



2012 Comprehensive Formulary

(List of Covered Drugs)

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

Note to existing members: This formulary has changed since last year. Please review this document to make sure that it still contains the drugs you take.

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

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

This information is available in a different format, including large print and Spanish large print. Please call Customer Service at 1-866-524-4171 if you need plan information in another format or language.

Formulario integral de medicamentos aprobados para 2012

(Lista de medicamentos cubiertos)

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

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

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

First United American - Select (PDP) 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 1-866-524-4171 si piensa que necesitan información en otro formato o idioma.

What is the First United American - Select Formulary?

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

Can the Formulary change?

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

If we remove drugs from our formulary, add prior authorization, quantity limits and/or step therapy restrictions on a drug or move a drug to a higher cost-sharing tier, we must notify affected members of the change at least 60 days before the change becomes effective, or at the time the member requests a refill of the drug, at which time the member will receive a 60-day supply of the drug. If the Food and Drug Administration deems a drug on our formulary to be unsafe or the drug's manufacturer removes the drug from the market, we will immediately remove the drug from our formulary and provide notice to members who take the drug. The enclosed formulary is current as of 05/01/2012. To get updated information about the drugs covered by First United American - Select, please visit our Web site at <http://www.firstuamedicarepartd.com> or call Customer Service at 1-866-524-4171, weekdays from 8:00am to 8:00pm Eastern. TTY/TDD users should call 1-866-524-4172.

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?

First United American - Select covers both brand name drugs and generic drugs. A generic drug is approved by the FDA as having the same active ingredient as the brand name drug. Generally, generic drugs cost less than brand name drugs.

Are there any restrictions on my coverage?

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

- **Prior Authorization:** First United American - Select requires you [or your physician] to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval from First United American - Select before you fill your prescriptions. If you don't get approval, First United American - Select may not cover the drug.
- **Quantity Limits:** For certain drugs, First United American - Select limits the amount of the drug that First United American - Select will cover. For example, First United American - Select provides 34 pills per prescription for Lipitor. This may be in addition to a standard one month or three month supply.
- **Step Therapy:** In some cases, First United American - Select requires you to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition. For example, if Drug A and Drug B both treat your medical condition, First United American - Select may not cover drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, First United American - Select will then cover Drug B.

You can find out if your drug has any additional requirements or limits by looking in the formulary that begins on page 3. You can also get more information about the restrictions applied to specific covered drugs by visiting our Web site at <http://www.firstuamedicarepartd.com>.

You can ask First United American - Select to make an exception to these restrictions or limits. See the section, "How do I request an exception to the First United American - Select formulary?" on page ii for information about how to request an exception.

What if my drug is not on the Formulary?

If your drug is not included in this formulary, you should first contact Customer Service and confirm that your drug is not covered. If you learn that First United American - Select does not cover your drug, you have two options:

- You can ask Customer Service for a list of similar drugs that are covered by First United American - Select. When you receive the list, show it to your doctor and ask him or her to prescribe a similar drug that is covered by First United American - Select.
- You can ask First United American - Select to make an exception and cover your drug. See below for information about how to request an exception.

How do I request an exception to the First United American - Select Formulary?

You can ask First United American - Select to make an exception to our coverage rules. There are several types of exceptions that you can ask us to make.

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

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

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

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

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

For each of your drugs that is not on our formulary or if your ability to get your drugs is limited, we will cover a temporary 30-day supply (unless you have a prescription written for fewer days) when you go to a network pharmacy. After your first 30-day supply, we will not pay for these drugs, even if you have been a member of the plan less than 90 days.

If you are a resident of a long-term care facility, we will cover a temporary 98-day transition supply (unless you have a prescription written for fewer days). We will cover more than one refill of these drugs for the first 90 days you are a member of our plan. If you need a drug that is not on our formulary or if your ability to get your drugs is limited, but you are past the first 90 days of membership in our plan, we will cover a 34-day emergency supply of that drug (unless you have a prescription for fewer days) while you pursue a formulary exception.

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

A level of care change is defined as when enrollees:

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

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

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

For more information

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

If you have questions about First United American - Select, please call Customer Service at 1-866-524-4171, weekdays from 8:00am to 8:00pm Eastern. TTY/TDD users should call 1-866-524-4172. Or visit <http://www.firstuamedicarepartd.com>.

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

First United American - Select's Formulary

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

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

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

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

Un formulario de medicamentos aprobados es una lista de medicamentos cubiertos, seleccionados por la cobertura para recetas médicas (PDP) de First United American - Select con el asesoramiento de un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias con medicamentos consideradas parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. En general First United American - Select 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 First United American - Select y se sigan otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo adquirir sus medicamentos con receta, consulte su Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el formulario de medicamentos aprobados?

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

Si quitamos medicamentos de nuestro formulario de medicamentos aprobados, o agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado para un medicamento o pasamos un medicamento a una categoría de costo compartido superior, debemos notificar de esta situación a los afiliados afectados, al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia, o en cuanto el afiliado solicite una reposición del medicamento, en cuyo momento el miembro recibirá un suministro de 60 días del mismo. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro formulario de medicamentos aprobados no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, quitaremos el medicamento de nuestro formulario de medicamentos aprobados de inmediato y notificaremos el cambio a los afiliados que toman el medicamento. El formulario de medicamentos aprobados que se adjunta entra en vigencia a partir del 05/01/2012. Para obtener información actualizada acerca de los medicamentos cubiertos por First United American - Select, visite nuestro sitio web en <http://www.firstuamedicarepartd.com> o llame a Servicio al cliente al 1-866-524-4171, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm, Eastern. Los usuarios de TTY/TDD deben comunicarse al 1-866-524-4172.

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?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo solicito una excepción al formulario de medicamentos aprobados de First United American- Select?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para más información

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

Si tiene alguna pregunta acerca de First United American - Select, llame entre semana al Servicio al cliente, al 1-866-524-4171, de las 8:00 am a las 8:00 pm Eastern. Los usuarios de TTY/TDD deben comunicarse al 1-866-524-4172. O visite <http://www.firstuamedicarepartd.com>.

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

Formulario de medicamentos aprobados de First United American - Select

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

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

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

	34-Day supply at a Network Pharmacy un suministro de 34 días a Farmacia bajo la red	90-Day Supply at a Network Pharmacy un suministro de 90 días a Farmacia bajo la red	90-Day Supply using the plan's mail-order service un suministro de 90 días venta por el correo con farmacia bajo la red
Cost-sharing tier 1 <i>(Preferred Generic Drugs)</i> Costo de compartimiento Nivel 1 <i>(drogas Genéricas Preferidas)</i>	\$3	\$9	\$0
Cost-sharing tier 2 <i>(Non-Preferred Generic Drugs)</i> Costo de compartimiento Nivel 2 <i>(drogas Genéricas No Preferidas)</i>	\$9	\$27	\$24
Cost-sharing tier 3 <i>(Preferred Brand Name Drugs)</i> Costo de compartimiento Nivel 3 <i>(drogas de Marca Preferida)</i>	\$45	\$135	\$122
Cost-sharing tier 4 <i>(Non-Preferred Name Brand Drugs)</i> Costo de compartimiento Nivel 4 <i>(drogas de Marca No Preferidas)</i>	\$95	\$285	\$257
Cost-sharing tier 5 <i>(Specialty Drugs)</i> Costo de compartimiento Nivel 5 <i>(drogas de Especialidad)</i>	25%	25%	25%

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

List of Abbreviations

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

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

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

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

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

ST: Step Therapy. In some cases, the **Plan** requires you to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition. For example, if Drug A and Drug B both treat your medical condition, we may not cover Drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, we will then cover Drug B.

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

Lista de abreviaturas (del inglés)

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

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

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

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

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

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

Commonly Prescribed Therapeutic Drug Categories

ANTI - INFECTIVES

ANTIFUNGAL AGENTS

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

ANTIVIRALS

<i>acyclovir caps</i>	2	MO
<i>acyclovir inj 500mg</i>	2	MO
<i>acyclovir susp</i>	2	MO
<i>acyclovir tabs</i>	2	MO
<i>amantadine</i>	2	MO
APTIVUS CAPS	5	MO
APTIVUS ORAL SOLN	5	
ATRIPLA	5	MO
BARACLUDGE ORAL SOLN	3	QL(1890 per 90 days) MO

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Require-ments/ Limits (Requisitos /Limites)
BARACLUDGE TABS	3	QL(90 per 90 days) MO
COMBIVIR	5	MO
COMPLERA	5	MO
CRIXIVAN CAPS 100MG	3	
CRIXIVAN CAPS 200MG, 400MG	3	MO
<i>didanosine</i>	2	MO
EDURANT	5	MO
EMTRIVA	3	MO
EPIVIR	3	MO
EPIVIR HBV	3	MO
EPZICOM	5	MO
<i>famciclovir</i>	2	MO
<i>foscarnet sodium</i>	2	B/D PA MO
FUZEON	5	MO
<i>ganciclovir caps</i>	2	MO
HEPSERA	5	QL(90 per 90 days) MO
INCIVEK	5	PA QL(504 per 84 days) MO
INTELENCE	5	MO
INVIRASE CAPS	4	MO
INVIRASE TABS	5	MO
ISENTRESS	5	MO
KALETRA ORAL SOLN	5	MO
KALETRA TABS 200MG; 50MG	5	MO
KALETRA TABS 100MG; 25MG	3	MO
<i>lamivudine</i>	2	MO
<i>lamivudine/zidovudine</i>	2	MO
LEXIVA SUSP	3	MO
LEXIVA TABS	5	MO
NORVIR	3	MO
PREZISTA TABS 150MG	3	
PREZISTA TABS 75MG	3	MO
PREZISTA TABS 400MG, 600MG	5	MO

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
REBETOL ORAL SOLN	3	PA MO	VIDEX PEDIATRIC ORAL SOLN 2GM	3	MO
RELENZA DISKHALER	3	QL(300 per 365 days)	VIRACEPT POWD	3	MO
RESCRIPTOR	4	MO	VIRACEPT TABS	5	MO
RETROVIR IV INFUSION	3	MO	VIRAMUNE	3	MO
REYATAZ	3	MO	VIREAD	3	MO
<i>ribapak</i>	5	PA MO	ZERIT ORAL SOLN	4	MO
<i>ribasphere caps</i>	2	PA MO	ZIAGEN	3	MO
<i>ribasphere tabs 200mg</i>	2	PA MO	<i>zidovudine</i>	2	MO
<i>ribasphere tabs 400mg</i>	5	PA	CEPHALOSPORINS		
<i>ribasphere tabs 600mg</i>	5	PA MO	<i>cefaclor</i>	2	MO
<i>ribavirin</i>	2	PA	<i>cefadroxil</i>	2	MO
<i>rimantadine hcl</i>	2	MO	<i>cefazolin inj 10gm, 1gm; 5%, 500mg</i>	2	
SELZENTRY	5	MO	<i>cefazolin inj 1gm</i>	2	MO
<i>stavudine</i>	2	MO	<i>cefdinir</i>	2	MO
SUSTIVA	3	MO	<i>cefepime inj 2gm</i>	2	
TAMIFLU CAPS 45MG, 75MG	3	QL(60 per 365 days)	<i>cefepime inj 1gm</i>	2	MO
TAMIFLU CAPS 30MG	3	QL(120 per 365 days)	<i>cefotaxime sodium inj 10gm, 1gm, 500mg</i>	2	
TAMIFLU SUSR 12MG/ML	3	MO	<i>cefotaxime sodium inj 2gm</i>	2	MO
TAMIFLU SUSR 6MG/ML	3	QL(720 per 365 days)	<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 2gm</i>	2	
TRIZIVIR	5	MO	<i>cefoxitin sodium inj 1gm</i>	2	MO
TRUVADA	5	MO	<i>cefpodoxime proxetil</i>	2	MO
TYZEKA	5	MO	<i>ceftazidime inj 1gm, 6gm</i>	2	
<i>valacyclovir hcl tabs 1000mg</i>	2	QL(100 per 90 days)	<i>ceftazidime inj 2gm</i>	2	MO
<i>valacyclovir hcl tabs 500mg</i>	2	QL(200 per 90 days)	<i>ceftriaxone sodium inj 10gm</i>	2	
VALCYTE ORAL SOLN	5	MO	<i>ceftriaxone sodium inj 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	2	MO
VALCYTE TABS	5	MO	<i>cefuroxime axetil</i>	2	MO
VICTRELIS	5	PA	<i>cefuroxime sodium inj 7.5gm</i>	2	
		QL(1008 per 84 days)	<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg</i>	2	MO
		MO	<i>cephalexin caps</i>	1	MO
			<i>cephalexin susr</i>	2	MO
			<i>cephalexin tabs 500mg</i>	2	MO
			<i>cephalexin tabs 250mg</i>	1	MO
			FORTAZ INJ 1GM/50ML; 5%, 2GM/50ML; 5%, 6GM	3	
			SUPRAX SUSR	4	MO
			SUPRAX TABS	4	

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Lmites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Lmites)
TAZICEF INJ 1GM, 2GM, 6GM	3		CLEOCIN GALAXY	3	
TEFLARO	3		CLEOCIN IN D5W	3	
ZINACEF IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	3		<i>clindamycin hcl caps 150mg, 300mg</i>	2	MO
ZINACEF IN ISO-OSMOTIC DILUENT	3		<i>clindamycin phosphate add- vantage</i>	2	MO
ZINACEF INJ 1.5GM, 750MG	3		COARTEM	3	MO
ERYTHROMYCINS / OTHER MACROLIDES			<i>colistimethate sodium</i>	2	MO
<i>azithromycin inj 500mg</i>	2	MO	CUBICIN	3	B/D PA MO
<i>azithromycin susr</i>	2	MO	DAPSONE	3	MO
<i>azithromycin tabs</i>	2	MO	DARAPRIM	3	MO
<i>clarithromycin</i>	2	MO	<i>ethambutol tabs 400mg</i>	2	
<i>clarithromycin er</i>	2	MO	<i>ethambutol tabs 100mg</i>	2	MO
DIFICID	3	PA QL(60 per 90 days) MO	<i>gentamicin sulfate inj 10mg/ml</i>	2	
<i>e.e.s. 400</i>	2	MO	<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	2	MO
E.E.S. GRANULES	3	MO	<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	2	
ERY-TAB TBEC 500MG	3	MO	<i>gentamicin sulfate/sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9%</i>	2	
<i>ery-tab tbec 250mg, 333mg</i>	2	MO	<i>hydroxychloroquine</i>	2	MO
ERYTHROCIN	3		<i>imipenem/cilastatin</i>	2	MO
LACTOBIONATE INJ 500MG			<i>isonarif</i>	2	MO
<i>erythrocin stearate</i>	2	MO	ISONIAZID SYRP	3	MO
ERYTHROMYCIN BASE	3	MO	<i>isoniazid tabs 100mg</i>	2	MO
<i>erythromycin/sulfisoxazole</i>	2	MO	<i>isoniazid tabs 300mg</i>	1	MO
ZMAX	3	MO	<i>isotonic gentamicin inj 0.6mg/ml; 0.9%, 0.8mg/ml; 0.9%</i>	2	
MISCELLANEOUS ANTIINFECTIVES			KETEK	3	QL(20 per 30 days) MO
ALBENZA	3	MO	MALARONE	3	MO
ALINIA	3	MO	<i>mebendazole</i>	2	MO
<i>amikacin sulfate inj 500mg/2ml</i>	2		<i>mefloquine hcl</i>	2	MO
<i>amikacin sulfate inj 50mg/ml</i>	2	MO	MEPRON	5	MO
<i>atovaquone/proguanil hcl tabs 250mg; 100mg</i>	2	MO	<i>meropenem inj 500mg</i>	2	MO
AZACTAM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	3		<i>metronidazole</i>	2	MO
<i>aztreonam inj 1gm</i>	2	MO	<i>metronidazole in nacl 0.79%</i>	2	MO
BILTRICIDE	3	MO	MYCOBUTIN	3	MO
CAPASTAT SULFATE	4		NEBUPENT	3	B/D PA MO
CAYSTON	5	LA	<i>neomycin sulfate</i>	2	MO
<i>chloroquine</i>	2	MO	<i>paromomycin</i>	2	MO
			PASER	3	MO

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
PRIMAQUINE	3	MO	<i>ampicillin inj 10gm, 125mg, 1gm</i>	2	
PRIMAXIN I.M.	3	MO	<i>ampicillin susr</i>	2	MO
PRIMAXIN IV	3	MO	<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm;</i>	2	
<i>pyrazinamide</i>	2	MO	<i>5gm</i>		
QUALAQUIN	3	MO	<i>ampicillin-sulbactam inj 2gm;</i>	2	MO
<i>rifampin</i>	2	MO	<i>1gm</i>		
SEROMYCIN	3	MO	BICILLIN C-R	3	MO
STREPTOMYCIN SULFATE	3	MO	BICILLIN L-A	3	MO
STROMECTOL	3	MO	<i>dicloxacillin sodium</i>	2	MO
TOBI	5	B/D PA MO	<i>nafcillin sodium inj 10gm</i>	2	
<i>tobramycin inj 10mg/ml,</i>	2	MO	<i>nafcillin sodium inj 1gm</i>	2	MO
<i>80mg/2ml</i>			NALLPEN/DEXTROSE INJ 0;	3	
TOBRAMYCIN SULFATE /	3		1GM/50ML		
SODIUM CHLORIDE			PENICILLIN G POTASSIUM IN	3	
TRECTOR	3	MO	ISO-OSMOTIC DEXTROSE		
TYGACIL	3	MO	<i>penicillin g potassium inj 5mu</i>	2	
XIFAXAN TABS 200MG	3	QL(9 per 30 days) MO	PENICILLIN G PROCAINE	3	MO
XIFAXAN TABS 550MG	3	QL(180 per 90 days) MO	PENICILLIN G SODIUM	3	
			<i>penicillin v potassium oral soln</i>	2	MO
ZYVOX INJ	3	MO	<i>penicillin v potassium tabs 500mg</i>	2	MO
ZYVOX SUSR	3	QL(1800 per 30 days) MO	<i>penicillin v potassium tabs 250mg</i>	1	MO
			<i>pfizerpen-g inj 20mu</i>	2	
ZYVOX TABS	3	QL(56 per 30 days) MO	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium inj 4gm; 0.5gm</i>	2	MO
			<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium inj 3gm; 0.375gm</i>		
			ZOSYN INJ 5%; 2GM/50ML;	3	
			0.25GM/50ML, 5%; 3GM/50ML;		
			0.375GM/50ML		
PENICILLINS			QUINOLONES		
<i>amoxicillin caps 250mg</i>	2	MO	AVELOX ABC PACK	3	MO
<i>amoxicillin caps 500mg</i>	1	MO	AVELOX INJ	3	
<i>amoxicillin chew</i>	2	MO	AVELOX TABS	3	MO
<i>amoxicillin susr 125mg/5ml,</i>	2	MO	<i>ciprofloxacin inj 400mg/40ml</i>	2	
<i>200mg/5ml, 400mg/5ml</i>			<i>ciprofloxacin tabs 100mg, 500mg,</i>	2	MO
<i>amoxicillin susr 250mg/5ml</i>	1	MO	<i>750mg</i>		
<i>amoxicillin tabs</i>	1	MO	<i>ciprofloxacin tabs 250mg</i>	1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	2	MO	LEVAQUIN INJ 5%;	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	2	MO	750MG/150ML		
<i>er</i>			LEVAQUIN INJ 25MG/ML	4	MO
<i>amoxicillin/potassium clavulanate</i>	2	MO	LEVAQUIN ORAL SOLN	4	MO
<i>tabs</i>			LEVAQUIN TABS	4	MO
<i>ampicillin caps</i>	2	MO			

