 11  
 ARICEPT ODT, 11  
 ARIMIDEX, 7  
 ARIXTRA, 19  
 AROMASIN, 7  
 ARRANON, 7  
 ARTHROTEC 50, 12  
 ARTHROTEC 75, 12  
 ARZERRA, 7  
 ASACOL, 26  
 ASACOL HD, 26  
*ascomp/codeine*, 11  
 ASMANEX 120 METERED DOSES, 34  
 ASMANEX 14 METERED DOSES, 34  
 ASMANEX 30 METERED DOSES, 34  
 ASMANEX 60 METERED DOSES, 34  
 ASTELIN, 23  
 ASTEPRO, 23  
 ATACAND, 16  
 ATACAND HCT, 16  
*atenolol*, 16  
*atenolol / chlorthalidone*, 16  
 ATRIPLA, 3  
*atropine sulfate*, 26  
 ATROVENT HFA, 34  
 ATTENUVAX, 29  
*augmented betamethasone dipropionate*, 21  
 AVALIDE, 16  
 AVANDAMET, 24  
 AVANDARYL, 24  
 AVANDIA, 24  
 AVAPRO, 16  
 AVASTIN, 7  
 AVELOX, 6  
 AVELOX ABC PACK, 6  
*aviane*, 31  
*avita*, 20  
 AVODART, 35  
 AVONEX, 28  
 AZACTAM, 5  
 AZACTAM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE, 5  
 AZASITE, 31  
*azathioprine*, 7  
*azathioprine sodium*, 7  
*azelastine hcl*, 23, 32  
 AZELEX, 20  
 AZILECT, 10  
*azithromycin*, 4  
 AZOPT, 32  
*aztreonam*, 5  
*bacitracin*, 32  
*bacitracin / polymyxin b*, 32  
*baclofen*, 11  
 BACTROBAN, 21  
 BACTROBAN NASAL, 23  
*balsalazide*, 26  
*balziva*, 31  
 BANZEL, 9  
 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, 24  
 BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/1ML/31G  
     X 5/16, 24  
 BD PEN NEEDLE/ULTRAFINE/29G X 12.7MM,  
     24  
*benazepril*, 16  
*benazepril / hydrochlorothiazide*, 16  
*benztropine mesylate*, 10  
 BEPREVE, 32  
 BESIVANCE, 32  
*betamethasone dipropionate*, 21  
*betamethasone valerate*, 21  
 BETASERON, 28  
*beta-val*, 21  
*betaxolol hcl*, 16, 32  
*bethanechol chloride*, 35  
 BETOPTIC-S, 32  
*bicalutamide*, 7  
 BICILLIN C-R, 6  
 BICILLIN L-A, 6  
 BICNU, 7  
 BIDIL, 16  
 BILTRICIDE, 5  
*bisoprolol fumarate*, 17  
*bisoprolol fumarate / hydrochlorothiazide*, 17  
*bleomycin sulfate*, 7  
 BONIVA, 30  
 BOOSTRIX, 29  
*borofair*, 23  
*brimonidine tartrate*, 33  
 BROMDAY, 32  
*bromfenac*, 32  
*bromocriptine mesylate*, 10  
 BROVANA, 34  
*budeprion sr*, 13  
*budeprion xl*, 13  
*budesonide*, 26, 34  
*bumetanide*, 17  
 BUPHENYL, 22  
 BUPRENEX, 11  
*buprenorphine hcl*, 11  
*buproban*, 22  
*bupropion hcl*, 13  
*bupropion hcl sr*, 13  
*buspironone hcl*, 13  
 BUSULFEX, 7  
*butorphanol tartrate*, 12  
 BYETTA, 24  
 BYSTOLIC, 17  
*cabergoline*, 25  
 CADUET, 19  
*calcipotriene*, 20  
*calcitonin-salmon*, 25  
*calcitriol*, 26  
*calcium acetate*, 36  
*camila*, 30  
 CAMPATH, 7  
 CAMPRAL, 22  
 CANASA, 26  
 CAPASTAT SULFATE, 5  
 CAPEX, 21  
*captopril*, 17  
*captopril/hydrochlorothiazide*, 17  
 CARAC, 20  
 CARAFATE, 27  
*carbamazepine*, 9  
*carbamazepine er*, 9  
 CARBATROL, 9  
*carbidopa / levodopa*, 10  
*carbidopa/levodopa cr*, 10  
*carbidopa/levodopa odt*, 10  
*carbidopa/levodopa sr*, 10  
*carbinoxamine maleate*, 33  
*carboplatin*, 7  
*carisoprodol*, 11  
*carisoprodol/aspirin*, 11  
 CARMOL-HC, 20  
*carteolol hcl*, 32  
*cartia xt*, 17  
*carvedilol*, 17  
 CAYSTON, 5

CEENU, 7  
*cefaclor*, 4  
*cefadroxil*, 4  
*cefazolin*, 4  
*cefdinir*, 4  
*cefepime*, 4  
*cefotaxime sodium*, 4  
*cefoxitin sodium*, 4  
*cefpodoxime proxetil*, 4  
*ceftazidime*, 4  
*ceftriaxone sodium*, 4  
*cefuroxime axetil*, 4  
*cefuroxime sodium*, 4  
CEFUROXIME/DEXTROSE, 4  
CELEBREX, 12  
CELLCEPT, 7  
CELLCEPT INTRAVENOUS, 7  
CELONTIN, 9  
CENESTIN, 30  
*cephalexin*, 4  
CEREZYME, 26  
CERVARIX, 29  
*cesia*, 31  
*cetirizine hcl*, 33  
CHANTIX, 22, 23  
CHEMET, 22  
*chlordiazepoxide/amitriptyline*, 13  
*chlorhexidine gluconate oral rinse*, 23  
*chloroquine*, 5  
*chlorothiazide*, 17  
*chlorothiazide sodium*, 17  
*chlorpromazine*, 13  
*chlorthalidone*, 17  
*chlorzoxazone*, 11  
*cholestyramine light*, 19  
*ciclopirox*, 21  
*ciclopirox nail lacquer*, 21  
*ciclopirox olamine*, 21  
*cilostazol*, 19  
CILOXAN, 32  
CIPRO HC, 23  
CIPRODEX, 23  
*ciprofloxacin*, 6, 32

*cisplatin*, 7  
*citalopram*, 13  
*cladribine*, 7  
*claravis*, 20  
CLARINEX, 33  
CLARINEX REDITABS, 33  
CLARINEX-D 12 HOUR, 33  
CLARINEX-D 24 HOUR, 33  
*clarithromycin*, 4  
*clarithromycin er*, 4  
*clemastine fumarate*, 33  
CLEOCIN, 31  
CLEOCIN GALAXY, 5  
CLEOCIN PEDIATRIC GRANULES, 5  
CLIMARA PRO, 30  
*clindamycin hcl*, 5  
*clindamycin phosphate*, 20, 21, 31  
*clindamycin phosphate add-vantage*, 5  
*clindamycin/benzoyl peroxide*, 21  
CLINIMIX / DEXTROSE, 22, 36  
*clobetasol propionate*, 21  
*clobetasol propionate e*, 21  
CLOBEX, 21  
CLOLAR, 7  
*clomipramine*, 13  
*clonidine*, 17  
*clotrimazole*, 3, 21  
*clotrimazole / betamethasone*, 21  
*clozapine*, 13  
COARTEM, 5  
*codeine sulfate*, 11  
COLCRYS, 30  
*colestipol*, 19  
*colistimethate sodium*, 5  
COLY-MYCIN S, 23  
COMBIGAN, 32  
COMBIPATCH, 30  
COMBIVENT, 34  
COMBIVIR, 3  
*compro*, 26  
COMTAN, 10  
COMVAX, 29  
CONDYLOX, 20

*constulose*, 26  
 COPAXONE, 11  
 CORDRAN TAPE, 21  
 COREG CR, 17  
 CORTIFOAM, 26  
*cortisone acetate*, 23  
 CORTISPORIN-TC, 23  
*cortomycin*, 23  
 COSMEGEN, 7  
 COZAAR, 17  
 CREON, 26  
 CRESTOR, 19  
 CRINONE, 30  
 CRIXIVAN, 3  
*cromolyn sodium*, 32, 34  
*cryselle-28*, 31  
 CUBICIN, 5  
 CUPRIMINE, 30  
*cyclafem 1/35*, 31  
*cyclafem 7/7/7*, 31  
*cyclobenzaprine hcl*, 11  
*cyclophosphamide*, 7  
*cyclosporine*, 7  
 CYKLOKAPRON, 19  
 CYMBALTA, 13  
 CYSTADANE, 26  
 CYSTAGON, 35  
*cytarabine*, 7  
 CYTARABINE AQUEOUS, 7  
*dacarbazine*, 7  
 DACOGEN, 7  
*danazol*, 26  
*dantrolene sodium*, 11  
 DAPSONE, 5  
 DAPTACEL, 29  
 DARAPRIM, 5  
*daunorubicin hcl*, 7  
 DAUNOXOME, 7  
 DECAVAC, 29  
*demeclocycline hcl*, 6  
 DEMSER, 17  
 DENAVIR, 21  
*depade*, 12  
 DEPEN TITRATABS, 30  
 DEPO-MEDROL, 23  
 DEPO-PROVERA, 30  
 DEPO-SUBQ PROVERA 104, 30  
 DERMOTIC, 23  
*desipramine*, 13  
*desmopressin acetate*, 26  
*desonide*, 21  
*desoximetasone*, 21  
 DETROL, 35  
 DETROL LA, 35  
*dexamethasone*, 23, 33  
 DEXAMETHASONE INTENSOL, 23  
 DEXILANT, 27  
*dexmethylphenidate*, 13  
*dexrazoxane*, 6  
*dextroamphetamine sulfate*, 13  
*dextroamphetamine sulfate er*, 13  
 DEXTROSE 10%/NAACL 0.45%, 22  
 DEXTROSE 5% /ELECTROLYTE #48  
     VIAFLEX, 36  
*dextrose 10% flex container*, 22  
 DEXTROSE 10%/NAACL 0.2%, 22  
*dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%*, 22  
*dextrose 5%*, 22  
*dextrose 5%/nacl 0.2%*, 22  
*dextrose 5%/nacl 0.225%*, 22  
 DEXTROSE 5%/NAACL 0.33%, 22  
*dextrose 5%/nacl 0.45%*, 22  
*dextrose 5%/nacl 0.9%*, 22  
 DEXTROSE 5%/POTASSIUM CHLORIDE  
     0.075%, 36  
 DIBENZYLINE, 17  
*diclofenac potassium*, 12  
*diclofenac sodium*, 12, 32  
*diclofenac sodium ec*, 12  
*diclofenac sodium xr*, 12  
*dicloxacillin sodium*, 6  
*dicyclomine hcl*, 26  
*didanosine*, 3  
 DIFFERIN, 21  
*diflorasone diacetate*, 22  
 DIFLUCAN IN NAACL, 3

*diflunisal*, 12  
*digoxin*, 19  
*dihydroergotamine mesylate*, 10  
DILANTIN, 9  
DILANTIN INFATABS, 9  
DILAUDID-5, 11  
*dilt-cd*, 17  
*diltiazem cd*, 17  
*diltiazem hcl*, 17  
*diltiazem hcl er*, 17  
*dilt-xr*, 17  
*diltzac*, 17  
DIOVAN, 17  
DIOVAN HCT, 17  
DIPENTUM, 26  
*diphenhydramine hcl*, 33  
*diphenoxylate / atropine*, 26  
DIPHThERIA/TETANUS TOXOID  
    PEDIATRIC, 29  
*dipyridamole*, 19  
*disopyramide phosphate*, 16  
*divalproex sodium*, 9  
*divalproex sodium er*, 9  
DIVIGEL, 30  
DOCETAXEL, 7  
*donepezil hcl*, 11  
*dorzolamide hcl*, 32  
*dorzolamide hcl/timolol maleate*, 32  
DOVONEX, 20  
*doxazosin*, 17  
*doxepin*, 13  
DOXIL, 7  
*doxorubicin hcl*, 7  
*doxycycline hyclate*, 6  
*doxycycline monohydrate*, 6  
*dronabinol*, 26  
DROXIA, 7  
DUETACT, 24  
DULERA, 34  
*duramorph*, 11  
DUREZOL, 33  
*e.e.s. 400*, 4  
E.E.S. GRANULES, 4