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
<i>levofloxacin oral soln</i>	2	MO	VIBATIV INJ 250MG	3	
<i>levofloxacin tabs</i>	2	MO	ANTINEOPLASTIC / IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS		
NOROXIN	4	MO	ADJUNCTIVE AGENTS		
<i>ofloxacin</i>	2	MO	<i>amifostine</i>	5	MO
SULFA'S / RELATED AGENTS			<i>dexrazoxane inj 500mg</i>	2	MO
<i>sulfadiazine</i>	2	MO	ELITEK INJ 1.5MG	5	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	MO	FUSILEV	5	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim inj</i>	2	MO	<i>leucovorin calcium inj 100mg, 350mg</i>	2	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim susp</i>	2	MO	<i>leucovorin calcium tabs 25mg, 5mg</i>	2	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tabs</i>	1	MO	LEUCOVORIN CALCIUM TABS 10MG, 15MG	3	MO
TETRACYCLINES			<i>mesna</i>	2	MO
<i>demeclocycline hcl</i>	2	MO	MESNEX TABS	3	MO
<i>doxycycline caps 75mg</i>	2	MO	XGEVA	5	PA QL(5.1 per 90 days) MO
<i>doxycycline hyclate caps</i>	1	MO	ZINECARD INJ 250MG	3	MO
<i>doxycycline hyclate inj</i>	2	MO	ANTINEOPLASTIC / IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS		
<i>doxycycline hyclate tabs 20mg</i>	2	MO	ABRAXANE	4	MO
<i>doxycycline hyclate tabs 100mg</i>	1	MO	<i>adriamycin inj 2mg/ml</i>	2	
<i>doxycycline hyclate tbec</i>	2	MO	AFINITOR TABS 10MG	5	PA QL(180 per 90 days) MO
<i>doxycycline monohydrate tabs 150mg, 50mg, 75mg</i>	2	MO	AFINITOR TABS 2.5MG, 5MG	5	PA QL(270 per 90 days) MO
<i>minocycline hcl</i>	2	MO	ALIMTA INJ 500MG	4	MO
<i>minocycline hcl er</i>	2	MO	<i>anastrozole</i>	2	MO
<i>tetracycline hcl</i>	1	MO	ARRANON	4	
VIBRAMYCIN SUSR	3	MO	ARZERRA	3	MO
VIBRAMYCIN SYRP	3	MO	AVASTIN INJ 100MG/4ML	4	MO
URINARY TRACT AGENTS			<i>azathioprine</i>	2	B/D PA MO
MACRODANTIN CAPS 25MG	3	MO	<i>azathioprine sodium</i>	2	B/D PA MO
<i>methenamine hippurate</i>	2	MO	<i>bicalutamide</i>	2	MO
<i>nitrofurantoin</i>	2	MO	BICNU	4	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystalline caps 50mg</i>	2	MO	<i>bleomycin sulfate inj 30unit</i>	2	MO
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	2	MO	BUSULFEX	3	
PRIMSOL	4	MO	VANCOMYCIN		
<i>trimethoprim</i>	2	MO	VANCOCIN ORAL	3	MO
VANCOMYCIN			<i>vancomycin inj 10gm, 500mg</i>	2	B/D PA
VANCOCIN ORAL	3	MO	<i>vancomycin inj 1000mg</i>	2	B/D PA MO

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
CAMPATH	4		<i>exemestane</i>	2	MO
CAPRELSA TABS 300MG	5	QL(90 per 90 days)	FARESTON	4	MO
CAPRELSA TABS 100MG	5	QL(180 per 90 days)	FASLODEX	5	MO
<i>carboplatin inj 150mg/15ml</i>	2	MO	FIRMAGON INJ 120MG	5	QL(1 per 90 days) MO
CEENU	3	MO	FIRMAGON INJ 80MG	3	MO
CELLCEPT INTRAVENOUS	3		FLUDARA	4	
CELLCEPT SUSR	3	B/D PA MO	<i>fludarabine phosphate inj 50mg</i>	2	MO
<i>cisplatin inj 100mg/100ml</i>	2	MO	<i>fluorouracil inj 500mg/10ml</i>	2	MO
<i>cladribine</i>	2	MO	<i>flutamide</i>	2	MO
CLOLAR	4		<i>gemcitabine hcl inj 1gm</i>	5	MO
COSMEGEN	5	MO	GEMCITABINE INJ 1GM/26.3ML	5	
<i>cyclophosphamide tabs</i>	2	B/D PA MO	<i>gengraf</i>	2	B/D PA MO
<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	2	B/D PA MO	GLEEVEC	5	MO
CYCLOSPORINE CAPS 50MG	3	B/D PA MO	HALAVEN	5	MO
<i>cyclosporine inj</i>	2	B/D PA	HERCEPTIN	4	MO
<i>cyclosporine oral soln</i>	2	B/D PA MO	HEXALEN	5	MO
CYTARABINE AQUEOUS INJ 100MG/ML	3	MO	<i>hydroxyurea</i>	2	MO
<i>cytarabine aqueous inj 20mg/ml</i>	2	MO	<i>idarubicin hcl inj 10mg/10ml</i>	2	
<i>cytarabine inj 500mg</i>	2	MO	IFEX INJ 3GM	4	MO
<i>dacarbazine inj 200mg</i>	2	MO	<i>ifosfamide inj 1gm</i>	2	MO
DACOGEN	3	MO	<i>ifosfamide/mesna</i>	5	
<i>daunorubicin hcl inj 20mg</i>	2		INLYTA	5	PA MO
DAUNOXOME	4	MO	<i>irinotecan inj 100mg/5ml</i>	5	MO
DOCEFREZ	5		ISTODAX	3	MO
DOCETAXEL INJ 80MG/8ML	3		IXEMPRA KIT INJ 45MG	5	MO
<i>docetaxel inj 80mg/4ml</i>	2		JAKAFI	5	PA QL(180 per 90 days) MO
DOXIL	3	MO			
<i>doxorubicin hcl inj 2mg/ml</i>	2		JEVTANA	5	MO
DROXIA	3	MO	<i>letrozole</i>	2	MO
ELLENCEN INJ 200MG/100ML	4	MO	LEUKERAN	3	MO
ELOXATIN INJ 100MG/20ML	4	MO	<i>leuprolide acetate</i>	2	MO
ELSPAR	4	MO	LUPRON DEPOT INJ 3.75MG	3	MO
EMCYT	3	MO	LUPRON DEPOT INJ 11.25MG, 22.5MG, 30MG, 45MG, 7.5MG	5	MO
<i>epirubicin hcl inj 50mg/25ml</i>	2		LUPRON DEPOT-PED INJ 11.25MG, 15MG	5	MO
ERBITUX INJ 100MG/50ML	4	MO	LYSODREN	3	MO
ERIVEDGE	5	PA MO	MATULANE	5	MO
ETOPOPHOS	4	MO			
<i>etoposide inj</i>	2	MO			

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
MEGACE ES	3	QL(150 per 30 days) MO	REVLIMID CAPS 10MG, 5MG	5	LA QL(30 per 30 days) MO
<i>megestrol acetate susp</i>	2	QL(600 per 30 days) MO	RHEUMATREX	4	B/D PA MO
<i>megestrol acetate tabs</i>	2	QL(240 per 30 days) MO	RITUXAN	3	PA MO
<i>melphalan hydrochloride</i>	2		SANDIMMUNE CAPS	3	B/D PA MO
<i>mercaptopurine</i>	2	MO	SANDIMMUNE INJ	3	B/D PA
<i>methotrexate</i>	2	B/D PA MO	SANDIMMUNE ORAL SOLN	3	B/D PA MO
<i>methotrexate sodium inj 25mg/ml</i>	2	MO	SANDOSTATIN LAR DEPOT	4	MO
METHOTREXATE SODIUM INJ 1GM	4		SIMULECT INJ 20MG	3	MO
<i>mitomycin inj 20mg</i>	2	MO	SOMATULINE DEPOT	5	MO
<i>mitoxantrone hcl</i>	2	MO	SPRYCEL TABS 100MG, 140MG, 50MG, 70MG, 80MG	5	QL(90 per 90 days) MO
MUSTARGEN	4	MO	SPRYCEL TABS 20MG	5	QL(180 per 90 days) MO
<i>mycophenolate mofetil</i>	2	B/D PA MO	SUTENT	5	PA QL(90 per 90 days) MO
MYFORTIC	3	B/D PA MO	TABLOID	3	MO
NEORAL	3	B/D PA MO	<i>tacrolimus</i>	2	B/D PA MO
NEXAVAR	5	LA PA QL(360 per 90 days) MO	<i>tamoxifen citrate</i>	2	MO
NILANDRON	4	QL(120 per 90 days) MO	TARCEVA TABS 100MG, 150MG	5	PA QL(90 per 90 days) MO
NIPENT	4	MO	TARCEVA TABS 25MG	5	PA QL(180 per 90 days) MO
NULOJIX	5	B/D PA MO	TARGRETIN	3	MO
<i>octreotide inj 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	5	MO	TASIGNA	5	QL(336 per 84 days) MO
<i>octreotide inj 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml</i>	2	MO	TAXOTERE INJ 80MG/2ML	5	
ONTAK	4		TAXOTERE INJ 80MG/4ML	5	MO
<i>oxaliplatin inj 100mg/20ml</i>	5		THALOMID	5	PA MO
<i>paclitaxel inj 300mg/50ml</i>	2	MO	<i>thiotepa</i>	2	MO
<i>pentostatin</i>	2	MO	<i>toposar</i>	2	MO
PROGRAF INJ	3	B/D PA	<i>topotecan hcl inj 4mg</i>	2	MO
RAPAMUNE	3	B/D PA MO	TORISEL	5	PA MO
REVLIMID CAPS 15MG, 25MG	5	LA QL(21 per 28 days) MO	TREANDA INJ 100MG	5	MO
			TRELSTAR DEPOT MIXJECT	4	MO
			TRELSTAR LA MIXJECT	4	MO

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
TRELSTAR MIXJECT	4		ANTICONVULSANTS		
<i>tretinoin</i>	2	MO	BANZEL	3	MO
TRISENOX	3	MO	<i>carbamazepine</i>	2	MO
TYKERB	5	LA QL(540 per 90 days)	<i>carbamazepine er</i>	2	MO
VANDETANIB TABS 300MG	5	MO	CARBATROL	3	MO
VANDETANIB TABS 100MG	5	QL(90 per 90 days)	CELONTIN	3	MO
VECTIBIX INJ 100MG/5ML	5	MO	DILANTIN CAPS 30MG	3	MO
VELCADE	4	MO	DILANTIN INFATABS	3	MO
VIDAZA	5	QL(4200 per 90 days)	<i>divalproex sodium</i>	2	MO
<i>vinblastine sulfate inj 10mg</i>	2		<i>divalproex sodium dr</i>	2	MO
<i>vincasar pfs</i>	2	MO	<i>divalproex sodium er</i>	2	MO
<i>vincristine sulfate</i>	2	MO	<i>epitol</i>	1	MO
<i>vinorelbine tartrate inj 50mg/5ml</i>	2	MO	EQUETRO	3	MO
VOTRIENT	5	MO	<i>ethosuximide</i>	2	MO
XALKORI	5	QL(360 per 90 days)	<i>felbamate</i>	2	MO
YERVOY INJ 50MG/10ML	5	PA QL(180 per 90 days)	FELBATOL	3	MO
ZANOSAR	4	MO	<i>fosphenytoin sodium inj 100mg pe/2ml</i>	2	MO
ZELBORAF	5	PA QL(720 per 90 days)	<i>gabapentin</i>	2	MO
ZOLINZA	5	MO	GABITRIL	3	MO
ZORTRESS TABS 0.5MG, 0.75MG	5	QL(360 per 90 days)	<i>lamotrigine</i>	2	MO
ZORTRESS TABS 0.25MG	3	B/D PA MO	<i>levetiracetam inj 500mg/5ml</i>	2	
ZYTIGA	5	PA QL(360 per 90 days)	<i>levetiracetam oral soln</i>	2	MO
		MO	<i>levetiracetam tabs</i>	2	MO
AUTONOMIC / CNS DRUGS, NEUROLOGY / PSYCH			LYRICA CAPS 225MG, 300MG	4	QL(180 per 90 days)
					MO
			LYRICA CAPS 100MG, 150MG, 200MG, 25MG, 50MG, 75MG	4	QL(270 per 90 days)
					MO
			<i>oxcarbazepine</i>	2	MO
			PEGANONE	3	MO
			<i>phenytoin</i>	2	MO
			PHENYTOIN SODIUM	3	
			<i>phenytoin sodium extended</i>	2	MO
			<i>primidone</i>	2	MO
			SABRIL	3	MO
			TEGRETOL-XR TB12 100MG	3	MO
			<i>topiramate</i>	2	MO
			<i>valproate sodium</i>	2	MO
			<i>valproic acid</i>	2	MO

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
VIMPAT INJ	3		MIGRANAL	4	QL(24 per 90 days) MO
VIMPAT ORAL SOLN	3	MO	<i>naratriptan hcl tabs 2.5mg</i>	2	QL(24 per 90 days) MO
VIMPAT TABS	3	MO	<i>naratriptan hcl tabs 1mg</i>	2	QL(36 per 90 days) MO
<i>zonisamide</i>	2	MO	REL PAX	3	QL(54 per 90 days) MO
ANTIPARKINSONISM AGENTS			<i>sumatriptan succinate inj 6mg/0.5ml</i>	2	QL(12 per 90 days) MO
APOKYN	3	LA MO	<i>sumatriptan succinate tabs 100mg</i>	2	QL(27 per 90 days) MO
AZILECT	3	MO	<i>sumatriptan succinate tabs 25mg, 50mg</i>	2	QL(54 per 90 days) MO
<i>benztropine mesylate inj</i>	2		MISCELLANEOUS NEUROLOGICAL THERAPY		
<i>benztropine mesylate tabs</i>	1	MO	COPAXONE	5	PA QL(90 per 90 days) MO
<i>bromocriptine mesylate</i>	2	MO	<i>donepezil hcl</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>carbidopa / levodopa</i>	2	MO	EXELON ORAL SOLN	4	MO
<i>carbidopa/levodopa cr</i>	2	MO	EXELON PT24	4	QL(90 per 90 days) MO
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	2	MO	<i>galantamine hydrobromide cp24</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>carbidopa/levodopa sr tbc 50mg; 200mg</i>	2	MO	<i>galantamine hydrobromide oral soln</i>	2	MO
COMTAN	3	MO	<i>galantamine hydrobromide tabs</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
LODOSYN	3	MO	GILENYA	5	PA QL(28 per 28 days) MO
MIRAPEX ER TB24 0.375MG, 0.75MG, 1.5MG, 3MG, 4.5MG	3	MO	MYTELASE	3	MO
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	MO			
REQUIP XL	3	MO			
<i>ropinirole</i>	2	MO			
<i>selegiline</i>	2	MO			
STALEVO 100	3	MO			
STALEVO 125	3	MO			
STALEVO 150	3	MO			
STALEVO 200	3	MO			
STALEVO 50	3	MO			
STALEVO 75	3	MO			
<i>trihexyphenidyl</i>	2	MO			
ZELAPAR	3	MO			
MIGRAINE / CLUSTER HEADACHE THERAPY					
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	2	MO			
<i>ergotamine tartrate / caffeine</i>	2	MO			
MAXALT-MLT	3	QL(54 per 90 days) MO			
<i>migergot</i>	2	MO			

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
NAMENDA ORAL SOLN	3	MO	<i>endocet</i>	2	MO
NAMENDA TABS 10MG	3	QL(180 per 90 days) MO	EXALGO	4	MO
NAMENDA TABS 5MG	3	QL(270 per 90 days) MO	<i>fentanyl citrate</i>	2	
NAMENDA TITRATION PAK	3	MO	<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 200mcg</i>	2	PA QL(360 per 90 days) MO
NUEDEXTA	3	QL(180 per 90 days) MO	<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	PA QL(360 per 90 days) MO
<i>rivastigmine tartrate</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>fentanyl patches</i>	2	MO
XENAZINE	5	LA MO	<i>hydrocodone</i>	2	MO
MUSCLE RELAXANTS / ANTISPASMODIC THERAPY			<i>bitartrate/acetaminophen oral soln</i>		
<i>baclofen</i>	2	MO	<i>hydrocodone</i>	2	MO
<i>cyclobenzaprine hcl tabs 7.5mg</i>	2		<i>bitartrate/acetaminophen tabs 750mg; 10mg</i>		
<i>cyclobenzaprine hcl tabs 10mg</i>	2	MO	<i>hydrocodone/acetaminophen oral soln 500mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	2	MO
<i>cyclobenzaprine hcl tabs 5mg</i>	1	MO	<i>hydrocodone/acetaminophen tabs</i>	2	MO
<i>dantrolene sodium caps</i>	2	MO	<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	2	MO
LIORESAL INTRATHECAL INJ 0.05MG/ML	3	B/D PA	<i>hydromorphone hcl inj 500mg/50ml</i>	2	
LIORESAL INTRATHECAL INJ 10MG/20ML, 10MG/5ML	3	B/D PA MO	<i>hydromorphone hcl tabs</i>	2	MO
MESTINON SYRP	3	MO	INFUMORPH 200	3	MO
MESTINON TIMESPAN	3	MO	INFUMORPH 500	3	MO
<i>pyridostigmine bromide</i>	2	MO	KADIAN	3	MO
<i>regonol</i>	2		<i>levorphanol tartrate</i>	2	MO
<i>tizanidine hcl</i>	2	MO	<i>margesic-h</i>	2	MO
NARCOTIC ANALGESICS			<i>methadone hcl conc</i>	2	MO
<i>acetaminophen / codeine</i>	2	MO	<i>methadone hcl inj</i>	2	
<i>acetaminophen/codeine #3</i>	2	MO	<i>methadone hcl oral soln 5mg/5ml</i>	2	MO
<i>ascomp/codeine</i>	2	MO	METHADONE HCL ORAL SOLN 10MG/5ML	3	MO
BUPRENEX	3	MO	<i>methadone hcl tabs</i>	2	MO
<i>buprenorphine hcl inj</i>	2		<i>methadose tabs</i>	2	MO
<i>buprenorphine hcl subl</i>	2	MO	<i>morphine sulfate er</i>	2	MO
<i>codeine sulfate</i>	2	MO	<i>morphine sulfate inj 0.5mg/ml</i>	2	
DILAUDID-5	3	MO	<i>morphine sulfate inj 1mg/ml</i>	2	MO
<i>duramorph</i>	2	MO	<i>morphine sulfate oral soln</i>	2	MO
EMBEDA	4		<i>morphine sulfate tabs</i>	2	MO
			ONSOLIS FILM 1200MCG, 400MCG, 600MCG, 800MCG	3	QL(360 per 90 days)