*econazole nitrate*, 21  
EDECIN, 17  
EDURANT, 3  
EFFEXOR XR, 13  
EFFIENT, 19  
ELESTAT, 32  
ELIDEL, 20  
ELIGARD, 7  
*eliphos*, 36  
ELITEK, 6  
ELIXOPHYLLIN, 34  
ELLA, 31  
ELLENCE, 7  
ELMIRON, 35  
ELSPAR, 7  
EMBEDA, 11  
EMCYT, 7  
EMEND, 26, 27  
EMSAM, 13  
EMTRIVA, 3  
ENABLEX, 35  
*enalapril*, 17  
*enalapril / hydrochlorothiazide*, 17  
ENBREL, 30  
*endocet*, 11  
ENGERIX-B, 29  
ENJUVIA, 30  
*enoxaparin sodium*, 19  
*enpresse-28*, 31  
ENTOCORT EC, 27  
*enulose*, 27  
*epinastine hcl*, 32  
*epinephrine hcl*, 33  
EPIPEN, 33  
EPIPEN-JR, 33  
*epirubicin hcl*, 7  
*epitol*, 9  
EPIVIR, 3  
EPIVIR HBV, 3  
*eplerenone*, 17  
EPOGEN, 28  
EPZICOM, 3  
EQUETRO, 9

ERAXIS, 3  
 ERBITUX, 7  
*ergotamine tartrate / caffeine*, 10  
*errin*, 30  
 ERTACZO, 21  
*ery*, 21  
 ERY-TAB, 4  
 ERYTHROCIN LACTOBIONATE, 4  
*erythrocine stearate*, 4  
*erythromycin*, 21, 32  
*erythromycin / benzoyl peroxide*, 21  
 ERYTHROMYCIN BASE, 4  
*erythromycin ethylsuccinate*, 4  
*erythromycin/sulfisoxazole*, 4  
 ESTRADERM, 30  
*estradiol*, 30  
*estradiol / norethindrone acetate*, 30  
 ESTRING, 30  
*estropipate*, 30  
*ethambutol*, 5  
*ethosuximide*, 9  
*etidronate disodium*, 22  
*etodolac*, 12  
 ETOPOPHOS, 7  
*etoposide*, 7  
 EURAX, 22  
 EVISTA, 30  
 EVOXAC, 22  
 EXALGO, 11  
 EXELON, 11  
*exemestane*, 7  
 EXFORGE, 17  
 EXFORGE HCT, 17  
 EXJADE, 22  
 FABRAZYME, 26  
*famciclovir*, 3  
*famotidine*, 27  
*famotidine premixed*, 27  
 FANAPT, 14  
 FANAPT TITRATION PACK, 14  
 FARESTON, 7  
 FASLODEX, 7  
 FAZACLO, 14  
 FELBATOL, 9  
*felodipine er*, 17  
 FEMARA, 7  
 FEMHRT 1/5, 30  
 FEMHRT LOW DOSE, 30  
*fenofibrate*, 19  
*fenofibrate micronized*, 19  
*fenopofen calcium*, 12  
*fentanyl citrate*, 11  
*fentanyl citrate oral transmucosal*, 11  
*fentanyl patches*, 11  
*fexofenadine hcl*, 33  
 FINACEA, 21  
*finasteride*, 35  
 FIRMAGON, 7  
*flavoxate hcl*, 35  
*flecainide acetate*, 16  
 FLECTOR, 12  
 FLOVENT DISKUS, 34  
 FLOVENT HFA, 34  
*fluconazole*, 3  
*fluconazole in dextrose*, 3  
*fludarabine phosphate*, 7  
*fludrocortisone acetate*, 23  
*flunisolide*, 34  
*fluocinolone acetonide*, 22  
*fluocinonide*, 22  
*fluocinonide emollient base*, 22  
*fluorometholone*, 33  
 FLUOROPLEX, 20  
*fluorouracil*, 7, 20  
*fluoxetine*, 14  
*fluoxetine dr*, 14  
*fluphenazine*, 14  
*fluphenazine decanoate inj*, 14  
*flurbiprofen*, 12  
*flurbiprofen sodium*, 32  
*flutamide*, 7  
*fluticasone propionate*, 22, 34  
*fluvoxamine*, 14  
 FML, 33  
 FML FORTE, 33  
 FOCALIN XR, 14

FORADIL AEROLIZER, 34  
 FORTAMET, 24  
 FORTAZ, 4  
 FORTEO, 30  
*fortical*, 26  
 FOSAMAX, 30  
*foscarnet sodium*, 3  
*fosinopril*, 17  
*fosinopril / hydrochlorothiazide*, 17  
*fosphenytoin sodium*, 9  
 FOSRENOL, 22  
 FRAGMIN, 19  
 FREAMINE HBC, 36  
 FREAMINE III, 36  
 FURADANTIN, 6  
*furosemide*, 17  
 FUZEON, 3  
*gabapentin*, 9  
 GABITRIL, 9  
*galantamine hydrobromide*, 11  
*ganciclovir*, 3  
 GARDASIL, 29  
 GASTROCROM, 27  
 GAUZE PADS 2, 24  
*gavilyte-c*, 27  
*gavilyte-g*, 27  
*gavilyte-n/ flavor pack*, 27  
 GELNIQUE, 35  
*gemcitabine hcl*, 7  
*gemfibrozil*, 19  
 GEMZAR, 7  
*generlac*, 27  
*gengraf*, 7  
*gentak*, 32  
*gentamicin sulfate*, 5, 21, 32  
 GENTAMICIN SULFATE/0.9% SODIUM  
 CHLORIDE, 5  
*gentamicin sulfate/sodium chloride*, 5  
*gentasol*, 32  
 GEODON, 14  
*gianvi*, 31  
 GILENYA, 11  
 GLEEVEC, 7  
*glimepiride*, 24  
*glipizide*, 24  
*glipizide / metformin*, 24  
*glipizide er*, 24  
 GLUCAGEN HYPOKIT, 24  
 GLUCAGON EMERGENCY KIT, 24  
*glyburide*, 24  
*glyburide / metformin*, 24  
*glyburide micronized*, 24  
*glycopyrrolate*, 26  
*glycron*, 24  
 GLYSET, 24  
*granisetron*, 27  
*griseofulvin microsize*, 3  
 GRIS-PEG, 3  
*guanfacine hcl*, 17  
 GYNAZOLE-1, 31  
 GYNODIOL, 30  
 HALAVEN, 7  
 HALDOL, 14  
 HALDOL DECANOATE 100, 14  
 HALDOL DECANOATE 50, 14  
 HALFLYTELY BOWEL PREP/FLAVOR  
 PACKS, 27  
*halobetasol propionate*, 22  
*haloperidol*, 14  
*haloperidol decanoate inj*, 14  
*haloperidol lactate inj*, 14  
 HAVRIX, 29  
 HECTOROL, 26  
 HEPARIN SODIUM, 19  
*heparin sodium/d5w*, 19  
 HEPARIN SODIUM/NACL 0.45%, 19  
*heparin sodium/sodium chloride 0.9% premix*, 19  
 HEPATAMINE, 36  
 HEPATASOL, 36  
 HEPSERA, 3  
 HERCEPTIN, 7  
 HEXALEN, 7  
 HIZENTRA, 29  
 HUMALOG, 24  
 HUMALOG KWIKPEN, 24  
 HUMALOG MIX 50/50, 24

HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN, 25  
 HUMALOG MIX 75/25, 25  
 HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN, 25  
 HUMIRA, 30  
 HUMIRA PEN-CROHNS DISEASE STARTER,  
 30  
 HUMULIN 70/30, 25  
 HUMULIN 70/30 PEN, 25  
 HUMULIN N, 25  
 HUMULIN N U-100 PEN, 25  
 HUMULIN R, 25  
 HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED), 25  
 Hycamtin, 7  
*hydralazine*, 17  
*hydrochlorothiazide*, 17  
*hydrocodone bitartrate/acetaminophen*, 11  
*hydrocodone/acetaminophen*, 12  
*hydrocodone/ibuprofen*, 12  
*hydrocortisone*, 22, 23, 27  
*hydrocortisone butyrate*, 22  
*hydrocortisone valerate*, 22  
*hydromorphone hcl*, 12  
*hydroxychloroquine*, 5  
*hydroxyurea*, 7  
*hydroxyzine hcl*, 33  
 HYZAAR, 17  
*ibuprofen*, 12  
*idarubicin hcl*, 8  
 IFEX, 8  
*ifosfamide*, 8  
*ifosfamide/mesna*, 8  
*imipramine*, 14  
*imipramine pamoate*, 14  
*imiquimod*, 20  
 IMOVAX RABIES (H.D.C.V.), 29  
 INCRELEX, 22  
*indapamide*, 17  
*indomethacin*, 12  
*indomethacin er*, 12  
 INFANRIX, 29  
 INFUMORPH 200, 12  
 INFUMORPH 500, 12  
 INTELENCE, 3  
 INTRALIPID, 36  
 INTRON-A, 28  
 INTRON-A WITH DILUENT, 28  
*introvale*, 31  
 INVEGA, 14  
 INVEGA SUSTENNA, 14  
 INVIRASE, 3  
 IONOSOL, 36  
 IOPIDINE, 33  
 IPOL INACTIVATED IPV, 29  
*ipratropium bromide*, 23, 34  
*ipratropium bromide/albuterol sulfate*, 34  
*irinotecan*, 8  
 ISENTRESS, 3  
 ISOLYTE, 36  
*isonarif*, 5  
 ISONIAZID, 5  
*isosorbide dinitrate*, 20  
*isosorbide dinitrate er*, 20  
*isosorbide mononitrate*, 20  
*isosorbide mononitrate er*, 20  
*isotonic gentamicin*, 5  
*isradipine*, 17  
 ISTALOL, 32  
 ISTODAX, 8  
*itraconazole*, 3  
 IXEMPRA KIT, 8  
 IXIARO, 29  
 JALYN, 35  
*jantoven*, 19  
 JANUMET, 25  
 JANUVIA, 25  
 JE-VAX, 29  
 JEVTANA, 8  
*jinteli*, 30  
*jolivette*, 30  
*junel*, 31  
*junel fe 1.5/30*, 31  
*junel fe 1/20*, 31  
 KADIAN, 12  
 KALETRA, 3  
 KAON-CL-10, 36  
*kariva*, 31

*kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%*, 36  
 KCL 0.15%/D10W/NACL 0.2%, 36  
*kcl 0.15%/d5w/lr*, 36  
 KCL 0.15%/D5W/NACL 0.2%, 36  
 KCL 0.15%/D5W/NACL 0.225%, 36  
*kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%*, 36  
*kcl 0.3%/d5w/lr iv lac ring*, 36  
 KCL 0.3%/D5W/NACL 0.2%, 36  
*kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%*, 36  
*kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%*, 36  
*kelnor 1/35*, 31  
 KEPPRA, 9  
 KETEK, 5  
*ketoconazole*, 3, 21  
*ketoprofen*, 12  
*ketoprofen er*, 12  
*ketorolac tromethamine*, 32  
*kionex*, 22  
*klor-con 10*, 36  
*klor-con 8*, 36  
 KLOR-CON M15, 36  
*klor-con m20*, 36  
 KOMBIGLYZE XR, 25  
 K-TABS, 36  
*kuric*, 21  
 KUVAN, 26  
*labetalol*, 17, 18  
*laclotion*, 20  
 LACRISERT, 32  
 LACTATED RINGERS, 36  
*lactulose*, 27  
 LAMICTAL ODT, 9  
 LAMICTAL STARTER/NOT TAKING  
     CARBAMAZEPINE, 9  
 LAMICTAL STARTER/TAKING  
     CARBAMAZEPINE/NOT TAKING  
     VALPROATE, 9  
 LAMICTAL STARTER/TAKING VALPROATE,  
     9  
 LAMICTAL XR, 9  
*lamotrigine*, 9  
 LANOXIN, 19  
*lansoprazole*, 27  
*lansoprazole odt*, 27  
 LANTUS, 25  
 LANTUS SOLOSTAR, 25  
*latanoprost*, 32  
 LATUDA, 14  
*leena*, 31  
*leflunomide*, 30  
*lessina-28*, 31  
 LETAIRIS, 34  
*letrozole*, 8  
*leucovorin calcium*, 6, 7  
 LEUKERAN, 8  
 LEUKINE, 28  
*leuprolide acetate*, 8  
 LEVAQUIN, 6  
 LEVEMIR, 25  
 LEVEMIR FLEXPEN, 25  
*levetiracetam*, 9  
*levobunolol hcl*, 32  
*levocarnitine*, 22  
*levocetirizine dihydrochloride*, 33  
*levofloxacin*, 6, 32  
*levora*, 31  
*levorphanol tartrate*, 12  
*levothyroxine*, 26  
*levoxyl*, 26  
 LEXAPRO, 14  
 LEXIVA, 3  
 LIALDA, 27  
*lidocaine*, 21  
*lidocaine / prilocaine*, 21  
*lidocaine viscous*, 21  
 LIDODERM, 21  
 LINDANE, 22  
*liothyronine sodium*, 26  
 LIPITOR, 19  
 LIPOSYN III, 36  
*lisinopril*, 18  
*lisinopril/hydrochlorothiazide*, 18  
*lithium carbonate*, 14  
*lithium carbonate er*, 14  
*lithium citrate*, 14  
 LOCOID, 22