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
ONSOLIS FILM 200MCG	3	QL(720 per 90 days)	<i>meloxicam susp</i>	2	MO
OPANA ER	3	MO	<i>meloxicam tabs 15mg</i>	2	MO
<i>oxycodone / acetaminophen</i>	2	MO	<i>meloxicam tabs 7.5mg</i>	1	MO
<i>oxycodone hcl tabs 15mg, 30mg, 5mg</i>	2	MO	<i>nabumetone</i>	2	MO
<i>oxycodone/aspirin</i>	2		<i>naloxone</i>	2	
OXYCONTIN	3	ST MO	<i>naltrexone</i>	2	MO
<i>oxymorphone hydrochloride</i>	2	MO	<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	2	MO
<i>reprexain tabs 10mg; 200mg</i>	2	MO	<i>naproxen susp</i>	2	MO
ROXICET ORAL SOLN	3	MO	<i>naproxen tabs</i>	1	MO
<i>roxicet tabs 325mg; 5mg</i>	2	MO	<i>naproxen tbec</i>	2	MO
<i>stagesic</i>	2	MO	<i>oxaprozin</i>	2	MO
<i>zerlor</i>	2	MO	<i>piroxicam</i>	2	MO
NON-NARCOTIC ANALGESICS			SUBOXONE	3	MO
ARTHROTEC 50	4	MO	<i>sulindac</i>	2	MO
ARTHROTEC 75	4	MO	<i>tolmetin sodium</i>	2	MO
<i>butorphanol tartrate nasal soln</i>	2	PA QL(30 per 90 days)	<i>tramadol</i>	2	QL(720 per 90 days) MO
CELEBREX	4	QL(180 per 90 days)	<i>tramadol hcl er tb24 300mg</i>	2	
<i>depade</i>	2	MO	<i>tramadol hcl er tb24 100mg, 200mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>diclofenac potassium</i>	2	MO	VIMOVO	3	QL(180 per 90 days) MO
<i>diclofenac sodium dr</i>	2	MO	VOLTAREN GEL	3	MO
<i>diclofenac sodium xr</i>	2	MO	PSYCHOTHERAPEUTIC DRUGS		
<i>diflunisal</i>	2	MO	ABILIFY DISCMELT TBDP 15MG	4	QL(180 per 90 days) ST MO
<i>etodolac</i>	2	MO	ABILIFY DISCMELT TBDP 10MG	4	QL(270 per 90 days) ST MO
<i>fenoprofen calcium</i>	2	MO	ABILIFY INJ	4	ST MO
FLECTOR	4	MO	ABILIFY ORAL SOLN	4	ST MO
<i>flurbiprofen</i>	2	MO	ABILIFY TABS 20MG, 2MG, 30MG, 5MG	4	QL(90 per 90 days) ST MO
<i>ibuprofen susp</i>	2	MO	ABILIFY TABS 15MG	4	QL(180 per 90 days) ST MO
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	MO			
<i>indomethacin caps</i>	2	MO			
<i>indomethacin er</i>	2	MO			
<i>ketoprofen</i>	2	MO			
<i>ketoprofen er</i>	2	MO			
<i>meclofenamate sodium</i>	2	MO			
<i>mefenamic acid</i>	2	MO			

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

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
HALDOL	3	MO	<i>maprotiline</i>	2	MO
HALDOL DECANOATE 100	3	MO	MARPLAN	3	MO
HALDOL DECANOATE 50	3	MO	METADATE CD CPR 20MG, 30MG, 40MG, 50MG, 60MG	4	PA MO
<i>haloperidol conc</i>	2	MO	<i>methylin tabs</i>	2	PA MO
<i>haloperidol decanoate inj</i>	2	MO	<i>methylphenidate hcl</i>	2	PA MO
<i>haloperidol lactate inj</i>	2	MO	<i>methylphenidate hcl er cp24</i>	2	PA MO
<i>haloperidol tabs 10mg, 20mg</i>	2	MO	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	2	PA MO
<i>haloperidol tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	1	MO	<i>mirtazapine</i>	2	QL(90 per 90 days)
<i>imipramine</i>	2	MO			MO
<i>imipramine pamoate</i>	2	MO	<i>mirtazapine odt tbdp 30mg, 45mg</i>	2	QL(90 per 90 days)
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	3	QL(0.75 per 90 days)			MO
INVEGA SUSTENNA INJ 78MG/0.5ML	3	QL(1.5 per 90 days)	<i>nefazodone</i>	2	QL(180 per 90 days)
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML	3	QL(2.25 per 90 days)			MO
INVEGA SUSTENNA INJ 156MG/ML	3	QL(3 per 90 days) MO	<i>nortriptyline caps 10mg, 50mg</i>	2	MO
INVEGA SUSTENNA INJ 234MG/1.5ML	3	QL(4.5 per 90 days)	<i>nortriptyline caps 25mg, 75mg</i>	1	MO
		MO	<i>nortriptyline oral soln</i>	2	MO
INVEGA TB24 1.5MG, 3MG, 9MG	3	QL(90 per 90 days)	<i>olanzapine inj</i>	2	MO
		MO	<i>olanzapine odt</i>	2	QL(90 per 90 days)
INVEGA TB24 6MG	3	QL(180 per 90 days)			MO
		MO	<i>olanzapine tabs</i>	2	QL(90 per 90 days)
LATUDA TABS 80MG	3	QL(90 per 90 days)	ORAP	3	MO
		MO	<i>paroxetine er tb24 12.5mg, 37.5mg</i>	2	QL(180 per 90 days)
LATUDA TABS 40MG	3	QL(180 per 90 days)			MO
		MO	<i>paroxetine er tb24 25mg</i>	2	QL(270 per 90 days)
<i>lithium carbonate caps 300mg, 600mg</i>	2	MO			MO
<i>lithium carbonate caps 150mg</i>	1	MO	<i>paroxetine susp</i>	2	MO
<i>lithium carbonate er</i>	2	MO	<i>paroxetine tabs 20mg, 40mg</i>	2	QL(90 per 90 days)
<i>lithium carbonate tabs</i>	2	MO			MO
<i>lithium citrate</i>	2	MO	<i>paroxetine tabs 10mg, 30mg</i>	2	QL(180 per 90 days)
<i>loxapine</i>	2	MO			MO
			PAXIL SUSP	3	MO
			<i>perphenazine</i>	2	MO
			<i>phenelzine sulfate</i>	2	MO

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

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
<i>mexiletine</i>	2	MO	<i>bisoprolol fumarate / hydrochlorothiazide</i>	2	MO
MULTAQ	3	MO	<i>bumetanide inj</i>	2	MO
NORPACE CR CP12 100MG	3	MO	<i>bumetanide tabs 0.5mg, 2mg</i>	2	MO
PACERONE TABS 100MG	3	MO	<i>bumetanide tabs 1mg</i>	1	MO
<i>pacerone tabs 200mg</i>	2	MO	BYSTOLIC	3	MO
<i>procainamide</i>	2		<i>captopril tabs 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	MO
<i>propafenone hcl</i>	2	MO	<i>captopril tabs 100mg</i>	2	MO
<i>propafenone hcl er</i>	2	MO	<i>captopril/hydrochlorothiazide tabs 25mg; 15mg, 25mg; 25mg, 50mg; 15mg</i>	2	QL(90 per 90 days)
<i>quinidine gluconate er</i>	2	MO	<i>captopril/hydrochlorothiazide tabs 50mg; 25mg</i>	2	QL(270 per 90 days)
<i>quinidine sulfate</i>	2	MO	<i>cartia xt</i>	2	MO
<i>quinidine sulfate er</i>	2	MO	<i>carvedilol</i>	2	MO
<i>sorine tabs 240mg</i>	2		<i>chlorothiazide sodium</i>	2	MO
<i>sorine tabs 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	MO	<i>chlorothiazide tabs 250mg</i>	2	MO
<i>sotalol</i>	2	MO	<i>chlorothiazide tabs 500mg</i>	1	MO
TIKOSYN	4	MO	<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	1	MO
ANTIHYPERTENSIVE THERAPY					
<i>acebutolol</i>	2	MO	<i>clonidine ptwk</i>	2	MO
<i>afeditab cr</i>	2	MO	<i>clonidine tabs 0.3mg</i>	2	MO
<i>amiloride</i>	2	MO	<i>clonidine tabs 0.1mg, 0.2mg</i>	1	MO
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	MO	DEMSER	3	MO
<i>amlodipine</i>	2	MO	DIBENZYLINE	4	MO
<i>amlodipine / benazepril</i>	2	QL(90 per 90 days)	<i>dilt-cd cp24 120mg, 300mg</i>	2	MO
<i>atenolol / chlorthalidone</i>	1	MO	<i>dilt-xr cp24 180mg, 240mg</i>	2	MO
<i>atenolol tabs 100mg, 25mg</i>	2	MO	<i>diltiazem cd cp24 120mg, 240mg, 300mg</i>	2	MO
<i>atenolol tabs 50mg</i>	1	MO	<i>diltiazem hcl er cp12</i>	2	MO
<i>benazepril</i>	2	MO	<i>diltiazem hcl er cp24 180mg, 360mg, 420mg</i>	2	MO
<i>benazepril / hydrochlorothiazide tabs 20mg; 12.5mg, 20mg; 25mg</i>	2	QL(360 per 90 days)	DILTIAZEM HCL INJ 100MG	3	
<i>benazepril / hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg</i>	2	QL(720 per 90 days)	<i>diltiazem hcl inj 25mg/5ml</i>	2	
<i>benazepril / hydrochlorothiazide tabs 5mg; 6.25mg</i>	2	QL(1440 per 90 days)	<i>diltiazem hcl tabs</i>	2	MO
<i>betaxolol hcl</i>	2	MO	<i>diltzac cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	2	MO
BIDIL	3	QL(540 per 90 days)	DIOVAN HCT	3	QL(90 per 90 days)
<i>bisoprolol fumarate</i>	2	MO			MO

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

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

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/Limits (Requisitos /Limites)
<i>verapamil tabs</i>	2	MO	PRADAXA	3	MO
CARDIAC GLYCOSIDES			PROMACTA TABS 12.5MG	5	LA PA MO
<i>digoxin inj</i>	2		PROMACTA TABS 50MG, 75MG	5	LA PA QL(90 per 90 days) MO
<i>digoxin oral soln</i>	2	MO	PROMACTA TABS 25MG	5	LA PA QL(270 per 90 days) MO
<i>digoxin tabs</i>	1	MO	<i>ticlopidine hcl</i>	2	MO
LANOXIN INJ 0.1MG/ML	3		<i>warfarin tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 4mg, 6mg, 7.5mg</i>	2	MO
COAGULATION THERAPY			<i>warfarin tabs 3mg, 5mg</i>	1	MO
AGGRENOX	3	MO	XARELTO	3	MO
ARIXTRA	3	MO	LIPID/CHOLESTEROL LOWERING AGENTS		
BRILINTA	4	MO	<i>atorvastatin calcium</i>	2	QL(90 per 90 days)
<i>cilostazol</i>	2	MO	<i>cholestyramine light pack</i>	2	MO
CYKLOKAPRON	3	MO	<i>colestipol</i>	2	MO
EFFIENT	3	MO	<i>fenofibrate</i>	2	MO
<i>enoxaparin sodium inj 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml</i>	2	MO	<i>fenofibrate micronized</i>	2	MO
<i>enoxaparin sodium inj 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml</i>	5	MO	<i>gemfibrozil</i>	2	MO
<i>fondaparinux sodium</i>	2	MO	<i>lovastatin tabs 10mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 25000UNIT/ML, 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML	3	MO	<i>lovastatin tabs 20mg, 40mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
HEPARIN SODIUM INJ 2000UNIT/ML	3	MO	LOVAZA	3	MO
<i>heparin sodium inj 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/ml</i>	2	MO	NIASPAN	4	MO
<i>heparin sodium/d5w inj 5%; 40unit/ml</i>	2		<i>pravastatin tabs 10mg, 20mg, 80mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45%	3		<i>pravastatin tabs 40mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>heparin sodium/sodium chloride 0.9% premix</i>	2		<i>prevalite powd</i>	2	MO
<i>jantoven tabs 10mg, 2.5mg, 6mg, 7.5mg</i>	2	MO	<i>simvastatin</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>jantoven tabs 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	1	MO			
LOVENOX INJ 300MG/3ML	3	MO			
<i>pentopak</i>	2	MO			
<i>pentoxifylline er</i>	2	MO			
PLAVIX	3	MO			

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
ZETIA	3	QL(90 per 90 days) MO	CONDYLOX GEL	3	MO
MISCELLANEOUS CARDIOVASCULAR AGENTS			ELIDEL	4	MO
RANEXA	3	MO	FLUOROPLEX	3	MO
NITRATES			<i>fluorouracil crea</i>	2	MO
<i>isosorbide dinitrate er</i>	2	MO	<i>fluorouracil external soln</i>	2	MO
<i>isosorbide dinitrate subl 2.5mg</i>	1	MO	<i>imiquimod</i>	2	MO
<i>isosorbide dinitrate subl 5mg</i>	2	MO	<i>laclotion</i>	2	MO
<i>isosorbide dinitrate tabs 30mg</i>	2	MO	OXSORALEN ULTRA	5	MO
<i>isosorbide dinitrate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	MO	PANRETIN	3	MO
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	MO	<i>podofilox</i>	2	MO
<i>isosorbide mononitrate er tb24 120mg, 60mg</i>	2	MO	PROTOPIC	4	MO
<i>isosorbide mononitrate er tb24 30mg</i>	1	MO	REGRANEX	3	PA MO
<i>nitro-bid</i>	2	MO	SOLARAZE	3	MO
NITRO-DUR PT24 0.3MG/HR, 0.8MG/HR	3	MO	UVADEX	4	
<i>nitroglycerin inj</i>	2	B/D PA	VEREGEN	4	MO
<i>nitroglycerin pt24</i>	2	MO	THERAPY FOR ACNE		
<i>nitroglycerin transdermal pt24 0.1mg/hr</i>	2	MO	<i>adapalene</i>	2	
NITROSTAT	3	MO	<i>amnesteem</i>	2	
DERMATOLOGICALS/TOPICAL THERAPY			<i>avita crea</i>	2	MO
ANTIPSORIATIC / ANTISEBORRHEIC			AZELEX	3	MO
<i>calcipotriene</i>	2	MO	<i>claravis caps 10mg, 20mg, 40mg</i>	2	
<i>selenium sulfide lotn 2.5%</i>	2	MO	<i>claravis caps 30mg</i>	5	
SORIATANE	3	MO	<i>clindamycin phosphate external soln</i>	2	MO
BURN THERAPY			<i>clindamycin phosphate foam</i>	2	MO
<i>silver sulfadiazine</i>	2	MO	<i>clindamycin phosphate gel</i>	2	MO
<i>ssd</i>	2	MO	<i>clindamycin phosphate lotn</i>	2	MO
<i>thermazene</i>	2	MO	<i>clindamycin phosphate swab</i>	2	MO
MISCELLANEOUS DERMATOLOGICALS			<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	2	MO
8-MOP	3	MO	DIFFERIN LOTN	3	MO
<i>ammonium lactate</i>	2	MO	<i>ery</i>	2	MO
CARAC	3	MO	<i>erythromycin / benzoyl peroxide</i>	2	MO
CARMOL-HC	3	MO	<i>erythromycin external soln</i>	2	MO
			<i>erythromycin gel</i>	2	MO
			FINACEA	3	MO
			METROGEL	3	MO
			<i>metronidazole</i>	2	MO
			<i>sotret</i>	2	
			TAZORAC	3	MO
			<i>tretinoin</i>	2	MO

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Límites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Límites)
TOPICAL ANESTHETICS			TOPICAL CORTICOSTEROIDS		
<i>lidocaine / prilocaine crea</i>	2	MO	<i>ala-cort crea</i>	2	MO
<i>lidocaine external soln</i>	2	MO	<i>alclometasone dipropionate</i>	2	MO
<i>lidocaine gel</i>	2	MO	<i>amcinonide crea</i>	2	MO
<i>lidocaine inj 0.5%, 1%</i>	2		<i>amcinonide lotn</i>	2	MO
<i>lidocaine oint</i>	2	MO	<i>amcinonide oint</i>	2	
<i>lidocaine viscous</i>	2	MO	<i>augmented betamethasone dipropionate crea</i>	2	MO
TOPICAL ANTIBACTERIALS			<i>augmented betamethasone dipropionate lotn</i>	2	MO
ALTABAX	3	MO	<i>augmented betamethasone dipropionate oint</i>	2	MO
BACTROBAN CREA	3	MO	<i>betamethasone dipropionate</i>	2	MO
<i>gentamicin sulfate crea</i>	1	MO	<i>betamethasone valerate</i>	2	MO
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	1	MO	CAPEX	3	MO
<i>mupirocin</i>	2	MO	<i>clobetasol propionate crea</i>	2	MO
PHISOHEX	3	MO	<i>clobetasol propionate external soln</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium susp</i>	2	MO	<i>clobetasol propionate foam</i>	2	
SULFAMYLON	3	MO	<i>clobetasol propionate gel</i>	2	MO
TOPICAL ANTIFUNGALS			<i>clobetasol propionate lotn</i>	2	MO
<i>ciclopirox</i>	2	MO	<i>clobetasol propionate oint</i>	2	MO
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	2	MO	<i>clobetasol propionate sham</i>	2	MO
<i>ciclopirox olamine</i>	2	MO	CLOBEX LOTN	3	MO
<i>clotrimazole / betamethasone</i>	2	MO	CLOBEX SHAM	3	MO
<i>clotrimazole external crea</i>	2	MO	CORDRAN TAPE	3	MO
<i>clotrimazole external soln</i>	2	MO	DERMA-SMOOTHIE / FS BODY OIL	3	MO
<i>econazole nitrate</i>	2	MO	<i>desonide</i>	2	MO
<i>ketoconazole</i>	2	MO	<i>desoximetasone</i>	2	MO
NAFTIN CREA 1%	3	MO	<i>diflorasone diacetate</i>	2	MO
NAFTIN GEL	3	MO	<i>fluocinolone acetonide</i>	2	MO
<i>nyamyc</i>	2	MO	<i>fluocinolone acetonide body</i>	2	MO
<i>nystatin / triamcinolone crea</i>	1	MO	<i>fluocinonide external soln</i>	2	MO
<i>nystatin / triamcinolone oint</i>	2	MO	<i>fluocinonide gel</i>	2	MO
<i>nystatin crea</i>	1	MO	<i>fluocinonide oint</i>	2	MO
<i>nystatin external powd</i>	2		<i>fluocinonide-e</i>	2	MO
<i>nystatin oint</i>	1	MO	<i>fluticasone propionate crea</i>	2	MO
<i>nystop</i>	2	MO	<i>fluticasone propionate oint</i>	2	MO
<i>pedi-dri</i>	2	MO	<i>halobetasol propionate</i>	2	MO
TOPICAL ANTIVIRALS			<i>hydrocortisone butyrate</i>	2	MO
DENAVIR	3	MO			
ZOVIRAX CREA	4	MO			
ZOVIRAX OINT	4	MO			