LODOSYN, 10  
*loperamide hcl*, 26  
*losartan potassium*, 18  
*losartan potassium/hydrochlorothiazide*, 18  
 LOTEMAX, 33  
 LOTREL, 18  
 LOTRONEX, 27  
*lovastatin*, 19  
 LOVAZA, 19  
 LOVENOX, 19  
*low-ogestrel*, 31  
*loxapine*, 14  
 LUMIGAN, 32  
 LUNESTA, 14  
 LUPRON DEPOT, 8  
 LUPRON DEPOT-PED, 8  
*luteal*, 31  
 LUXIQ, 22  
 LYRICA, 9  
 LYSODREN, 8  
 LYSTEDA, 6  
 MACRODANTIN, 6  
 MAGNESIUM SULFATE, 36  
 MAGNESIUM SULFATE IN D5W, 36  
 MALARONE, 5  
*malathion*, 22  
*maprotiline*, 14  
*margesic-h*, 12  
 MARPLAN, 14  
 MATULANE, 8  
*matzim la*, 18  
 MAXALT, 10  
 MAXALT-MLT, 10  
 MAXIPIME, 4  
*mebendazole*, 5  
*meclizine hcl*, 27  
*meclofenamate sodium*, 12  
*medroxyprogesterone acetate*, 30  
*mefenamic acid*, 12  
*mefloquine hcl*, 5  
 MEGACE ES, 8  
*megestrol acetate*, 8  
*meloxicam*, 12  
*melphalan hydrochloride*, 8  
 MENACTRA, 29  
 MENEST, 30  
 MENOMUNE-A/C/Y/W-135, 29  
 MENOSTAR, 30  
 MENVEO, 29  
*meperidine hcl*, 12  
 MEPRON, 5  
*mercaptopurine*, 8  
*meropenem*, 5  
 MERUVAX II W/DILUENT 10 DOSE, 29  
*mesalamine*, 27  
*mesna*, 7  
 MESNEX, 7  
 MESTINON, 11  
 MESTINON TIMESPAN, 11  
 METADATE CD, 14  
*metadate er*, 14  
*metaproterenol sulfate*, 34  
*metaxalone*, 11  
*metformin hcl*, 25  
*metformin hcl er*, 25  
*methadone hcl*, 12  
*methadose*, 12  
*methamphetamine hcl*, 14  
*methazolamide*, 32  
*methenamine hippurate*, 6  
 METHERGINE, 31  
*methimazole*, 23  
*methocarbamol*, 11  
*methotrexate*, 8  
*methotrexate sodium*, 8  
*methyclothiazide*, 18  
 METHYLIN, 14  
*methylin er*, 14  
*methylphenidate hcl*, 14  
*methylphenidate hcl sr*, 14  
*methylphenidate hydrochloride*, 14  
*methylprednisolone*, 23  
*methylprednisolone acetate*, 23  
*methylprednisolone sodiumsuccinate*, 23  
*metipranolol*, 32  
*metoclopramide*, 27

*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*, 31  
*mexiletine*, 16  
MIACALCIN, 26  
MICARDIS, 18  
MICARDIS HCT, 18  
*miconazole 3*, 31  
*microgestin 1.5/30*, 31  
*microgestin 1/20*, 31  
*microgestin fe*, 31  
*microgestin fe 1.5/30*, 31  
*midodrine*, 22  
*migergot*, 10  
MIGRANAL, 10  
*minocycline hcl*, 6  
*minocycline hcl er*, 6  
*minoxidil*, 18  
MIRAPEX, 10  
MIRAPEX ER, 10  
*mirtazapine*, 14  
*mirtazapine odt*, 15  
*misoprostol*, 27  
*mitomycin*, 8  
*mitoxantrone hcl*, 8  
M-M-R II W/DILUENT 10 DOSE, 29  
*moexipril*, 18  
*moexipril/hydrochlorothiazide*, 18  
*mometasone furoate*, 22  
*mononessa*, 31  
*morphine sulfate*, 12  
*morphine sulfate er*, 12  
MOVIPREP, 27  
MOXEZA, 32  
MOZOBIL, 28  
MULTAQ, 16  
*mupirocin*, 21  
MUSTARGEN, 8

MYCOBUTIN, 5  
*mycophenolate mofetil*, 8  
*mydral*, 32  
MYFORTIC, 8  
MYTELASE, 11  
*nabumetone*, 12  
*nadolol*, 18  
*nadolol/bendroflumethiazide*, 18  
*nafcillin sodium*, 6  
NAFTIN, 21  
NAGLAZYME, 26  
NALLPEN/DEXTROSE, 6  
*naloxone*, 12  
*naltrexone*, 13  
NAMENDA, 11  
NAMENDA TITRATION PAK, 11  
*naphazoline hcl*, 33  
*naproxen*, 13  
*naproxen sodium*, 13  
*naratriptan hcl*, 10  
NARDIL, 15  
NASACORT AQ, 34  
NASONEX, 34  
NATACYN, 32  
*nateglinide*, 25  
NAVANE, 15  
NEBUPENT, 5  
*necon 0.5/35-28*, 31  
*necon 1/35-28*, 31  
*necon 10/11-28*, 31  
*necon 7/7/7*, 31  
*nefazodone*, 15  
*neomycin sulfate*, 5  
*neomycin/bacitracin/polymyxin*, 32  
*neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone*, 33  
*neomycin/polymyxin/dexamethasone*, 33  
*neomycin/polymyxin/gramicidin*, 32  
*neomycin/polymyxin/hc*, 23  
*neomycin/polymyxin/hydrocortisone*, 23, 33  
NEORAL, 8  
NEPHRAMINE, 36  
NEULASTA, 28  
NEUMEGA, 28

NEUPOGEN, 29  
 NEURONTIN, 9  
 NEVANAC, 32  
 NEXAVAR, 8  
 NEXIUM, 28  
 NEXIUM I.V., 28  
*next choice*, 31  
 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*, 6  
*nitrofurantoin macrocrystalline*, 6  
*nitrofurantoin monohydrate*, 6  
*nitroglycerin*, 20  
*nitroglycerin transdermal*, 20  
 NITROLINGUAL PUMPSPRAY, 20  
 NITROSTAT, 20  
*nizatidine*, 28  
*nora-be*, 30  
 NORDITROPIN FLEXPEN, 29  
 NORDITROPIN NORDIFLEX PEN, 29  
*norethindrone*, 30  
 NORMOSOL, 36  
 NOROXIN, 6  
 NORPACE CR, 16  
*nortrel 0.5/35 (28)*, 31  
*nortrel 1/35 (21)*, 31  
*nortrel 1/35 (28)*, 31  
*nortrel 7/7/7*, 31  
*nortriptyline*, 15  
 NORVIR, 3  
*novamine*, 36  
 NOVOLIN 70/30, 25  
 NOVOLIN N, 25  
 NOVOLIN R, 25  
 NOVOLOG, 25  
 NOVOLOG FLEXPEN, 25  
 NOVOLOG MIX 70/30, 25  
 NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN,  
 25  
 NOXAFIL, 3  
 NUEDEXTA, 11  
 NUVARING, 31  
*nyamyc*, 21  
*nystatin*, 3, 21  
*nystatin / triamcinolone*, 21  
*nystop*, 21  
*ocella*, 31  
*octreotide*, 8  
*ofloxacin*, 6, 23, 32  
*ogestrel*, 31  
*omeprazole*, 28  
*omeprazole/sodium bicarbonate*, 28  
*omnitrope*, 29  
 ONCASPAR, 8  
*ondansetron hcl*, 27  
*ondansetron odt*, 27  
 ONGLYZA, 25  
 ONSOLIS, 12  
 ONTAK, 8  
 OPANA ER, 12  
 ORAP, 15  
 ORAVIG, 3  
 ORFADIN, 22  
*orphenadrine citrate*, 11  
*orphenadrine citrate er*, 11  
*orphenadrine compound ds*, 11  
*orphenadrine/asa/caffeine*, 11  
 ORTHO EVRA, 31  
 ORTHOCLONE OKT3, 8  
*ortho-est*, 30  
*oxaliplatin*, 8  
*oxandrolone*, 26  
*oxaprozin*, 13

*oxcarbazepine*, 9  
 OXSORALEN ULTRA, 20  
*oxybutynin*, 35  
*oxybutynin er*, 35  
*oxycodone / acetaminophen*, 12  
*oxycodone hcl*, 12  
*oxycodone/aspirin*, 12  
 OXYCONTIN, 12  
*oxymorphone hydrochloride*, 12  
 OXYTROL, 35  
 PACERONE, 16  
*paclitaxel*, 8  
*palgic*, 33  
 PANDEL, 22  
 PANRETIN, 20  
*pantoprazole*, 28  
*parcaine*, 32  
*paromomycin*, 5  
*paroxetine*, 15  
*paroxetine er*, 15  
 PASER, 5  
 PATADAY, 32  
 PATANOL, 32  
 PAXIL, 15  
 PEDIARIX, 29  
*pedi-dri*, 21  
 PEDVAX HIB, 29  
 PEGANONE, 9  
 PEGASYS, 29  
 PEG-INTRON, 29  
 PEG-INTRON REDIPEN, 29  
*penicillin g potassium*, 6  
 PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC  
     DEXTROSE, 6  
 PENICILLIN G PROCAINE, 6  
 PENICILLIN G SODIUM, 6  
*penicillin v potassium*, 6  
 PENNSAID, 13  
 PENTASA, 27  
*pentopak*, 19  
*pentostatin*, 8  
*pentoxifylline er*, 19  
 PEPCID, 28  
 PERFOROMIST, 34  
*perindopril erbumine*, 18  
*periogard*, 23  
*permethrin*, 22  
*perphenazine*, 15  
*pfizerpen-g*, 6  
*phenadoz*, 33  
*phenelzine sulfate*, 15  
*phenytoin*, 9  
 PHENYTOIN SODIUM, 9  
*phenytoin sodium extended*, 9  
 PHISOHEX, 21  
 PHOTOFRIN, 8  
*pilocarpine hcl*, 22  
 PILOPINE HS, 32  
*pindolol*, 18  
*piperacillin sodium/tazobactam sodium*, 6  
*piroxicam*, 13  
 PLASMA-LYTE, 36  
 PLAVIX, 19  
*podofilox*, 20  
*polycin b*, 32  
*poly-dex*, 33  
*polyethylene glycol 3350*, 27  
*portia-28*, 31  
*potassium chloride*, 36  
 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%, 36  
*potassium chloride 0.224%/d5w*, 36  
*potassium chloride 0.224%d5w/nacl 0.33%*, 36  
 POTASSIUM CHLORIDE 0.3%/ NACL 0.9%, 36  
*potassium chloride 0.3%/d5w*, 36  
*potassium chloride er*, 36  
*potassium chloride sr*, 36