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
<i>hydrocortisone crea 1%</i>	2	MO	<i>anagrelide hydrochloride</i>	2	MO
<i>hydrocortisone crea 2.5%</i>	1	MO	ANTABUSE TABS 250MG	3	MO
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	2	MO	ARALAST NP INJ 400MG	5	LA MO
<i>hydrocortisone oint 1%, 2.5%</i>	1	MO	BUPHENYL	3	MO
<i>hydrocortisone valerate</i>	2	MO	CAMPRAL	3	QL(540 per 90 days) MO
LOCOID LOTN	3	MO	CARBAGLU	5	LA MO
LUXIQ	3	MO	CHEMET	3	MO
<i>mometasone furoate</i>	2	MO	CLINIMIX / DEXTROSE	3	
PANDEL	3	MO	DEXTROSE 10%/NACL 0.45%	3	
<i>prednicarbate</i>	2	MO	<i>dextrose 10% flex container</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide crea 0.1%, 0.5%</i>	2	MO	DEXTROSE 10%/NACL 0.2%	3	
<i>triamcinolone acetonide crea 0.025%</i>	1	MO	<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotn</i>	2	MO	<i>dextrose 5%</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide oint 0.1%, 0.5%</i>	2	MO	<i>dextrose 5%/nacl 0.2%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%</i>	1	MO	<i>dextrose 5%/nacl 0.225%</i>	2	
<i>triderm</i>	2	MO	DEXTROSE 5%/NACL 0.33%	3	
TOPICAL ENZYMES			<i>dextrose 5%/nacl 0.45%</i>	2	MO
SANTYL	3	MO	<i>dextrose 5%/nacl 0.9%</i>	2	MO
TOPICAL SCABICIDES / PEDICULICIDES			<i>disulfiram</i>	2	MO
<i>acticin</i>	2	MO	<i>etidronate disodium</i>	2	MO
EURAX	3	MO	EVOXAC	4	MO
<i>lindane</i>	2	QL(1800 per 365 days) MO	EXJADE TBSO 125MG	3	LA MO
<i>malathion</i>	2	MO	EXJADE TBSO 250MG, 500MG	5	LA MO
<i>permethrin crea</i>	2	MO	FOSRENOL	3	MO
ULESFIA	4	MO	INCRELEX	5	LA PA MO
DIAGNOSTICS / MISCELLANEOUS AGENTS			<i>kionex powd</i>	2	MO
MISCELLANEOUS AGENTS			<i>levocarnitine oral soln</i>	2	B/D PA MO
ACTONEL TABS 30MG	4	PA QL(60 per 120 days) MO	<i>levocarnitine tabs</i>	2	B/D PA MO
ADAGEN	5	LA MO	<i>midodrine</i>	2	MO
<i>alendronate sodium tabs 40mg</i>	2	PA QL(180 per 365 days) MO	ORFADIN	5	LA MO
			<i>pilocarpine hcl tabs</i>	2	MO
			PROLASTIN INJ 500MG	5	LA MO
			PROLASTIN-C	5	
			RENAGEL	3	MO
			RENVELA	3	MO
			RILUTEK	5	MO

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Límites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Límites)
SKELID	4	PA QL(180 per 90 days)	DERMOTIC	3	MO
<i>sodium chloride 0.9%</i>	2	MO	<i>fluocinolone acetonide</i>	2	MO
<i>sodium chloride inj 0.9%</i>	2	MO	<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	2	MO
<i>sodium polystyrene sulfonate powd</i>	2	MO	<i>ofloxacin</i>	2	MO
SYPRINE	3	MO	OTIC STEROID / ANTIBIOTIC		
SMOKING DETERRENTS			CIPRO HC	4	MO
<i>buproban</i>	2	PA QL(180 per 90 days)	CIPRODEX	3	MO
CHANTIX	3	PA QL(168 per 90 days)	COLY-MYCIN S	3	MO
CHANTIX STARTING MONTH PAK	3	PA MO	CORTISPORIN-TC	3	MO
NICOTROL INHALER	4	PA QL(1008 per 90 days)	<i>cortomycin</i>	2	MO
NICOTROL NASAL	4	PA QL(120 per 90 days)	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	2	MO
EAR, NOSE / THROAT MEDICATIONS			ENDOCRINE/DIABETES		
MISCELLANEOUS AGENTS			ADRENAL HORMONES		
ASTEPRO	3	MO	<i>a-hydrocort</i>	2	MO
<i>azelastine hcl</i>	2	MO	<i>a-methapred inj 40mg</i>	2	B/D PA
BACTROBAN NASAL	3	MO	<i>a-methapred inj 125mg</i>	2	B/D PA MO
<i>chlorhexidine gluconate oral rinse</i>	1	MO	<i>cortisone acetate</i>	2	MO
<i>ipratropium bromide nasal soln</i>	2	MO	DEPO-MEDROL	3	B/D PA MO
<i>periogard</i>	1	MO	<i>dexamethasone elix</i>	2	MO
<i>triamcinolone in orabase</i>	2	MO	<i>dexamethasone inj 4mg/ml</i>	2	MO
TYZINE	3	MO	DEXAMETHASONE	3	MO
TYZINE PEDIATRIC NASAL DROPS	3	MO	INTENSOL		
MISCELLANEOUS OTIC PREPARATIONS			DEXAMETHASONE TABS 1MG, 2MG		
<i>acetazol hc</i>	2	MO	<i>dexamethasone tabs 4mg</i>	2	MO
<i>acetic acid</i>	2	MO	<i>dexamethasone tabs 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 6mg</i>	1	MO
			<i>fludrocortisone acetate</i>	2	MO
			<i>hydrocortisone tabs 10mg, 5mg</i>	2	MO
			<i>hydrocortisone tabs 20mg</i>	1	MO
			<i>methylprednisolone acetate</i>	2	B/D PA MO
			<i>methylprednisolone dose pack</i>	1	MO
			<i>methylprednisolone</i>	2	B/D PA
			<i>sodiumsuccinate inj 125mg, 40mg</i>		
			METHYLPREDNISOLONE	3	B/D PA MO
			SODIUMSUCCINATE INJ 1000MG		
			<i>methylprednisolone tabs 4mg</i>	1	B/D PA MO
			<i>methylprednisolone tabs 32mg</i>	2	B/D PA
			<i>methylprednisolone tabs 16mg, 8mg</i>	2	B/D PA MO

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Lmites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Lmites)
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln</i>	2	B/D PA MO	<i>glipizide / metformin</i>	2	QL(360 per 90 days) MO
PREDNISON INTENSOL	3	B/D PA MO	<i>glipizide er tb24 2.5mg, 5mg</i>	2	QL(90 per 90 days)
<i>prednisone oral soln</i>	2	B/D PA MO	<i>glipizide er tb24 10mg</i>	2	QL(180 per 90 days)
<i>prednisone tabs 1mg</i>	2	B/D PA MO	<i>glipizide tabs 10mg</i>	1	QL(360 per 90 days) MO
<i>prednisone tabs 10mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg</i>	1	B/D PA MO	<i>glipizide tabs 5mg</i>	1	QL(720 per 90 days) MO
SOLU-CORTEF INJ 100MG, 250MG	3	MO	GLUCAGEN HYPOKIT	3	MO
SOLU-MEDROL INJ 2GM	3	B/D PA	GLUCAGON EMERGENCY KIT	3	MO
SOLU-MEDROL INJ 125MG, 40MG, 500MG	3	B/D PA MO	<i>glyburide / metformin tabs 1.25mg; 250mg, 2.5mg; 500mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
ANTITHYROID AGENTS			<i>glyburide / metformin tabs 5mg; 500mg</i>	2	QL(360 per 90 days) MO
<i>methimazole</i>	2	MO	<i>glyburide micronized tabs 1.5mg, 6mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>propylthiouracil</i>	2	MO	<i>glyburide micronized tabs 3mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO
DIABETES THERAPY			<i>glyburide tabs 1.25mg</i>	1	QL(180 per 90 days) MO
<i>acarbose</i>	2	QL(270 per 90 days) MO	<i>glyburide tabs 2.5mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
ACTOPLUS MET	3	QL(270 per 90 days) MO	<i>glyburide tabs 5mg</i>	2	QL(360 per 90 days) MO
ACTOS	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>glycron tabs 1.5mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
ALCOHOL PREPS	3		GLYCRON TABS 4.5MG	3	QL(360 per 90 days)
AVANDAMET	2	QL(180 per 90 days) MO	HUMALOG	3	QL(60 per 30 days) MO
BYETTA	4	QL(7.2 per 90 days) ST MO			
DUETACT	3	QL(90 per 90 days) MO			
GAUZE PADS 2"X2"	3	MO			
<i>glimepiride tabs 4mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO			
<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg</i>	1	QL(90 per 90 days) MO			

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
HUMALOG KWIKPEN	3	QL(60 per 30 days) MO	KOMBIGLYZE XR TB24 1000MG; 5MG, 500MG; 5MG	3	QL(90 per 90 days) MO
HUMALOG MIX 50/50	3	QL(60 per 30 days) MO	KOMBIGLYZE XR TB24 1000MG; 2.5MG	3	QL(180 per 90 days) MO
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	QL(60 per 30 days) MO	LANTUS	3	QL(30 per 30 days) MO
HUMALOG MIX 75/25	3	QL(60 per 30 days) MO	LANTUS SOLOSTAR	3	QL(30 per 30 days) MO
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	QL(60 per 30 days) MO	<i>metformin hcl er tb24 500mg</i>	1	QL(450 per 90 days) MO
HUMULIN 70/30	3	QL(60 per 30 days) MO	<i>metformin hcl er tb24 750mg</i>	2	QL(270 per 90 days) MO
HUMULIN 70/30 PEN	3	QL(60 per 30 days) MO	<i>metformin hcl tabs 1000mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
HUMULIN N	3	QL(60 per 30 days) MO	<i>metformin hcl tabs 850mg</i>	2	QL(270 per 90 days) MO
HUMULIN N U-100 PEN	3	QL(60 per 30 days) MO	<i>metformin hcl tabs 500mg</i>	2	QL(360 per 90 days) MO
HUMULIN R	3	QL(60 per 30 days) MO	<i>nateglinide</i>	2	QL(270 per 90 days) MO
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	QL(60 per 30 days) MO	NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	3	MO
INSULIN PEN NEEDLE	3	MO	PRANDIN TABS 0.5MG, 1MG	3	QL(360 per 90 days) MO
INSULIN SYRINGE (DISP) U- 100 0.3 ML	3	MO	PRANDIN TABS 2MG	3	QL(720 per 90 days) MO
INSULIN SYRINGE (DISP) U- 100 1 ML	3	MO	PROGLYCEM	3	MO
INSULIN SYRINGE (DISP) U- 100 1/2 ML	3	MO	SYMLIN	4	QL(60 per 90 days)
JANUMET	3	QL(180 per 90 days) MO	SYMLINPEN 120	4	QL(33 per 90 days) MO
JANUVIA	3	QL(90 per 90 days) MO			

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Lmites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Lmites)
SYMLINPEN 60	4	QL(33 per 90 days) MO	SOMAVERT	3	PA QL(90 per 90 days) MO
<i>tolazamide</i>	2	MO	STIMATE	3	MO
<i>tolbutamide</i>	2	MO	SYNAREL	4	MO
MISCELLANEOUS HORMONES			<i>testosterone cypionate</i>	2	PA MO
ALDURAZYME	5	B/D LA PA MO	<i>testosterone enanthate</i>	2	PA MO
ANADROL-50	4	PA MO	ZAVESCA	3	LA
ANDRODERM PT24	3	PA MO	ZEMPLAR	3	B/D PA MO
2.5MG/24HR, 5MG/24HR			ZOMETA INJ 4MG/5ML	5	QL(30 per 90 days) MO
ANDROGEL GEL 50MG/5GM	3	PA MO	THYROID HORMONES		
ANDROID	3	PA MO	<i>levothyroxine tabs 200mcg, 300mcg</i>	2	
<i>androxy</i>	2	PA MO	<i>levothyroxine tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>cabergoline</i>	2	MO	<i>levoxyl tabs 25mcg</i>	1	MO
<i>calcitonin-salmon</i>	2	QL(12 per 90 days) MO	<i>levoxyl tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	2	MO
<i>calcitriol caps</i>	2	B/D PA MO	<i>liothyronine sodium tabs</i>	2	MO
<i>calcitriol inj</i>	2	B/D PA MO	<i>unithroid tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg</i>	2	MO
<i>calcitriol oral soln</i>	2	B/D PA MO	<i>unithroid tabs 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	MO
CEREZYME INJ 200UNIT	5	B/D LA PA MO	GASTROENTEROLOGY		
<i>danazol</i>	2	MO	ANTIDIARRHEALS / ANTISPASMODICS		
<i>desmopressin acetate</i>	2	MO	<i>atropine sulfate inj 0.1mg/ml</i>	2	
FABRAZYME INJ 35MG	5	B/D LA PA MO	ATROPINE SULFATE INJ	3	
<i>fortical</i>	2	QL(12 per 90 days) MO	0.05MG/ML		
KUVAN	5	LA MO	<i>dicyclomine hcl caps</i>	2	MO
NAGLAZYME	5	LA MO	<i>dicyclomine hcl inj</i>	2	
<i>oxandrolone tabs 10mg</i>	5	PA MO	<i>dicyclomine hcl oral soln</i>	2	MO
<i>oxandrolone tabs 2.5mg</i>	2	PA MO	<i>dicyclomine hcl tabs</i>	2	MO
SAMSCA TABS 30MG	5	QL(730 per 365 days) MO	<i>glycopyrrolate</i>	2	MO
SAMSCA TABS 15MG	5	QL(1460 per 365 days) MO	<i>loperamide hcl caps</i>	2	MO
SENSIPAR TABS 60MG, 90MG	5	MO			
SENSIPAR TABS 30MG	3	MO			

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
MISCELLANEOUS GASTROINTESTINAL AGENTS			<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	2	QL(4000 per 30 days) MO
AMITIZA	3	MO	<i>granisetron inj 0.1mg/ml, 1mg/ml</i>	2	QL(42 per 90 days) MO
ASACOL	3	MO	<i>granisetron tabs</i>	2	B/D PA QL(180 per 90 days) MO
ASACOL HD	3	MO	<i>hydrocortisone enem</i>	2	
<i>balsalazide</i>	2	MO	<i>lactulose</i>	2	MO
<i>budesonide cp24</i>	2	MO	LOTRONEX	3	QL(180 per 90 days) MO
CANASA	3	MO	<i>meclizine hcl</i>	2	MO
CIMZIA	5	PA QL(6 per 28 days) MO	<i>mesalamine enem</i>	2	MO
<i>compro</i>	2	MO	<i>metoclopramide inj</i>	2	MO
<i>constulose</i>	2	MO	<i>metoclopramide oral soln</i>	2	MO
CORTIFOAM	3	MO	<i>metoclopramide tabs</i>	1	MO
<i>cromolyn sodium conc</i>	2	MO	<i>ondansetron hcl inj 4mg/2ml</i>	2	MO
CYSTADANE	3	MO	<i>ondansetron hcl oral soln</i>	2	B/D PA MO
DIPENTUM	4	MO	<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	2	B/D PA QL(21 per 90 days) MO
<i>dronabinol</i>	2	B/D PA MO	<i>ondansetron hcl tabs 4mg, 8mg</i>	2	B/D PA QL(135 per 90 days) MO
EMEND CAPS 40MG	3	B/D PA QL(3 per 90 days) MO	<i>ondansetron odt</i>	2	B/D PA QL(135 per 90 days) MO
EMEND CAPS 125MG	3	B/D PA QL(6 per 90 days) MO	PENTASA	3	MO
EMEND CAPS	3	B/D PA QL(18 per 90 days) MO	<i>polyethylene glycol 3350 powd</i>	2	
EMEND CAPS 80MG	3	B/D PA QL(24 per 90 days) MO	<i>prochlorperazine</i>	2	
ENTOCORT EC	3	MO	<i>prochlorperazine edisylate</i>	2	MO
<i>enulose</i>	2	MO	<i>prochlorperazine maleate tabs 10mg</i>	2	MO
GASTROCROM	3	MO	<i>prochlorperazine maleate tabs 5mg</i>	1	MO
<i>gavilyte-c</i>	2	QL(4000 per 30 days) MO	<i>procto-pak</i>	2	MO
<i>gavilyte-g</i>	2	QL(4000 per 30 days) MO	<i>proctosol hc</i>	2	MO