*potassium citrate extended-release*, 35  
 PRADAXA, 19  
*pramipexole dihydrochloride*, 10  
 PRANDIN, 25  
*pravastatin*, 20  
*prazosin*, 18  
*prednicarbate*, 22  
*prednisolone acetate*, 33  
*prednisolone sodium phosphate*, 23, 33  
*prednisone*, 23  
 PREDNISONO INTENSOL, 23  
 PREFEST, 30  
 PREMARIN, 31  
 PREMARIN W/APPLICATOR, 31  
 PREMASOL, 37  
 PREMPHASE, 31  
 PREMPRO, 31  
*prenatal vitamins (generic)*, 37  
*prevalite*, 20  
*previfem*, 31  
 PREVPAC, 28  
 PREZISTA, 3  
 PRIMAQUINE, 5  
 PRIMAXIN I.M., 5  
 PRIMAXIN IV, 5  
*primidone*, 9  
 PRIMISOL, 6  
 PRISTIQ, 15  
 PRIVIGEN, 29  
 PROAIR HFA, 34  
*probenecid*, 30  
*probenecid / colchicine*, 30  
*procainamide*, 16  
*prochlorperazine*, 27  
*prochlorperazine edisylate*, 27  
*prochlorperazine maleate*, 27  
 PROCROT, 29  
*procto-pak*, 27  
*proctosol hc*, 27  
*proctozone-hc*, 27  
 PROGLYCEM, 25  
 PROGRAF, 8  
 PROLASTIN, 22  
 PROLASTIN-C, 22  
 PROLEUKIN, 29  
 PROMACTA, 19  
*promethazine hcl*, 33  
*promethegan*, 33  
 PROMETRIUM, 31  
*propafenone hcl*, 16  
*propafenone hcl er*, 16  
*propantheline bromide*, 26  
*proparacaine hcl*, 32  
*propranolol hcl*, 18  
*propranolol hcl er*, 18  
*propranolol/hydrochlorothiazide*, 18  
*propylthiouracil*, 23  
 PROQUAD, 29  
 PROTOPIC, 20  
*protriptyline hcl*, 15  
 PROVENTIL HFA, 34  
 PROVIGIL, 15  
 PULMICORT, 34  
 PULMICORT FLEXHALER, 34  
 PULMOZYME, 34  
 PYLERA, 28  
*pyrazinamide*, 5  
*pyridostigmine bromide*, 11  
 QUALAQUIN, 5  
*quasense*, 31  
*quinapril*, 18  
*quinapril/hydrochlorothiazide*, 18  
*quinidine gluconate er*, 16  
*quinidine sulfate*, 16  
*quinidine sulfate er*, 16  
 QVAR, 34  
 RABAVERT, 29  
*ramipril*, 18  
 RANEXA, 20  
*ranitidine hcl*, 28  
 RAPAFLO, 35  
 RAPAMUNE, 8  
 REBETOL, 3  
 REBIF, 29  
 REBIF TITRATION PACK, 29  
*reclipsen*, 31

RECOMBIVAX HB, 29  
*regonol*, 11  
 REGRANEX, 20  
 RELENZA DISKHALER, 3  
 RELISTOR, 27  
 RELPAX, 10  
 REMICADE, 27  
 RENAGEL, 22  
 RENAMIN, 37  
 RENVELA, 22  
*reprexain*, 12  
 REQUIP XL, 10  
 RESCRIPTOR, 3  
*reserpine*, 18  
 RESTASIS, 32  
 RETROVIR IV INFUSION, 3  
 REVATIO, 34  
 REVLIMID, 8  
 REYATAZ, 3  
 RHEUMATREX, 8  
 RHINOCORT AQUA, 34  
 RIBAPAK, 3  
 RIBASPHERE, 3, 4  
 RIBAVIRIN, 4  
 RIDAURA, 30  
*rifampin*, 5  
 RILUTEK, 22  
*rimantadine hcl*, 4  
*ringers injection*, 36  
 RISPERDAL CONSTA, 15  
*risperidone*, 15  
*risperidone odt*, 15  
 RITALIN LA, 15  
 RITUXAN, 8  
*rivastigmine tartrate*, 11  
*romycin*, 32  
*ropinirole*, 10  
 ROTATEQ, 29  
 ROXICET, 12  
 ROZEREM, 15  
 RYTHMOL SR, 16  
 SABRIL, 9  
 SAMSCA, 26  
 SANCTURA XR, 35  
 SANCUSO, 27  
 SANDIMMUNE, 8  
 SANDOSTATIN LAR DEPOT, 8  
 SANTYL, 22  
 SAPHRIS, 15  
 SAVELLA, 30  
 SAVELLA TITRATION PACK, 30  
*selegiline*, 10  
*selenium sulfide*, 20  
*selfemra*, 15  
 SELZENTRY, 4  
 SENSIPAR, 26  
 SEREVENT DISKUS, 34  
 SEROMYCIN, 5  
 SEROQUEL, 15  
 SEROQUEL XR, 15  
*sertraline*, 15  
 SILENOR, 15  
*silver sulfadiazine*, 20  
 SIMCOR, 20  
 SIMULECT, 8  
*simvastatin*, 20  
 SINGULAIR, 34  
 SKELID, 22  
*sodium bicarbonate*, 36  
*sodium chloride*, 22, 36  
*sodium chloride 0.9%*, 22  
*sodium chloride 0.45% viaflex*, 36  
 SODIUM EDECRIN, 18  
*sodium fluoride*, 37  
*sodium sulfacetamide*, 21, 33  
 SOLARAZE, 20  
*solia*, 31  
 SOLU-CORTEF, 23  
 SOLU-MEDROL, 23  
 SOMATULINE DEPOT, 8  
 SOMAVERT, 26  
 SORIATANE, 20  
*sorine*, 16  
*sotalol*, 16  
*sotret*, 21  
 SPIRIVA HANDIHALER, 34

*spironolactone*, 18  
*spironolactone/hydrochlorothiazide*, 18  
 SPORANOX, 3  
*sprintec* 28, 31  
 SPRYCEL, 8  
*sronyx*, 31  
*ssd*, 20  
*stagesic*, 12  
 STALEVO 100, 10  
 STALEVO 125, 10  
 STALEVO 150, 10  
 STALEVO 200, 10  
 STALEVO 50, 10  
 STALEVO 75, 10  
 STARLIX, 25  
*stavudine*, 4  
 STIMATE, 26  
 STRATTERA, 15  
 STREPTOMYCIN SULFATE, 5  
 STROMEKTOL, 5  
 SUBOXONE, 13  
*sucrafate*, 28  
 SULAR, 18  
*sulfacetamide sodium / prednisolone sodium  
     phospha*, 33  
*sulfadiazine*, 6  
*sulfamethoxazole/trimethoprim*, 6  
*sulfamethoxazole/trimethoprim ds*, 6  
 SULFAMYLON, 21  
*sulfasalazine*, 27  
*sulfatrim*, 6  
*sulfazine ec*, 27  
*sulindac*, 13  
*sumatriptan succinate*, 10  
 SUPRAX, 4  
 SURMONTIL, 15  
 SUSTIVA, 4  
 SUTENT, 8  
 SYMBICORT, 34, 35  
 SYMBYAX, 15  
 SYMLIN, 25  
 SYMLINPEN 120, 25  
 SYMLINPEN 60, 25  
 SYNAREL, 26  
 SYPRINE, 22  
 TABLOID, 8  
*tacrolimus*, 8  
 TAMIFLU, 4  
*tamoxifen citrate*, 8  
*tamsulosin hcl*, 35  
 TARCEVA, 8  
 TARGRETIN, 8  
 TASIGNA, 8  
 TASMAR, 10  
 TAXOTERE, 8  
 TAZICEF, 4  
 TAZORAC, 21  
*taztia xt*, 18  
 TEFLARO, 4  
 TEGRETOL-XR, 9  
 TEKAMLO, 18  
 TEKTURNA, 18  
 TEKTURNA HCT, 19  
*terazosin hcl*, 19  
*terbinafine*, 3  
*terbutaline sulfate*, 35  
*terconazole*, 31  
 TESTIM, 26  
*testosterone cypionate*, 26  
*testosterone enanthate*, 26  
 TETANUS / DIPHTHERIA TOXOIDS-  
     ADSORBED ADULT, 29  
*tetanus toxoid adsorbed*, 29  
*tetracycline hcl*, 6  
 TEV-TROPIN, 29  
 THALOMID, 8  
 THEO-24, 35  
*theochron*, 35  
*theophylline er*, 35  
*thermazene*, 20  
*thioridazine*, 15  
*thiotepa*, 8  
*thiothixene*, 15  
 THYMOGLOBULIN, 29  
*ticlopidine hcl*, 19  
 TIKOSYN, 16

*timolol maleate*, 19, 32  
*timolol maleate ophthalmic gel forming*, 32  
 TIMOPTIC OCUDOSE, 32  
*tizanidine hcl*, 11  
 TOBI, 5  
 TOBRADEX, 33  
 TOBRADEX ST, 33  
*tobramycin*, 5, 32  
 TOBRAMYCIN SULFATE / SODIUM  
 CHLORIDE, 5  
*tobramycin/dexamethasone*, 33  
*tobrasol*, 32  
 TOBEX, 32  
*tolazamide*, 25  
*tolbutamide*, 25  
*tolmetin sodium*, 13  
*topiramate*, 9  
*toposar*, 8  
*topotecan hcl*, 8  
 TORISEL, 8  
*torseamide*, 19  
 TOVIAZ, 35  
 TRACLEER, 35  
*tramadol*, 13  
*tramadol hcl er*, 13  
*trandolapril*, 19  
 TRANSDERM-SCOP, 27  
*tranylcypromine*, 15  
*travasol*, 37  
 TRAVATAN Z, 32  
*trazodone*, 15  
 TREANDA, 9  
 TRECATOR, 5  
 TRELSTAR DEPOT MIXJECT, 9  
 TRELSTAR LA MIXJECT, 9  
 TRELSTAR MIXJECT, 9  
*tretinoin*, 9, 21  
*triamcinolone acetonide*, 22, 35  
*triamcinolone in orabase*, 23  
*triamterene/hydrochlorothiazide*, 19  
 TRICOR, 20  
*triderm*, 22  
*trifluoperazine*, 15  
*trifluridine*, 32  
 TRIGLIDE, 20  
*trihexyphenidyl*, 10  
 TRIHIBIT, 29  
*tri-legest fe*, 31  
 TRILIPIX, 20  
*trilyte*, 27  
*trimethoprim*, 6  
*trimethoprim sulfate/polymyxin b sulfate*, 32  
*trinessa*, 31  
 TRIPEDIA, 29  
*tri-previfem*, 31  
 TRISENOX, 9  
*tri-sprintec*, 31  
*trivora-28*, 31  
 TRIZIVIR, 4  
 TROPHAMINE, 37  
*tropicamide*, 32  
*trospium chloride*, 35  
 TRUVADA, 4  
 TWINJECT, 33  
 TWINRIX, 29  
 TWYNSTA, 19  
 TYGACIL, 5  
 TYKERB, 9  
 TYPHIM VI, 29  
 TYZEKA, 4  
 TYZINE, 23  
 TYZINE PEDIATRIC NASAL DROPS, 23  
 ULESFIA, 22  
 ULORIC, 30  
*unithroid*, 26  
 UROXATRAL, 35  
*ursodiol*, 27  
 VAGIFEM, 31  
*valacyclovir hcl*, 4  
 VALCYTE, 4  
*valproate sodium*, 10  
*valproic acid*, 10  
 VALTURN, 19  
 VANCOCIN ORAL, 6  
*vancomycin*, 6  
*vandazole*, 31

VANDETANIB, 9  
 VAQTA, 29  
 VARIVAX, 30  
 VECTIBIX, 9  
 VELCADE, 9  
*velivet*, 31  
*venlafaxine hcl*, 16  
*venlafaxine hcl er*, 15  
 VENTOLIN HFA, 35  
 VERAMYST, 35  
*verapamil*, 19  
*verapamil er*, 19  
 VESICARE, 35  
 VFEND, 3  
 VFEND IV, 3  
 VIBATIV, 6  
 VIBRAMYCIN, 6  
 VIDAZA, 9  
 VIDEX PEDIATRIC, 4  
 VIGAMOX, 32  
 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, 31  
 VOLTAREN, 13  
*voriconazole*, 3  
 VOTRIENT, 9  
 VYTORIN, 20  
*warfarin*, 19  
 WELCHOL, 20  
 XALATAN, 32  
 XENAZINE, 11  
 XGEVA, 7  
 XIFAXAN, 5  
 XYREM, 16  
 YF-VAX, 30  
*zafirlukast*, 35  
*zaleplon*, 16  
 ZANOSAR, 9  
 ZANTAC, 28  
 ZAVESCA, 26  
*zazole*, 31  
 ZELAPAR, 10  
 ZEMPLAR, 26  
 ZENPEP, 27  
*zeosa*, 31  
*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, 32  
 ZMAX, 4  
 ZOLINZA, 9  
*zolpidem*, 16  
*zolpidem tartrate er*, 16  
 ZOMETA, 26  
 ZOMIG, 10  
 ZOMIG ZMT, 10  
*zonisamide*, 10  
 ZORTRESS, 9  
 ZOSTAVAX, 30  
 ZOSYN, 6  
*zovia 1/35e*, 31  
*zovia 1/50e*, 31  
 ZOVIRAX, 21  
 ZUPLENZ, 27  
 ZYFLO CR, 35  
 ZYLET, 33  
 ZYMAR, 32  
 ZYMAXID, 32  
 ZYPREXA, 16  
 ZYPREXA ZYDIS, 16  
 ZYTIGA, 9  
 ZYVOX, 5