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
<i>proctozone-hc</i>	2	MO	NEXIUM I.V. INJ 20MG	3	
RELISTOR INJ 12MG/0.6ML	3	MO	NEXIUM I.V. INJ 40MG	3	MO
REMICADE	5	PA MO	<i>nizatidine</i>	2	MO
SANCUSO	3	QL(6 per 90 days) MO	<i>omeprazole cpdr 40mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
SUCRAID	5		<i>omeprazole cpdr 10mg, 20mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>sulfasalazine tabs</i>	2	MO	<i>omeprazole/sodium bicarbonate</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>sulfazine ec</i>	2		PREVPAC	4	MO
TRANSDERM-SCOP	4	MO	PYLERA	3	MO
<i>trilyte</i>	2	QL(4000 per 30 days) MO	<i>ranitidine hcl caps</i>	2	MO
<i>ursodiol</i>	2	MO	<i>ranitidine hcl syrp</i>	2	MO
ZENPEP CPEP 16000UNIT; 3000UNIT; 10000UNIT	3		<i>ranitidine hcl tabs 300mg</i>	2	MO
ZENPEP CPEP 109000UNIT; 20000UNIT; 68000UNIT; 136000UNIT; 25000UNIT; 85000UNIT, 55000UNIT; 10000UNIT; 34000UNIT, 82000UNIT; 15000UNIT; 51000UNIT	3	MO	<i>ranitidine hcl tabs 150mg</i>	1	MO
ZUPLENZ	3	B/D PA QL(135 per 90 days) MO	<i>sucralfate</i>	2	MO
ULCER THERAPY			ZANTAC INJ 50MG/50ML; 0.45%	3	MO
CARAFATE SUSP	3	MO	IMMUNOLOGY, VACCINES / BIOTECHNOLOGY		
DEXILANT	4	QL(90 per 90 days) ST MO	BIOTECHNOLOGY DRUGS		
<i>famotidine inj</i>	2	MO	ACTIMMUNE	5	LA PA MO
<i>famotidine premixed</i>	2		ARANESP INJ 500MCG/ML	3	PA QL(3 per 90 days) MO
<i>famotidine susr</i>	2	MO	ARANESP INJ 150MCG/0.3ML	3	PA QL(3.6 per 90 days) MO
<i>famotidine tabs 40mg</i>	2	MO	ARANESP INJ 200MCG/0.4ML	3	PA QL(4.8 per 90 days) MO
<i>famotidine tabs 20mg</i>	1	MO	ARANESP INJ 100MCG/0.5ML	3	PA QL(6 per 90 days) MO
<i>lansoprazole</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	ARANESP INJ 300MCG/0.6ML, 60MCG/0.3ML	3	PA QL(7.2 per 90 days) MO
<i>lansoprazole odt</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	ARANESP INJ 40MCG/0.4ML	3	PA QL(9.6 per 90 days) MO
<i>misoprostol</i>	2	MO			

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Lmites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Lmites)
ARANESP INJ 25MCG/0.42ML	3	PA QL(10.08 per 90 days) MO	NEUPOGEN INJ 480MCG/0.8ML	5	PA QL(33.6 per 90 days) MO
ARANESP INJ 100MCG/ML, 200MCG/ML, 300MCG/ML	3	PA QL(12 per 90 days) MO	NEUPOGEN INJ 480MCG/1.6ML	5	PA QL(67.2 per 90 days) MO
ARANESP INJ 25MCG/ML, 40MCG/ML, 60MCG/ML	3	PA QL(24 per 90 days) MO	NORDITROPIN FLEXP RO	5	PA MO
ARCALYST	5	LA MO	NORDITROPIN NORDIFLEX PEN	5	PA MO
AVONEX	5	PA QL(12 per 90 days) MO	<i>omnitrope inj 5mg/1.5ml</i>	2	PA MO
BETASERON	5	PA QL(45 per 90 days) MO	PEGASYS INJ 180MCG/0.5ML	5	PA QL(6 per 90 days)
EPOGEN INJ 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA QL(36 per 90 days) MO	PEGASYS INJ 180MCG/ML	5	PA QL(12 per 90 days) MO
EPOGEN INJ 10000UNIT/ML	4	PA QL(72 per 90 days) MO	PEGASYS PROCLICK INJ 135MCG/0.5ML	5	PA MO
INTRON-A INJ 3MU/0.2ML	3	PA	PROCRIT INJ 40000UNIT/ML	3	PA QL(18 per 90 days) MO
INTRON-A INJ 6000000UNIT/ML	3	PA MO	PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	3	PA QL(36 per 90 days) MO
INTRON-A INJ 10MU/0.2ML, 5MU/0.2ML	5	PA	PROLEUKIN	5	MO
INTRON-A WITH DILUENT INJ 10MU	5	PA MO	REBIF	5	PA QL(18 per 90 days) MO
LEUKINE	5	PA MO	REBIF TITRATION PACK	5	PA MO
MOZOBIL	5	QL(4.8 per 90 days) MO	SYLATRON INJ 888MCG	5	PA QL(8 per 90 days) MO
NEULASTA	4	PA QL(3.6 per 90 days) MO	SYLATRON INJ 296MCG, 444MCG	5	PA QL(12 per 90 days) MO
NEUMEGA	5	PA QL(63 per 90 days) MO	TEV-TROPIN	3	PA MO
NEUPOGEN INJ 300MCG/0.5ML	5	PA QL(21 per 90 days) MO	VACCINES / MISCELLANEOUS IMMUNOLOGICALS		
			ACTHIB	3	
			ADACEL	3	MO
			BOOSTRIX INJ	3	
			BOOSTRIX INJ	3	MO
			CERVARIX	3	PA
			COMVAX	3	MO
			DAPTACEL	3	MO

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
DECAVAC	3	MO	MUSCULOSKELETAL / RHEUMATOLOGY		
DIPHThERIA/TETANUS TOXOID PEDIATRIC	3	MO	GOUT THERAPY		
ENGERIX-B INJ 10MCG/0.5ML	3	B/D PA	<i>allopurinol tabs</i>	1	MO
ENGERIX-B INJ 20MCG/ML	3	B/D PA MO	COLCRY S	3	QL(360 per 90 days) MO
GARDASIL	3	PA MO	<i>probenecid</i>	2	MO
HAVRIX INJ 720ELU/0.5ML	3		<i>probenecid / colchicine</i>	2	MO
HAVRIX INJ 1440ELU/ML	3	MO	ULORIC	3	MO
HIZENTRA INJ 1GM/5ML	5	PA MO	OSTEOPOROSIS THERAPY		
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	3		ACTONEL TABS 150MG	4	QL(3 per 90 days) ST MO
INFANRIX	3	MO	ACTONEL TABS 35MG	4	QL(12 per 90 days) ST MO
IPOL INACTIVATED IPV	3	MO	ACTONEL TABS 5MG	4	QL(90 per 90 days) ST MO
IXIARO	3	MO	<i>alendronate sodium tabs 35mg, 70mg</i>	2	QL(12 per 90 days) MO
JE-VAX	3	MO	<i>alendronate sodium tabs 10mg, 5mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
M-M-R II W/DILUENT 10 DOSE	3	MO	BONIVA TABS	3	B/D PA MO
MENACTRA	3		EVISTA	3	QL(90 per 90 days) MO
MENOMUNE-A/C/Y/W-135	3	MO	FORTEO	3	QL(7.2 per 90 days) ST MO
MENVEO	3		OTHER RHEUMATOLOGICALS		
PEDVAX HIB	3	MO	CUPRIMINE	3	MO
PRIVIGEN INJ 20GM/200ML	5	PA MO	DEPEN TITRATABS	3	MO
PROQUAD	3		ENBREL	5	PA QL(600 per 90 days) MO
RABAVERT	3	MO	HUMIRA INJ 20MG/0.4ML	5	PA QL(2.4 per 90 days) MO
RECOMBIVAX HB INJ 40MCG/ML	3	B/D PA			
RECOMBIVAX HB INJ 10MCG/ML	3	B/D PA MO			
ROTATEQ	3				
TETANUS / DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	3	MO			
TETANUS TOXOID ADSORBED	3				
THYMOGLOBULIN	3				
TRIPEDIA	3				
TWINRIX	3	MO			
TYPHIM VI	3				
VAQTA	3	MO			
VARIVAX	3				
VIVAGLOBIN	5	PA MO			
YF-VAX	3				
ZOSTAVAX	3	PA			

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Lmites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Lmites)
HUMIRA INJ 40MG/0.8ML	5	PA QL(4.8 per 90 days) MO	<i>medroxyprogesterone acetate inj</i>	2	MO
HUMIRA PEN-CROHNS DISEASE STARTER	5	PA MO	<i>medroxyprogesterone acetate tabs 10mg, 2.5mg</i>	2	MO
<i>leflunomide</i>	2	QL(90 per 90 days) MO	<i>medroxyprogesterone acetate tabs 5mg</i>	1	MO
ORENCIA INJ 125MG/1ML	5	PA QL(12 per 90 days) MO	MENEST	4	MO
RIDAURA	4	MO	MENOSTAR	4	MO
SAVELLA	3	QL(180 per 90 days) MO	<i>nora-be</i>	2	MO
SAVELLA TITRATION PACK	3	MO	<i>norethindrone tabs 5mg</i>	2	MO
SIMPONI	5	PA QL(1 per 30 days) MO	<i>ortho-est</i>	2	
OBSTETRICS / GYNECOLOGY			PREFEST	4	MO
ESTROGENS / PROGESTINS			PREMARIN TABS	3	MO
ALORA	3	MO	PREMARIN W/APPLICATOR	3	MO
<i>camila</i>	2	MO	PREMPHASE	3	MO
CLIMARA PRO	3	MO	PREMPRO	3	MO
COMBIPATCH	3	MO	PROMETRIUM	3	MO
CRINONE GEL 4%	3	MO	VAGIFEM	3	MO
CRINONE GEL 8%	3	PA MO	VIVELLE-DOT	3	MO
DELESTROGEN INJ 10MG/ML	4	MO	MISCELLANEOUS OB/GYN		
DEPO-PROVERA	3	MO	CLEOCIN SUPP	3	MO
DEPO-SUBQ PROVERA 104	4	MO	<i>clindamycin phosphate crea</i>	2	MO
DIVIGEL GEL 1MG/GM	3	MO	GYNAZOLE-1	3	
<i>errin</i>	2	MO	LYSTEDA	4	QL(120 per 90 days) MO
ESTRADERM	3	MO	<i>metronidazole vaginal</i>	2	MO
<i>estradiol / norethindrone acetate tabs 1mg; 0.5mg</i>	2	MO	<i>miconazole 3</i>	2	MO
<i>estradiol ptwk</i>	2		NUVARING	4	MO
<i>estradiol tabs</i>	1	MO	ORTHO EVRA	4	MO
ESTRING	4	QL(1 per 90 days) MO	<i>terconazole</i>	2	MO
<i>estropipate tabs 0.75mg, 1.5mg</i>	1	MO	<i>vandazole</i>	2	MO
<i>estropipate tabs 3mg</i>	2	MO	<i>zazole crea 0.4%</i>	2	MO
<i>jolivette</i>	2	MO	ORAL CONTRACEPTIVES / RELATED AGENTS		
			<i>amethia</i>	2	MO
			<i>amethyst</i>	2	MO
			<i>apri</i>	2	MO
			<i>aranelle</i>	2	MO
			<i>aviane</i>	2	MO
			<i>balziva</i>	2	MO
			<i>briellyn</i>	2	MO

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
<i>cesia</i>	2	MO	<i>sprintec 28</i>	2	MO
<i>cryselle-28</i>	2	MO	<i>sronyx</i>	2	MO
<i>cyclafem 1/35</i>	2	MO	<i>tri-legest fe</i>	2	MO
<i>cyclafem 7/7/7</i>	2	MO	<i>tri-previfem</i>	2	MO
ELLA	3		<i>tri-sprintec</i>	2	MO
<i>emoquette</i>	2		<i>trinessa</i>	2	MO
<i>enpresse-28</i>	2	MO	<i>trivora-28</i>	2	MO
<i>gianvi</i>	2	MO	<i>velivet</i>	2	MO
<i>introvale</i>	2	MO	<i>vestura</i>	2	
<i>junel</i>	2	MO	<i>zovia 1/35e</i>	2	MO
<i>junel fe 1.5/30</i>	2	MO	<i>zovia 1/50e</i>	2	MO
<i>junel fe 1/20</i>	2	MO			
<i>kariva</i>	2	MO	OXYTOCICS		
<i>kelnor 1/35</i>	2	MO	METHERGINE TABS	3	
<i>leena</i>	2	MO	<i>methylergonovine maleate tabs</i>	2	
<i>lessina-28</i>	2	MO			
<i>levora</i>	2	MO	OPHTHALMOLOGY		
<i>low-ogestrel</i>	2	MO	ANTIBIOTICS		
<i>lutera</i>	2	MO	AZASITE	3	MO
<i>microgestin 1.5/30</i>	2	MO	<i>bacitracin / polymyxin b</i>	2	MO
<i>microgestin 1/20</i>	2	MO	<i>bacitracin ophthalmic oint</i>	2	MO
<i>microgestin fe</i>	2	MO	CILOXAN OINT	3	MO
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	2	MO	<i>ciprofloxacin ophthalmic soln</i>	2	MO
<i>mononessa</i>	2	MO	<i>erythromycin oint</i>	1	MO
<i>necon 0.5/35-28</i>	2	MO	<i>gentak oint</i>	2	MO
<i>necon 1/35-28</i>	2	MO	<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln</i>	2	MO
<i>necon 10/11-28</i>	2	MO	<i>gentasol</i>	2	MO
<i>necon 7/7/7</i>	2	MO	NATACYN	3	MO
<i>next choice</i>	2		<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	2	MO
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	MO	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	2	MO
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	2	MO	<i>ofloxacin</i>	2	MO
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	2	MO	<i>romycin</i>	2	MO
<i>nortrel 7/7/7</i>	2	MO	<i>tobramycin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>ogestrel</i>	2	MO	<i>tobramycin ophthalmic soln 0.3%</i>	1	MO
<i>orsythia</i>	2	MO	<i>tobrasol</i>	2	
<i>portia-28</i>	2	MO	TOBEX OINT	3	MO
<i>previfem</i>	2	MO	<i>trimethoprim sulfate/polymyxin b sulfate</i>	2	MO
<i>quasense</i>	2	MO	VIGAMOX	3	MO
<i>reclipsen</i>	2	MO	ZYMAR	3	MO
<i>solia</i>	2	MO	ZYMAXID	3	MO

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Límites)
ANTIVIRALS		
<i>trifluridine</i>	2	MO
ZIRGAN	4	MO
BETA-BLOCKERS		
<i>betaxolol hcl</i>	2	MO
<i>carteolol hcl</i>	2	MO
ISTALOL	3	MO
<i>levobunolol hcl ophthalmic soln 0.25%</i>	1	MO
<i>levobunolol hcl ophthalmic soln 0.5%</i>	2	MO
<i>metipranolol</i>	2	MO
<i>timolol maleate</i>	2	MO
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	2	MO
TIMOPTIC OCUDOSE	3	MO
CYCLOPLEGIC MYDRIATICS		
<i>tropicamide ophthalmic soln 1%</i>	1	MO
<i>tropicamide ophthalmic soln 0.5%</i>	2	MO
DIRECT ACTING MIOTICS		
PILOPINE HS	3	MO
MISCELLANEOUS OPHTHALMOLOGICS		
ALOCRIAL	4	MO
<i>azelastine hcl</i>	2	MO
BEPREVE	3	MO
<i>cromolyn sodium ophthalmic soln</i>	2	MO
LACRISERT	3	MO
PATADAY	3	MO
PATANOL	3	MO
RESTASIS	3	MO
NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
ACUVAIL	3	MO
<i>diclofenac sodium</i>	2	MO
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	MO
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic soln</i>	2	MO
NEVANAC	3	MO
ORAL DRUGS FOR GLAUCOMA		

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Límites)
<i>acetazolamide</i>	2	MO
<i>acetazolamide er</i>	2	MO
<i>acetazolamide sodium</i>	2	
<i>methazolamide</i>	2	MO
OTHER GLAUCOMA DRUGS		
AZOPT	3	MO
COMBIGAN	3	MO
<i>dorzolamide hcl</i>	2	MO
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	MO
<i>latanoprost</i>	2	MO
LUMIGAN	3	MO
TRAVATAN Z	3	MO
STEROID-ANTIBIOTIC COMBINATIONS		
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	2	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	2	MO
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	2	MO
<i>poly-dex oint</i>	2	MO
<i>poly-dex susp</i>	2	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	2	MO
ZYLET	3	MO
STEROID-SULFONAMIDE COMBINATIONS		
<i>sulfacetamide sodium / prednisolone sodium phosphate</i>	2	MO
STERIODS		
ALREX	3	MO
<i>dexamethasone ophthalmic soln</i>	2	MO
<i>fluorometholone</i>	2	MO
FML	3	MO
FML FORTE	3	MO
LOTEMAX	3	MO
<i>prednisolone acetate</i>	2	MO
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic soln</i>	2	MO
SULFONAMIDES		
BLEPH-10	3	MO
<i>sodium sulfacetamide ophthalmic soln</i>	2	MO
SYMPATHOMIMETICS		

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLN 0.1%	3	MO	<i>promethazine hcl supp</i>	2	MO
<i>apraclonidine</i>	2	MO	<i>promethazine hcl syrp</i>	2	MO
<i>brimonidine tartrate</i>	2	MO	<i>promethazine hcl tabs</i>	2	MO
IOPIDINE OPHTHALMIC SOLN 1%	4	MO	<i>promethegan supp 25mg, 50mg</i>	2	MO
VASOCONSTRICTOR DECONGESTANTS			TWINJECT	3	MO
<i>ak-con</i>	1	MO	PULMONARY AGENTS		
RESPIRATORY AND ALLERGY			<i>acetylcysteine</i>	2	B/D PA MO
ANTI-HISTAMINE / ANTIALLERGENIC AGENTS			<i>albuterol sulfate er</i>	2	MO
<i>carbinoxamine maleate</i>	2	MO	<i>albuterol sulfate nebu</i>	2	B/D PA MO
<i>cetirizine hcl syrp</i>	2	MO	<i>albuterol sulfate syrp</i>	2	MO
CLARINEX REDITABS	3	QL(90 per 90 days)	<i>albuterol sulfate tabs</i>	2	MO
CLARINEX SYRP	3	MO	<i>aminophylline inj</i>	2	
CLARINEX TABS	3	QL(90 per 90 days)	<i>aminophylline tabs</i>	2	MO
CLARINEX-D 12 HOUR	3	QL(180 per 90 days)	ASMANEX 120 METERED DOSES	3	QL(3 per 90 days) MO
CLARINEX-D 24 HOUR	3	QL(90 per 90 days)	ASMANEX 14 METERED DOSES	3	QL(3 per 90 days) MO
<i>clemastine fumarate syrp</i>	2	MO	ASMANEX 30 METERED DOSES	3	QL(3 per 90 days) MO
<i>clemastine fumarate tabs 2.68mg</i>	2	MO	ASMANEX 60 METERED DOSES	3	QL(3 per 90 days) MO
<i>epinephrine hcl inj 0.1mg/ml</i>	2		ATROVENT HFA	3	QL(77.4 per 90 days) MO
EPIPEN	3	MO	<i>budesonide susp</i>	2	B/D PA MO
EPIPEN-JR	3	MO	<i>cromolyn sodium nebu</i>	2	B/D PA MO
<i>hydroxyzine hcl</i>	2	MO	DULERA	4	QL(39 per 90 days) MO
<i>levocetirizine dihydrochloride oral soln</i>	2	MO	ELIXOPHYLLIN	4	MO
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs</i>	2	QL(90 per 90 days)	FIRAZYR	5	MO
<i>palgic liqd</i>	2	MO	<i>flunisolide nasal soln 0.025%</i>	2	MO
<i>phenadoz supp 12.5mg</i>	2		<i>fluticasone propionate susp</i>	2	MO
<i>phenadoz supp 25mg</i>	2	MO	FORADIL AEROLIZER	3	QL(180 per 90 days) MO
<i>promethazine hcl inj 25mg/ml</i>	2		<i>ipratropium bromide inhalation soln</i>	2	B/D PA MO
<i>promethazine hcl inj 50mg/ml</i>	2	MO	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	B/D PA MO

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Lmites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Lmites)
LETAIRIS	5	LA PA QL(90 per 90 days) MO	XOLAIR	5	PA QL(7.2 per 30 days) MO
<i>metaproterenol sulfata</i>	2	MO	<i>zafirlukast</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
PERFOROMIST	3	B/D PA MO	ZYFLO CR	4	QL(360 per 90 days) MO
PROAIR HFA	3	QL(51 per 90 days) MO	<hr/> UROLOGICALS <hr/>		
PULMOZYME	5	B/D PA MO	ANTICHOLINERGICS /		
QVAR	3	QL(64 per 90 days) MO	ANTISPASMODICS <hr/>		
REVATIO INJ	5	QL(3375 per 90 days) MO	DETROL LA	3	QL(90 per 90 days) MO
REVATIO TABS	5	PA QL(270 per 90 days) MO	<i>flavoxate hcl</i>	2	MO
SEREVENT DISKUS	3	QL(180 per 90 days) MO	GELNIQUE	3	QL(90 per 90 days) MO
SINGULAIR	3	QL(90 per 90 days) MO	<i>oxybutynin er tb24 5mg</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
SPIRIVA HANDIHALER	4	QL(90 per 90 days) MO	<i>oxybutynin er tb24 10mg, 15mg</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
SYMBICORT AERO 80MCG/ACT; 4.5MCG/ACT	3	QL(30.6 per 90 days) MO	<i>oxybutynin syrup</i>	2	MO
SYMBICORT AERO 160MCG/ACT; 4.5MCG/ACT	3	QL(30.6 per 90 days) MO	<i>oxybutynin tabs</i>	1	QL(360 per 90 days) MO
<i>terbutaline sulfata</i>	2	MO	OXYTROL	3	QL(32 per 90 days) MO
THEO-24	4	MO	TOVIAZ	3	QL(90 per 90 days) MO
<i>theochron tb12 300mg</i>	2	MO	<i>tropium chloride</i>	2	QL(180 per 90 days) MO
<i>theochron tb12 100mg</i>	2	MO	<hr/> BENIGN PROSTATIC		
<i>theophylline er</i>	2	MO	HYPERPLASIA(BPH) THERAPY <hr/>		
TRACLEER	5	LA PA QL(180 per 90 days) MO	<i>finasteride</i>	2	QL(90 per 90 days) MO
<i>triamcinolone acetone inha</i>	2	MO			

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Lmites)	DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Lmites)
JALYN	3	QL(90 per 90 days) MO	POTASSIUM CHLORIDE 0.075%/D5W/NACL 0.225%	3	
RAPAFLO	3	QL(90 per 90 days) MO	POTASSIUM CHLORIDE 0.15% /NACL 0.45% VIAFLEX	3	
<i>tamsulosin hcl</i>	2	QL(180 per 90 days) MO	<i>potassium chloride 0.15% d5w/nacl 0.33%</i>	2	MO
			<i>potassium chloride 0.15% d5w/nacl 0.45% viaflex</i>	2	
			<i>potassium chloride 0.15% nacl 0.9%</i>	2	
CHOLINERGIC STIMULANTS			POTASSIUM CHLORIDE 0.15%/D5W	3	
<i>bethanechol chloride</i>	2	MO	POTASSIUM CHLORIDE 0.22% D5W/NACL 0.45%	3	
MISCELLANEOUS UROLOGICALS			<i>potassium chloride 0.224%/d5w</i>	2	
CYSTAGON	3	LA	POTASSIUM CHLORIDE 0.3%/NACL 0.9%	3	
ELMIRON	3	MO	<i>potassium chloride 0.3%/d5w</i>	2	
<i>potassium citrate er</i>	2	MO	<i>potassium chloride er cpcr</i>	2	MO
VITAMINS, HEMATINICS / ELECTROLYTES			<i>potassium chloride er tbcr 10meq</i>	2	
ELECTROLYTES			<i>potassium chloride er tbcr 20meq</i>	2	MO
<i>calcium acetate caps</i>	2	MO	<i>potassium chloride inj 10meq/100ml, 10meq/50ml, 2meq/ml</i>	2	
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	2		POTASSIUM CHLORIDE INJ 0.4MEQ/ML, 30MEQ/100ML	3	
<i>eliphos</i>	2	MO	<i>ringers injection</i>	2	
K-TABS	4	MO	<i>sodium bicarbonate inj 7.5%, 8.4%</i>	2	
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	2		<i>sodium chloride 0.45% viaflex</i>	2	MO
<i>kcl 0.15%/d5w/lr</i>	2		<i>sodium chloride inj 3%, 5%</i>	2	
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.2%	3		<i>sodium chloride inj 2.5meq/ml</i>	2	MO
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.225%	3		MISCELLANEOUS NUTRITION PRODUCTS		
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	2		AMINOSYN	3	
<i>kcl 0.3%/d5w/lr iv lac ring</i>	2		AMINOSYN II	3	
KCL 0.3%/D5W/NACL 0.2%	3		AMINOSYN II M	3	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	2		AMINOSYN-HBC	3	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	2		AMINOSYN-HF	3	
<i>klor-con 10</i>	2	MO	AMINOSYN-PF	3	
<i>klor-con 8</i>	2	MO	AMINOSYN-PF 7%	3	
KLOR-CON M15	4	MO	CLINIMIX / DEXTROSE	3	
<i>klor-con m20</i>	2	MO			
LACTATED RINGERS	3	MO			
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INJ 5%; 10MG/ML	3				
MAGNESIUM SULFATE INJ	3				
NORMOSOL	3				

DrugName (Nombre del medicamento)	Drug Tier (Nivel de medicamento)	Requirements/ Limits (Requisitos /Limites)
DEXTROSE 5% /ELECTROLYTE #48 VIAFLEX	3	
FREAMINE III	3	
HEPATAMINE	3	
HEPATASOL	3	
INTRALIPID INJ 1.7%; 30%	3	
<i>intralipid inj 2.25%; 20%</i>	2	
IONOSOL	3	
ISOLYTE	3	
KCL 0.15%/D10W/NACL 0.2%	3	
LIPOSYN III INJ 1.8%; 2.5%; 30%	3	
NEPHRAMINE	3	
NORMOSOL	3	
PLASMA-LYTE	3	
PREMASOL INJ 56MEQ/L; 320MG/100ML; 730MG/100ML; 190MG/100ML; 3MEQ/L; 20MG/100ML; 300MG/100ML; 220MG/100ML; 290MG/100ML; 490MG/100ML; 840MG/100ML; 490MG/100ML; 200MG/100ML; 290MG/100ML; 410MG/100ML; 230MG/100ML; 5MEQ/L; 15MG/100ML; 250MG/100ML; 120MG/100ML; 140MG/100ML; 470MG/100ML	3	
<i>premasol inj 52meq/l; 1760mg/100ml; 880mg/100ml; 34meq/l; 1760mg/100ml; 372mg/100ml; 406mg/100ml; 526mg/100ml; 492mg/100ml; 492mg/100ml; 526mg/100ml; 356mg/100ml; 356mg/100ml; 390mg/100ml; 34mg/100ml; 152mg/100ml</i>	2	
TRAVASOL	3	
TROPHAMINE	3	
VITAMINS / HEMATINICS		
<i>prenatal vitamins (generic)</i>	1	
<i>sodium fluoride</i>	2	MO

Index of Drugs

8

8-MOP.....21

A

ABILIFY.....13, 14
ABILIFY DISCMELT.....13
ABRAXANE.....7
acarbose.....25
acebutolol.....17
acetaminophen / codeine.....12
acetaminophen/codeine #3.....12
acetasol hc.....24
acetazolamide.....34
acetazolamide er.....34
acetazolamide sodium.....34
acetic acid.....24
acetylcysteine.....35
ACTHIB.....30
acticin.....23
ACTIMMUNE.....29
ACTONEL.....23, 31
ACTOPLUS MET.....25
ACTOS.....25
ACUVAIL.....34
acyclovir.....3
ADACEL.....30
ADAGEN.....23
adapalene.....21
adriamycin.....7
afeditab cr.....17
AFINITOR.....7
AGGRENOX.....20
a-hydrocort.....24
ak-con.....35
ala-cort.....22
ALBENZA.....5
albuterol sulfate.....35
albuterol sulfate er.....35
alclometasone dipropionate.....22
ALCOHOL PREPS.....25
ALDURAZYME.....27
alendronate sodium.....23, 31

ALIMTA.....7
ALINIA.....5
allopurinol.....31
ALOCRIL.....34
ALORA.....32
ALPHAGAN P.....35
ALREX.....34
ALTABAX.....22
amantadine.....3
amcinonide.....22
a-methapred.....24
amethia.....32
amethyst.....32
amifostine.....7
amikacin sulfate.....5
amiloride.....17
amiloride/hydrochlorothiazide.....17
aminophylline.....35
AMINOSYN.....37
AMINOSYN II.....37
AMINOSYN II M.....37
AMINOSYN-HBC.....37
AMINOSYN-HF.....37
AMINOSYN-PF.....37
AMINOSYN-PF 7%.....37
amiodarone.....16
AMITIZA.....28
amitriptyline.....14
amlodipine.....17
amlodipine / benazepril.....17
ammonium lactate.....21
amnesteem.....21
amoxapine.....14
amoxicillin.....6
amoxicillin/clavulanate potassium.....6
amoxicillin/clavulanate potassium er.....6
amoxicillin/potassium clavulanate.....6
amphotericin b.....3
ampicillin.....6
ampicillin-sulbactam.....6
ANADROL-50.....27
anagrelide hydrochloride.....23

<i>anastrozole</i>	7	AZACTAM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE.....	5
ANCOBON	3	AZASITE.....	33
ANDRODERM.....	27	<i>azathioprine</i>	7
ANDROGEL.....	27	<i>azathioprine sodium</i>	7
ANDROID	27	<i>azelastine hcl</i>	24, 34
<i>androxy</i>	27	AZELEX.....	21
ANTABUSE	23	AZILECT.....	11
APOKYN.....	11	<i>azithromycin</i>	5
<i>apraclonidine</i>	35	AZOPT	34
<i>apri</i>	32	<i>aztreonam</i>	5
APTIVUS.....	3	B	
ARALAST NP	23	<i>bacitracin</i>	33
<i>aranelle</i>	32	<i>bacitracin / polymyxin b</i>	33
ARANESP	29, 30	<i>baclofen</i>	12
ARCALYST	30	BACTROBAN.....	22
ARIXTRA.....	20	BACTROBAN NASAL	24
ARRANON.....	7	<i>balsalazide</i>	28
ARTHROTEC 50.....	13	<i>balziva</i>	32
ARTHROTEC 75.....	13	BANZEL	10
ARZERRA.....	7	BARACLUDGE.....	3
ASACOL.....	28	<i>benazepril</i>	17
ASACOL HD.....	28	<i>benazepril / hydrochlorothiazide</i>	17
<i>ascomp/codeine</i>	12	<i>benztropine mesylate</i>	11
ASMANEX 120 METERED DOSES	35	BEPREVE	34
ASMANEX 14 METERED DOSES	35	<i>betamethasone dipropionate</i>	22
ASMANEX 30 METERED DOSES	35	<i>betamethasone valerate</i>	22
ASMANEX 60 METERED DOSES	35	BETASERON.....	30
ASTEPRO.....	24	<i>betaxolol hcl</i>	17, 34
<i>atenolol</i>	17	<i>bethanechol chloride</i>	37
<i>atenolol / chlorthalidone</i>	17	<i>bicalutamide</i>	7
<i>atorvastatin calcium</i>	20	BICILLIN C-R	6
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	5	BICILLIN L-A	6
ATRIPLA.....	3	BICNU	7
<i>atropine sulfate</i>	27	BIDIL.....	17
ATROVENT HFA.....	35	BILTRICIDE	5
<i>augmented betamethasone dipropionate</i>	22	<i>bisoprolol fumarate</i>	17
AVANDAMET.....	25	<i>bisoprolol fumarate / hydrochlorothiazide</i>	17
AVASTIN	7	<i>bleomycin sulfate</i>	7
AVELOX.....	6	BLEPH-10	34
AVELOX ABC PACK.....	6	BONIVA.....	31
<i>aviane</i>	32	BOOSTRIX	30
<i>avita</i>	21	<i>briellyn</i>	32
AVONEX.....	30		

BRILINTA	20	<i>carbidopa/levodopa sr</i>	11
<i>brimonidine tartrate</i>	35	<i>carbinoxamine maleate</i>	35
<i>bromocriptine mesylate</i>	11	<i>carboplatin</i>	8
<i>budeprion sr</i>	14	CARMOL-HC	21
<i>budeprion xl</i>	14	<i>carteolol hcl</i>	34
<i>budesonide</i>	28, 35	<i>cartia xt</i>	17
<i>bumetanide</i>	17	<i>carvedilol</i>	17
BUPHENYL	23	CAYSTON	5
BUPRENEX	12	CEENU	8
<i>buprenorphine hcl</i>	12	<i>cefaclor</i>	4
<i>buproban</i>	24	<i>cefadroxil</i>	4
<i>bupropion hcl</i>	14	<i>cefazolin</i>	4
<i>bupropion hcl sr</i>	14	<i>cefdinir</i>	4
<i>bupirone hcl</i>	14	<i>cefepime</i>	4
BUSULFEX	7	<i>cefotaxime sodium</i>	4
<i>butorphanol tartrate</i>	13	<i>cefoxitin sodium</i>	4
BYETTA	25	<i>cefpodoxime proxetil</i>	4
BYSTOLIC	17	<i>ceftazidime</i>	4
C		<i>ceftriaxone sodium</i>	4
<i>cabergoline</i>	27	<i>cefuroxime axetil</i>	4
<i>calcipotriene</i>	21	<i>cefuroxime sodium</i>	4
<i>calcitonin-salmon</i>	27	CELEBREX	13
<i>calcitriol</i>	27	CELLCEPT	8
<i>calcium acetate</i>	37	CELLCEPT INTRAVENOUS	8
<i>camila</i>	32	CELONTIN	10
CAMPATH	8	<i>cephalexin</i>	4
CAMPRAL	23	CEREZYME	27
CANASA	28	CERVARIX	30
CAPASTAT SULFATE	5	<i>cesia</i>	33
CAPEX	22	<i>cetirizine hcl</i>	35
CAPRELSA	8	CHANTIX	24
<i>captopril</i>	17	CHANTIX STARTING MONTH PAK	24
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	17	CHEMET	23
CARAC	21	<i>chlordiazepoxide/amitriptyline</i>	14
CARAFATE	29	<i>chlorhexidine gluconate oral rinse</i>	24
CARBAGLU	23	<i>chloroquine</i>	5
<i>carbamazepine</i>	10	<i>chlorothiazide</i>	17
<i>carbamazepine er</i>	10	<i>chlorothiazide sodium</i>	17
CARBATROL	10	<i>chlorpromazine</i>	14
<i>carbidopa / levodopa</i>	11	<i>chlorthalidone</i>	17
<i>carbidopa/levodopa cr</i>	11	<i>cholestyramine light</i>	20
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	11	<i>ciclopirox</i>	22
		<i>ciclopirox nail lacquer</i>	22

<i>ciclopirox olamine</i>	22	COMBIVIR	3
<i>cilostazol</i>	20	COMPLERA	3
CILOXAN	33	<i>compro</i>	28
CIMZIA	28	COMTAN	11
CIPRO HC	24	COMVAX	30
CIPRODEX	24	CONDYLOX	21
<i>ciprofloxacin</i>	6, 33	<i>constulose</i>	28
<i>cisplatin</i>	8	COPAXONE	11
<i>citalopram</i>	14	CORDRAN TAPE	22
<i>cladribine</i>	8	CORTIFOAM	28
<i>claravis</i>	21	<i>cortisone acetate</i>	24
CLARINEX	35	CORTISPORIN-TC	24
CLARINEX REDITABS	35	<i>cortomycin</i>	24
CLARINEX-D 12 HOUR	35	COSMEGEN	8
CLARINEX-D 24 HOUR	35	CRINONE	32
<i>clarithromycin</i>	5	CRIXIVAN	3
<i>clarithromycin er</i>	5	<i>cromolyn sodium</i>	28, 34, 35
<i>clemastine fumarate</i>	35	<i>cryselle-28</i>	33
CLEOCIN	32	CUBICIN	5
CLEOCIN GALAXY	5	CUPRIMINE	31
CLEOCIN IN D5W	5	<i>cyclafem 1/35</i>	33
CLIMARA PRO	32	<i>cyclafem 7/7/7</i>	33
<i>clindamycin hcl</i>	5	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	12
<i>clindamycin phosphate</i>	21, 32	<i>cyclophosphamide</i>	8
<i>clindamycin phosphate add-vantage</i>	5	<i>cyclosporine</i>	8
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	21	CYKLOKAPRON	20
CLINIMIX / DEXTROSE	23, 37	CYMBALTA	14
<i>clobetasol propionate</i>	22	CYSTADANE	28
CLOBEX	22	CYSTAGON	37
CLOLAR	8	<i>cytarabine</i>	8
<i>clomipramine</i>	14	CYTARABINE AQUEOUS	8
<i>clonidine</i>	17	D	
<i>clotrimazole</i>	3, 22	<i>dacarbazine</i>	8
<i>clotrimazole / betamethasone</i>	22	DACOGEN	8
<i>clozapine</i>	14	<i>danazol</i>	27
COARTEM	5	<i>dantrolene sodium</i>	12
<i>codeine sulfate</i>	12	DAPSONE	5
COLCRYS	31	DAPTACEL	30
<i>colestipol</i>	20	DARAPRIM	5
<i>colistimethate sodium</i>	5	<i>daunorubicin hcl</i>	8
COLY-MYCIN S	24	DAUNOXOME	8
COMBIGAN	34	DECAVAC	31
COMBIPATCH	32		

DELESTROGEN	32	DIFICID	5
<i>demeclocycline hcl</i>	7	<i>diflorasone diacetate</i>	22
DEMSER	17	<i>diflunisal</i>	13
DENAVIR	22	<i>digoxin</i>	20
<i>depade</i>	13	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	11
DEPEN TITRATABS	31	DILANTIN	10
DEPO-MEDROL	24	DILANTIN INFATABS	10
DEPO-PROVERA	32	DILAUDID-5	12
DEPO-SUBQ PROVERA 104	32	<i>dilt-cd</i>	17
DERMA-SMOOTHIE / FS BODY OIL	22	<i>diltiazem cd</i>	17
DERMOTIC	24	DILTIAZEM HCL	17
<i>desipramine</i>	14	<i>diltiazem hcl er</i>	17
<i>desmopressin acetate</i>	27	<i>dilt-xr</i>	17
<i>desonide</i>	22	<i>diltzac</i>	17
<i>desoximetasone</i>	22	DIOVAN	18
DETROL LA	36	DIOVAN HCT	17
<i>dexamethasone</i>	24, 34	DIPENTUM	28
DEXAMETHASONE INTENSOL	24	DIPHThERIA/TETANUS TOXOID PEDIATRIC	31
DEXILANT	29	<i>disopyramide phosphate</i>	16
<i>dexrazoxane</i>	7	<i>disulfiram</i>	23
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	14	<i>divalproex sodium</i>	10
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	14	<i>divalproex sodium dr</i>	10
DEXTROSE 10%/NACL 0.45%	23	<i>divalproex sodium er</i>	10
DEXTROSE 5% /ELECTROLYTE #48		DIVIGEL	32
VIAFLEX	38	DOCEFREZ	8
<i>dextrose 10% flex container</i>	23	DOCETAXEL	8
DEXTROSE 10%/NACL 0.2%	23	<i>donepezil hcl</i>	11
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	23	<i>dorzolamide hcl</i>	34
<i>dextrose 5%</i>	23	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	34
<i>dextrose 5%/nacl 0.2%</i>	23	<i>doxazosin</i>	18
<i>dextrose 5%/nacl 0.225%</i>	23	<i>doxepin</i>	14
DEXTROSE 5%/NACL 0.33%	23	DOXIL	8
<i>dextrose 5%/nacl 0.45%</i>	23	<i>doxorubicin hcl</i>	8
<i>dextrose 5%/nacl 0.9%</i>	23	<i>doxycycline</i>	7
DIBENZYLINE	17	<i>doxycycline hyclate</i>	7
<i>diclofenac potassium</i>	13	<i>doxycycline monohydrate</i>	7
<i>diclofenac sodium</i>	34	<i>dronabinol</i>	28
<i>diclofenac sodium dr</i>	13	DROXIA	8
<i>diclofenac sodium xr</i>	13	DUETACT	25
<i>dicloxacillin sodium</i>	6	DULERA	35
<i>dicyclomine hcl</i>	27	<i>duramorpha</i>	12
<i>didanosine</i>	3		
DIFFERIN	21		

E	
<i>e.e.s. 400</i>	5
E.E.S. GRANULES	5
<i>econazole nitrate</i>	22
EDECRIIN	18
EDURANT	3
EFFIENT	20
ELIDEL	21
<i>eliphos</i>	37
ELITEK	7
ELIXOPHYLLIN	35
ELLA	33
ELLENCE	8
ELMIRON	37
ELOXATIN	8
ELSPAR	8
EMBEDA	12
EMCYT	8
EMEND	28
<i>emoquette</i>	33
EMSAM	14
EMTRIVA	3
<i>enalapril</i>	18
<i>enalapril / hydrochlorothiazide</i>	18
ENBREL	31
<i>endocet</i>	12
ENGERIX-B	31
<i>enoxaparin sodium</i>	20
<i>enpresse-28</i>	33
ENTOCORT EC	28
<i>enulose</i>	28
<i>epinephrine hcl</i>	35
EIPEN	35
EIPEN-JR	35
<i>epirubicin hcl</i>	8
<i>epitol</i>	10
EPIVIR	3
EPIVIR HBV	3
<i>eplerenone</i>	18
EPOGEN	30
<i>eprosartan mesylate</i>	18
EPZICOM	3
EQUETRO	10
ERAXIS	3
ERBITUX	8
<i>ergotamine tartrate / caffeine</i>	11
ERIVEDGE	8
<i>errin</i>	32
<i>ery</i>	21
ERY-TAB	5
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	5
<i>erythrocin stearate</i>	5
<i>erythromycin</i>	21, 33
<i>erythromycin / benzoyl peroxide</i>	21
ERYTHROMYCIN BASE	5
<i>erythromycin/sulfisoxazole</i>	5
ESTRADERM	32
<i>estradiol</i>	32
<i>estradiol / norethindrone acetate</i>	32
ESTRING	32
<i>estropipate</i>	32
<i>ethambutol</i>	5
<i>ethosuximide</i>	10
<i>etidronate disodium</i>	23
<i>etodolac</i>	13
ETOPOPHOS	8
<i>etoposide</i>	8
EURAX	23
EVISTA	31
EVOXAC	23
EXALGO	12
EXELON	11
<i>exemestane</i>	8
EXFORGE	18
EXFORGE HCT	18
EXJADE	23
F	
FABRAZYME	27
<i>famciclovir</i>	3
<i>famotidine</i>	29
<i>famotidine premixed</i>	29
FANAPT	14
FANAPT TITRATION PACK	14
FARESTON	8
FASLODEX	8

FAZACLO	14	<i>fondaparinux sodium</i>	20
<i>felbamate</i>	10	FORADIL AEROLIZER	35
FELBATOL	10	FORTAZ	4
<i>felodipine er</i>	18	FORTEO	31
<i>fenofibrate</i>	20	<i>fortical</i>	27
<i>fenofibrate micronized</i>	20	<i>foscarnet sodium</i>	3
<i>fenoprofen calcium</i>	13	<i>fosinopril</i>	18
<i>fentanyl citrate</i>	12	<i>fosinopril / hydrochlorothiazide</i>	18
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	12	<i>fosphenytoin sodium</i>	10
<i>fentanyl patches</i>	12	FOSRENOL	23
FINACEA	21	FRAGMIN	20
<i>finasteride</i>	36	FREAMINE III	38
FIRAZYR	35	<i>furosemide</i>	18
FIRMAGON	8	FUSILEV	7
<i>flavoxate hcl</i>	36	FUZEON	3
<i>flecainide acetate</i>	16	G	
FLECTOR	13	<i>gabapentin</i>	10
<i>fluconazole</i>	3	GABITRIL	10
<i>fluconazole in dextrose</i>	3	<i>galantamine hydrobromide</i>	11
<i>flucytosine</i>	3	<i>ganciclovir</i>	3
FLUDARA	8	GARDASIL	31
<i>fludarabine phosphate</i>	8	GASTROCROM	28
<i>fludrocortisone acetate</i>	24	GAUZE PADS 2	25
<i>flunisolide</i>	35	<i>gavilyte-c</i>	28
<i>fluocinolone acetonide</i>	22, 24	<i>gavilyte-g</i>	28
<i>fluocinolone acetonide body</i>	22	<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	28
<i>fluocinonide</i>	22	GELNIQUE	36
<i>fluocinonide-e</i>	22	GEMCITABINE	8
<i>fluorometholone</i>	34	<i>gemcitabine hcl</i>	8
FLUOROPLEX	21	<i>gemfibrozil</i>	20
<i>fluorouracil</i>	8, 21	<i>gengraf</i>	8
<i>fluoxetine</i>	14	<i>gentak</i>	33
<i>fluoxetine dr</i>	14	<i>gentamicin sulfate</i>	5, 22, 33
<i>fluphenazine</i>	14	<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	5
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	14	<i>gentamicin sulfate/sodium chloride</i>	5
<i>flurbiprofen</i>	13	<i>gentasol</i>	33
<i>flurbiprofen sodium</i>	34	GEODON	14
<i>flutamide</i>	8	<i>gianvi</i>	33
<i>fluticasone propionate</i>	22, 35	GILENYA	11
<i>fluvoxamine</i>	14	GLEEVEC	8
FML	34	<i>glimepiride</i>	25
FML FORTE	34	<i>glipizide</i>	25
FOCALIN XR	14		

<i>glipizide / metformin</i>	25
<i>glipizide er</i>	25
GLUCAGEN HYPOKIT	25
GLUCAGON EMERGENCY KIT	25
<i>glyburide</i>	25
<i>glyburide / metformin</i>	25
<i>glyburide micronized</i>	25
<i>glycopyrrolate</i>	27
<i>glycron</i>	25
<i>granisetron</i>	28
<i>griseofulvin microsize</i>	3
GRIS-PEG	3
<i>guanfacine hcl</i>	18
GYNAZOLE-1	32

H

HALAVEN	8
HALDOL	15
HALDOL DECANOATE 100	15
HALDOL DECANOATE 50	15
<i>halobetasol propionate</i>	22
<i>haloperidol</i>	15
<i>haloperidol decanoate inj</i>	15
<i>haloperidol lactate inj</i>	15
HAVRIX	31
HEPARIN SODIUM	20
<i>heparin sodium/d5w</i>	20
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45%	20
<i>heparin sodium/sodium chloride 0.9% premix</i>	20
HEPATAMINE	38
HEPATASOL	38
HEPSERA	3
HERCEPTIN	8
HEXALEN	8
HIZENTRA	31
HUMALOG	25
HUMALOG KWIKPEN	26
HUMALOG MIX 50/50	26
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	26
HUMALOG MIX 75/25	26
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	26
HUMIRA	31, 32

HUMIRA PEN-CROHNS DISEASE STARTER	32
HUMULIN 70/30	26
HUMULIN 70/30 PEN	26
HUMULIN N	26
HUMULIN N U-100 PEN	26
HUMULIN R	26
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	26
<i>hydralazine</i>	18
<i>hydrochlorothiazide</i>	18
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	12
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	12
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	12
<i>hydrocortisone</i>	23, 24, 28
<i>hydrocortisone butyrate</i>	22
<i>hydrocortisone valerate</i>	23
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	24
<i>hydromorphone hcl</i>	12
<i>hydroxychloroquine</i>	5
<i>hydroxyurea</i>	8
<i>hydroxyzine hcl</i>	35

I

<i>ibuprofen</i>	13
<i>idarubicin hcl</i>	8
IFEX	8
<i>ifosfamide</i>	8
<i>ifosfamide/mesna</i>	8
<i>imipenem/cilastatin</i>	5
<i>imipramine</i>	15
<i>imipramine pamoate</i>	15
<i>imiquimod</i>	21
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	31
INCIVEK	3
INCRELEX	23
<i>indapamide</i>	18
<i>indomethacin</i>	13
<i>indomethacin er</i>	13
INFANRIX	31
INFUMORPH 200	12
INFUMORPH 500	12
INLYTA	8
INSULIN PEN NEEDLE	26

INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML.....	26
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML.....	26
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML.....	26
INTELENCE.....	3
INTRALIPID.....	38
INTRON-A.....	30
INTRON-A WITH DILUENT.....	30
<i>introvale</i>	33
INVEGA.....	15
INVEGA SUSTENNA.....	15
INVIRASE.....	3
IONOSOL.....	38
IOPIDINE.....	35
IPOL INACTIVATED IPV.....	31
<i>ipratropium bromide</i>	24, 35
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	35
<i>irinotecan</i>	8
ISENTRESS.....	3
ISOLYTE.....	38
<i>isonarif</i>	5
ISONIAZID.....	5
<i>isosorbide dinitrate</i>	21
<i>isosorbide dinitrate er</i>	21
<i>isosorbide mononitrate</i>	21
<i>isosorbide mononitrate er</i>	21
<i>isotonic gentamicin</i>	5
<i>isradipine</i>	18
ISTALOL.....	34
ISTODAX.....	8
<i>itraconazole</i>	3
IXEMPRA KIT.....	8
IXIARO.....	31

J

JAKAFI.....	8
JALYN.....	37
<i>jantoven</i>	20
JANUMET.....	26
JANUVIA.....	26
JE-VAX.....	31
JEVTANA.....	8
<i>jolivette</i>	32
<i>junel</i>	33

<i>junel fe 1.5/30</i>	33
<i>junel fe 1/20</i>	33

K

KADIAN.....	12
KALETRA.....	3
<i>kariva</i>	33
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	37
KCL 0.15%/D10W/NACL 0.2%.....	38
<i>kcl 0.15%/d5w/lr</i>	37
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.2%.....	37
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.225%.....	37
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	37
<i>kcl 0.3%/d5w/lr iv lac ring</i>	37
KCL 0.3%/D5W/NACL 0.2%.....	37
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	37
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	37
<i>kelnor 1/35</i>	33
KETEK.....	5
<i>ketoconazole</i>	3, 22
<i>ketoprofen</i>	13
<i>ketoprofen er</i>	13
<i>ketorolac tromethamine</i>	34
<i>kionex</i>	23
<i>klor-con 10</i>	37
<i>klor-con 8</i>	37
KLOR-CON M15.....	37
<i>klor-con m20</i>	37
KOMBIGLYZE XR.....	26
K-TABS.....	37
KUVAN.....	27

L

<i>labetalol</i>	18
<i>laclotion</i>	21
LACRISERT.....	34
LACTATED RINGERS.....	37
<i>lactulose</i>	28
<i>lamivudine</i>	3
<i>lamivudine/zidovudine</i>	3
<i>lamotrigine</i>	10
LANOXIN.....	20
<i>lansoprazole</i>	29
<i>lansoprazole odt</i>	29

LANTUS.....	26	<i>lovastatin</i>	20
LANTUS SOLOSTAR.....	26	LOVAZA.....	20
<i>latanoprost</i>	34	LOVENOX.....	20
LATUDA.....	15	<i>low-ogestrel</i>	33
<i>leena</i>	33	<i>loxapine</i>	15
<i>leflunomide</i>	32	LUMIGAN.....	34
<i>lessina-28</i>	33	LUPRON DEPOT	8
LETAIRIS.....	36	LUPRON DEPOT-PED	8
<i>letrozole</i>	8	<i>lutea</i>	33
<i>leucovorin calcium</i>	7	LUXIQ.....	23
LEUKERAN.....	8	LYRICA.....	10
LEUKINE.....	30	LYSODREN.....	8
<i>leuprolide acetate</i>	8	LYSTEDA.....	32
LEVAQUIN.....	6	M	
<i>levetiracetam</i>	10	MACRODANTIN	7
<i>levobunolol hcl</i>	34	MAGNESIUM SULFATE.....	37
<i>levocarnitine</i>	23	MAGNESIUM SULFATE IN D5W	37
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	35	MALARONE.....	5
<i>levofloxacin</i>	7	<i>malathion</i>	23
<i>levora</i>	33	<i>maprotiline</i>	15
<i>levorphanol tartrate</i>	12	<i>margesic-h</i>	12
<i>levothyroxine</i>	27	MARPLAN.....	15
<i>levoxyl</i>	27	MATULANE.....	8
LEXIVA.....	3	<i>matzim la</i>	18
<i>lidocaine</i>	22	MAXALT-MLT	11
<i>lidocaine / prilocaine</i>	22	<i>mebendazole</i>	5
<i>lidocaine viscous</i>	22	<i>meclizine hcl</i>	28
<i>lindane</i>	23	<i>meclofenamate sodium</i>	13
LIORESAL INTRATHECAL	12	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	32
<i>liothyronine sodium</i>	27	<i>mefenamic acid</i>	13
LIPOSYN.....	38	<i>mefloquine hcl</i>	5
<i>lisinopril</i>	18	MEGACE ES.....	9
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	18	<i>megestrol acetate</i>	9
<i>lithium carbonate</i>	15	<i>meloxicam</i>	13
<i>lithium carbonate er</i>	15	<i>melphalan hydrochloride</i>	9
<i>lithium citrate</i>	15	MENACTRA.....	31
LOCOID.....	23	MENEST	32
LODOSYN	11	MENOMUNE-A/C/Y/W-135	31
<i>loperamide hcl</i>	27	MENOSTAR	32
<i>losartan potassium</i>	18	MENVEO	31
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	18	MEPRON.....	5
LOTEMAX.....	34	<i>mercaptapurine</i>	9
LOTRONEX.....	28		

<i>meropenem</i>	5	<i>microgestin 1/20</i>	33
<i>mesalamine</i>	28	<i>microgestin fe</i>	33
<i>mesna</i>	7	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	33
MESNEX	7	<i>midodrine</i>	23
MESTINON	12	<i>migergot</i>	11
MESTINON TIMESPAN	12	MIGRANAL	11
METADATE CD	15	<i>minocycline hcl</i>	7
<i>metaproterenol sulfate</i>	36	<i>minocycline hcl er</i>	7
<i>metformin hcl</i>	26	<i>minoxidil</i>	19
<i>metformin hcl er</i>	26	MIRAPEX ER	11
<i>methadone hcl</i>	12	<i>mirtazapine</i>	15
<i>methadose</i>	12	<i>mirtazapine odt</i>	15
<i>methazolamide</i>	34	<i>misoprostol</i>	29
<i>methenamine hippurate</i>	7	<i>mitomycin</i>	9
METHERGINE	33	<i>mitoxantrone hcl</i>	9
<i>methimazole</i>	25	M-M-R II W/DILUENT 10 DOSE	31
<i>methotrexate</i>	9	<i>moexipril</i>	19
<i>methotrexate sodium</i>	9	<i>moexipril/hydrochlorothiazide</i>	19
<i>methyclothiazide</i>	18	<i>mometasone furoate</i>	23
<i>methylergonovine maleate</i>	33	<i>mononessa</i>	33
<i>methylin</i>	15	<i>morphine sulfate</i>	12
<i>methylphenidate hcl</i>	15	<i>morphine sulfate er</i>	12
<i>methylphenidate hcl er</i>	15	MOZOBIL	30
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	15	MULTAQ	17
<i>methylprednisolone</i>	24	<i>mupirocin</i>	22
<i>methylprednisolone acetate</i>	24	MUSTARGEN	9
<i>methylprednisolone dose pack</i>	24	MYCOBUTIN	5
<i>methylprednisolone sodiumsuccinate</i>	24	<i>mycophenolate mofetil</i>	9
<i>metipranolol</i>	34	MYFORTIC	9
<i>metoclopramide</i>	28	MYTELASE	11
<i>metolazone</i>	18	 <i>N</i> 	
<i>metoprolol succinate er</i>	18	<i>nabumetone</i>	13
<i>metoprolol tartrate</i>	18	<i>nadolol</i>	19
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	18	<i>nadolol/bendroflumethiazide</i>	19
METROGEL	21	<i>nafceillin sodium</i>	6
<i>metronidazole</i>	5, 21	NAFTIN	22
<i>metronidazole in nacl 0.79%</i>	5	NAGLAZYME	27
<i>metronidazole vaginal</i>	32	NALLPEN/DEXTROSE	6
<i>mexiletine</i>	17	<i>naloxone</i>	13
MICARDIS	19	<i>naltrexone</i>	13
MICARDIS HCT	19	NAMENDA	12
<i>miconazole 3</i>	32	NAMENDA TITRATION PAK	12
<i>microgestin 1.5/30</i>	33		

<i>naproxen</i>	13	<i>nitrofurantoin macrocrystalline</i>	7
<i>naproxen sodium</i>	13	<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	7
<i>naratriptan hcl</i>	11	<i>nitroglycerin</i>	21
NATACYN	33	<i>nitroglycerin transdermal</i>	21
<i>nateglinide</i>	26	NITROSTAT	21
NEBUPENT	5	<i>nizatidine</i>	29
<i>necon 0.5/35-28</i>	33	<i>nora-be</i>	32
<i>necon 1/35-28</i>	33	NORDITROPIN FLEXPRO	30
<i>necon 10/11-28</i>	33	NORDITROPIN NORDIFLEX PEN	30
<i>necon 7/7/7</i>	33	<i>norethindrone</i>	32
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	26	NORMOSOL	37, 38
<i>nefazodone</i>	15	NOROXIN	7
<i>neomycin sulfate</i>	5	NORPACE CR	17
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	33	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	33
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	34	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	33
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	34	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	33
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	33	<i>nortrel 7/7/7</i>	33
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	24, 34	<i>nortriptyline</i>	15
NEORAL	9	NORVIR	3
NEPHRAMINE	38	NOXAFIL	3
NEULASTA	30	NUEDEXTA	12
NEUMEGA	30	NULOJIX	9
NEUPOGEN	30	NUVARING	32
NEVANAC	34	<i>nyamyc</i>	22
NEXAVAR	9	<i>nystatin</i>	3, 22
NEXIUM I.V.	29	<i>nystatin / triamcinolone</i>	22
<i>next choice</i>	33	<i>nystop</i>	22
NIASPAN	20	O	
<i>nicardipine</i>	19	<i>octreotide</i>	9
NICOTROL INHALER	24	<i>ofloxacin</i>	7, 24, 33
NICOTROL NASAL	24	<i>ogestrel</i>	33
<i>nifediac cc</i>	19	<i>olanzapine</i>	15
<i>nifedical xl</i>	19	<i>olanzapine odt</i>	15
<i>nifedipine</i>	19	<i>omeprazole</i>	29
<i>nifedipine er</i>	19	<i>omeprazole/sodium bicarbonate</i>	29
NILANDRON	9	<i>omnitrope</i>	30
<i>nimodipine</i>	19	<i>ondansetron hcl</i>	28
NIPENT	9	<i>ondansetron odt</i>	28
<i>nisoldipine</i>	19	ONSOLIS	12, 13
<i>nisoldipine er</i>	19	ONTAK	9
<i>nitro-bid</i>	21	OPANA ER	13
NITRO-DUR	21	ORAP	15
<i>nitrofurantoin</i>	7		

ORAVIG	3	<i>penicillin v potassium</i>	6
ORENCIA	32	PENTASA	28
ORFADIN	23	<i>pentopak</i>	20
<i>orsythia</i>	33	<i>pentostatin</i>	9
ORTHO EVRA	32	<i>pentoxifylline er</i>	20
<i>ortho-est</i>	32	PERFOROMIST	36
<i>oxaliplatin</i>	9	<i>perindopril erbumine</i>	19
<i>oxandrolone</i>	27	<i>periogard</i>	24
<i>oxaprozin</i>	13	<i>permethrin</i>	23
<i>oxcarbazepine</i>	10	<i>perphenazine</i>	15
OXSORALEN ULTRA	21	<i>pfizerpen-g</i>	6
<i>oxybutynin</i>	36	<i>phenadoz</i>	35
<i>oxybutynin er</i>	36	<i>phenelzine sulfate</i>	15
<i>oxycodone / acetaminophen</i>	13	<i>phenytoin</i>	10
<i>oxycodone hcl</i>	13	PHENYTOIN SODIUM	10
<i>oxycodone/aspirin</i>	13	<i>phenytoin sodium extended</i>	10
OXYCONTIN	13	PHISOHEX	22
<i>oxymorphone hydrochloride</i>	13	<i>pilocarpine hcl</i>	23
OXYTROL	36	PILOPINE HS	34
P		<i>pindolol</i>	19
PACERONE	17	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	6
<i>paclitaxel</i>	9	<i>piroxicam</i>	13
<i>palgic</i>	35	PLASMA-LYTE	38
PANDEL	23	PLAVIX	20
PANRETIN	21	<i>podofilox</i>	21
<i>paromomycin</i>	5	<i>poly-dex</i>	34
<i>paroxetine</i>	15	<i>polyethylene glycol 3350</i>	28
<i>paroxetine er</i>	15	<i>portia-28</i>	33
PASER	5	<i>potassium chloride</i>	37
PATADAY	34	POTASSIUM CHLORIDE 0.075%/D5W/NACL 0.225%	37
PATANOL	34	POTASSIUM CHLORIDE 0.15% /NACL 0.45% VIAFLEX	37
PAXIL	15	<i>potassium chloride 0.15% d5w/nacl 0.33%</i>	37
<i>pedi-dri</i>	22	<i>potassium chloride 0.15% d5w/nacl 0.45% viaflex</i>	37
PEDVAX HIB	31	<i>potassium chloride 0.15% nacl 0.9%</i>	37
PEGANONE	10	POTASSIUM CHLORIDE 0.15%/D5W	37
PEGASYS	30	POTASSIUM CHLORIDE 0.22% D5W/NACL 0.45%	37
PEGASYS PROCLICK	30	<i>potassium chloride 0.224%/d5w</i>	37
<i>penicillin g potassium</i>	6	POTASSIUM CHLORIDE 0.3%/ NACL 0.9%	37
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	6	<i>potassium chloride 0.3%/d5w</i>	37
PENICILLIN G PROCAINE	6		
PENICILLIN G SODIUM	6		

<i>potassium chloride er</i>	37	PROLASTIN	23
<i>potassium citrate er</i>	37	PROLASTIN-C	23
PRADAXA	20	PROLEUKIN.....	30
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	11	PROMACTA	20
PRANDIN.....	26	<i>promethazine hcl</i>	35
<i>pravastatin</i>	20	<i>promethegan</i>	35
<i>prazosin</i>	19	PROMETRIUM.....	32
<i>prednicarbate</i>	23	<i>propafenone hcl</i>	17
<i>prednisolone acetate</i>	34	<i>propafenone hcl er</i>	17
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	25, 34	<i>propranolol hcl</i>	19
<i>prednisone</i>	25	<i>propranolol hcl er</i>	19
PREDNISONE INTENSOL	25	<i>propranolol/hydrochlorothiazide</i>	19
PREFEST	32	<i>propylthiouracil</i>	25
PREMARIN.....	32	PROQUAD.....	31
PREMARIN W/APPLICATOR	32	PROTOPIC.....	21
PREMASOL	38	<i>protriptyline hcl</i>	16
PREMPHASE.....	32	PROVIGIL.....	16
PREMPRO	32	PULMOZYME.....	36
<i>prenatal vitamins (generic)</i>	38	PYLERA.....	29
<i>prevalite</i>	20	<i>pyrazinamide</i>	6
<i>previfem</i>	33	<i>pyridostigmine bromide</i>	12
PREVPAC.....	29	Q	
PREZISTA.....	3	QUALAQUIN	6
PRIMAQUINE	6	<i>quasense</i>	33
PRIMAXIN I.M.....	6	<i>quinapril</i>	19
PRIMAXIN IV.....	6	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	19
<i>primidone</i>	10	<i>quinidine gluconate er</i>	17
PRIMSOL	7	<i>quinidine sulfate</i>	17
PRISTIQ	16	<i>quinidine sulfate er</i>	17
PRIVIGEN.....	31	QVAR.....	36
PROAIR HFA.....	36	R	
<i>probenecid</i>	31	RABAVERT.....	31
<i>probenecid / colchicine</i>	31	<i>ramipril</i>	19
<i>procainamide</i>	17	RANEXA.....	21
<i>prochlorperazine</i>	28	<i>ranitidine hcl</i>	29
<i>prochlorperazine edisylate</i>	28	RAPAFLO	37
<i>prochlorperazine maleate</i>	28	RAPAMUNE.....	9
PROCRIT.....	30	REBETOL	4
<i>procto-pak</i>	28	REBIF.....	30
<i>proctosol hc</i>	28	REBIF TITRATION PACK.....	30
<i>proctozone-hc</i>	29	<i>reclipsen</i>	33
PROGLYCEM.....	26	RECOMBIVAX HB.....	31
PROGRAF	9		

<i>regonol</i>	12	SANDOSTATIN LAR DEPOT	9
REGRANEX	21	SANTYL	23
RELENZA DISKHALER	4	SAPHRIS	16
RELISTOR	29	SAVELLA	32
RELPAK	11	SAVELLA TITRATION PACK	32
REMICADE	29	<i>selegiline</i>	11
REMODULIN	19	<i>selenium sulfide</i>	21
RENAGEL	23	SELZENTRY	4
REVELA	23	SENSIPAR	27
<i>reprexain</i>	13	SEREVENT DISKUS	36
REQUIP XL	11	SEROMYCIN	6
RESCRIPTOR	4	SEROQUEL	16
<i>reserpine</i>	19	<i>sertraline</i>	16
RESTASIS	34	<i>silver sulfadiazine</i>	21
RETROVIR IV INFUSION	4	SIMPONI	32
REVATIO	36	SIMULECT	9
REVLIMID	9	<i>simvastatin</i>	20
REYATAZ	4	SINGULAIR	36
RHEUMATREX	9	SKELID	24
<i>ribapak</i>	4	<i>sodium bicarbonate</i>	37
<i>ribasphere</i>	4	<i>sodium chloride</i>	24, 37
<i>ribavirin</i>	4	<i>sodium chloride 0.45% viaflex</i>	37
RIDAURA	32	<i>sodium chloride 0.9%</i>	24
<i>rifampin</i>	6	SODIUM EDECRIN	19
RILUTEK	23	<i>sodium fluoride</i>	38
<i>rimantadine hcl</i>	4	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	24
<i>ringers injection</i>	37	<i>sodium sulfacetamide</i>	34
RISPERDAL CONSTA	16	SOLARAZE	21
<i>risperidone</i>	16	<i>solia</i>	33
<i>risperidone odt</i>	16	SOLU-CORTEF	25
RITALIN LA	16	SOLU-MEDROL	25
RITUXAN	9	SOMATULINE DEPOT	9
<i>rivastigmine tartrate</i>	12	SOMAVERT	27
<i>romycin</i>	33	SORIATANE	21
<i>ropinirole</i>	11	<i>sorine</i>	17
ROTATEQ	31	<i>sotalol</i>	17
ROXICET	13	<i>sotret</i>	21
S		SPIRIVA HANDIHALER	36
SABRIL	10	<i>spironolactone</i>	19
SAMSCA	27	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	19
SANCUSO	29	SPORANOX	3
SANDIMMUNE	9	<i>sprintec 28</i>	33
		SPRYCEL	9

<i>sronyx</i>	33	<i>tacrolimus</i>	9
<i>ssd</i>	21	TAMIFLU.....	4
<i>stagesic</i>	13	<i>tamoxifen citrate</i>	9
STALEVO 100.....	11	<i>tamsulosin hcl</i>	37
STALEVO 125.....	11	TARCEVA.....	9
STALEVO 150.....	11	TARGRETIN.....	9
STALEVO 200.....	11	TASIGNA.....	9
STALEVO 50.....	11	TAXOTERE.....	9
STALEVO 75.....	11	TAZICEF.....	5
<i>stavudine</i>	4	TAZORAC.....	21
STIMATE.....	27	<i>taztia xt</i>	19
STRATTERA.....	16	TEFLARO.....	5
STREPTOMYCIN SULFATE.....	6	TEGRETOL-XR.....	10
STROMEKTOL.....	6	TEKAMLO.....	19
SUBOXONE.....	13	TEKURNA.....	19
SUCRAID.....	29	TEKURNA HCT.....	19
<i>sucralfate</i>	29	<i>terazosin hcl</i>	19
<i>sulfacetamide sodium</i>	22	<i>terbinafine</i>	3
<i>sulfacetamide sodium / prednisolone sodium</i>		<i>terbutaline sulfate</i>	36
<i>phospha</i>	34	<i>terconazole</i>	32
<i>sulfadiazine</i>	7	<i>testosterone cypionate</i>	27
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	7	<i>testosterone enanthate</i>	27
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	7	TETANUS / DIPHTHERIA TOXOIDS-	
SULFAMYLON.....	22	ADSORBED ADULT.....	31
<i>sulfasalazine</i>	29	TETANUS TOXOID ADSORBED.....	31
<i>sulfazine ec</i>	29	<i>tetracycline hcl</i>	7
<i>sulindac</i>	13	TEV-TROPIN.....	30
<i>sumatriptan succinate</i>	11	THALOMID.....	9
SUPRAX.....	4	THEO-24.....	36
SURMONTIL.....	16	<i>theochron</i>	36
SUSTIVA.....	4	<i>theophylline er</i>	36
SUTENT.....	9	<i>thermazene</i>	21
SYLATRON.....	30	<i>thioridazine</i>	16
SYMBICORT.....	36	<i>thiotepa</i>	9
SYMBYAX.....	16	<i>thiothixene</i>	16
SYMLIN.....	26	THYMOGLOBULIN.....	31
SYMLINPEN 120.....	26	<i>ticlopidine hcl</i>	20
SYMLINPEN 60.....	27	TIKOSYN.....	17
SYNAREL.....	27	<i>timolol maleate</i>	19, 34
SYPRINE.....	24	<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	34
T		TIMOPTIC OCUDOSE.....	34
TABLOID.....	9	<i>tizanidine hcl</i>	12
		TOBI.....	6

<i>tobramycin</i>	6, 33	<i>tri-previfem</i>	33
TOBRAMYCIN SULFATE / SODIUM		TRISENOX	10
CHLORIDE	6	<i>tri-sprintec</i>	33
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	34	<i>trivora-28</i>	33
<i>tobrasol</i>	33	TRIZIVIR	4
TOBREX	33	TROPHAMINE	38
<i>tolazamide</i>	27	<i>tropicamide</i>	34
<i>tolbutamide</i>	27	<i>tropium chloride</i>	36
<i>tolmetin sodium</i>	13	TRUVADA	4
<i>topiramate</i>	10	TWINJECT	35
<i>toposar</i>	9	TWINRIX	31
<i>topotecan hcl</i>	9	TWYNSTA	19
TORISEL	9	TYGACIL	6
<i>torseamide</i>	19	TYKERB	10
TOVIAZ	36	TYPHIM VI	31
TRACLEER	36	TYZEKA	4
<i>tramadol</i>	13	TYZINE	24
<i>tramadol hcl er</i>	13	TYZINE PEDIATRIC NASAL DROPS	24
<i>trandolapril</i>	19		
TRANSDERM-SCOP	29	U	
<i>tranylcypromine</i>	16	ULESFIA	23
TRAVASOL	38	ULORIC	31
TRAVATAN Z	34	<i>unithroid</i>	27
<i>trazodone</i>	16	<i>ursodiol</i>	29
TREANDA	9	UVADEX	21
TRECTOR	6		
TRELSTAR DEPOT MIXJECT	9	V	
TRELSTAR LA MIXJECT	9	VAGIFEM	32
TRELSTAR MIXJECT	10	<i>valacyclovir hcl</i>	4
<i>tretinoin</i>	10, 21	VALCYTE	4
<i>triamcinolone acetonide</i>	23, 36	<i>valproate sodium</i>	10
<i>triamcinolone in orabase</i>	24	<i>valproic acid</i>	10
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	19	VALTURNA	19
<i>triderm</i>	23	VANCOCIN ORAL	7
<i>trifluoperazine</i>	16	<i>vancomycin</i>	7
<i>trifluridine</i>	34	<i>vandazole</i>	32
<i>trihexyphenidyl</i>	11	VANDETANIB	10
<i>tri-legest fe</i>	33	VAQTA	31
<i>trilyte</i>	29	VARIVAX	31
<i>trimethoprim</i>	7	VECTIBIX	10
<i>trimethoprim sulfate/polymyxin b sulfate</i>	33	VELCADE	10
<i>trinessa</i>	33	<i>velivet</i>	33
TRIPEDIA	31	<i>venlafaxine hcl</i>	16
		<i>venlafaxine hcl er</i>	16

<i>verapamil</i>	19, 20
<i>verapamil er</i>	19
VEREGEN	21
<i>vestura</i>	33
VFEND	3
VFEND IV	3
VIBATIV	7
VIBRAMYCIN	7
VICTRELIS	4
VIDAZA	10
VIDEX PEDIATRIC	4
VIGAMOX	33
VIIBRYD	16
VIMOVO	13
VIMPAT	11
<i>vinblastine sulfate</i>	10
<i>vincasar pfs</i>	10
<i>vincristine sulfate</i>	10
<i>vinorelbine tartrate</i>	10
VIRACEPT	4
VIRAMUNE	4
VIREAD	4
VIVAGLOBIN	31
VIVELLE-DOT	32
VOLTAREN	13
VOTRIENT	10

W

<i>warfarin</i>	20
-----------------------	----

X

XALKORI	10
XARELTO	20
XENAZINE	12
XGEVA	7
XIFAXAN	6
XOLAIR	36
XYREM	16

Y

YERVOY	10
YF-VAX	31

Z

<i>zafirlukast</i>	36
<i>zaleplon</i>	16
ZANOSAR	10
ZANTAC	29
ZAVESCA	27
<i>zazole</i>	32
ZELAPAR	11
ZELBORAF	10
ZEMPLAR	27
ZENPEP	29
ZERIT	4
<i>zerlor</i>	13
ZETIA	21
ZIAGEN	4
<i>zidovudine</i>	4
ZINACEF	5
ZINACEF IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	5
ZINACEF IN ISO-OSMOTIC DILUENT	5
ZINECARD	7
ZIRGAN	34
ZMAX	5
ZOLINZA	10
<i>zolpidem</i>	16
<i>zolpidem tartrate er</i>	16
ZOMETA	27
<i>zonisamide</i>	11
ZORTRESS	10
ZOSTAVAX	31
ZOSYN	6
<i>zovia 1/35e</i>	33
<i>zovia 1/50e</i>	33
ZOVIRAX	22
ZUPLENZ	29
ZYFLO CR	36
ZYLET	34
ZYMAR	33
ZYMAXID	33
ZYPREXA	16
ZYPREXA ZYDIS	16
ZYTIGA	10
ZYVOX	6



*N9350 *