

Stanford Health Care Advantage
Formulario resumido de 2020
(Lista parcial de medicamentos cubiertos)



**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE
ALGUNOS DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

00020019, 6

Este formulario resumido fue actualizado en 10/01/2019. Esta no es una lista completa de los medicamentos que cubre nuestro plan. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros de Stanford Health Care Advantage al 1-855-996-8422 o, para los usuarios de TTY, al 711, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1º de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre., o visite www.StanfordHealthCareAdvantage.org.

Nota para los miembros actuales: Este formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contenga los medicamentos que toma.

Cuando en esta lista de medicamentos (Formulario) se menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Stanford Health Care Advantage (HMO). Cuando se menciona “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Stanford Health Care Advantage Platinum o Stanford Health Care Advantage Gold.

Este documento incluye una lista parcial de los medicamentos (formulario) de nuestro plan que está vigente a partir del 1.^º de octubre de 2019. Para obtener un formulario completo y actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.^º de enero de 2020 y ocasionalmente durante el año.

ÍNDICE

¿EN QUÉ CONSISTE EL FORMULARIO RESUMIDO DE STANFORD HEALTH CARE ADVANTAGE (HMO)?...	III
¿PUEDE CAMBIAR EL FORMULARIO (LISTA DE MEDICAMENTOS)?.....	III
¿CÓMO UTILIZO EL FORMULARIO?.....	IV
AFECCIÓN MÉDICA	IV
LISTADO ALFABÉTICO.....	V
¿QUÉ SON LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS?	V
¿HAY ALGUNA RESTRICCIÓN EN MI COBERTURA?	V
¿QUÉ PASA SI MI MEDICAMENTO NO ESTÁ EN EL FORMULARIO?	VI
¿CÓMO SOLICITO UNA EXCEPCIÓN AL FORMULARIO DE STANFORD HEALTH CARE ADVANTAGE (HMO)?	VI
¿QUÉ DEBO HACER ANTES DE PODER HABLAR CON MI MÉDICO SOBRE EL CAMBIO DE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMO O LA SOLICITUD DE UNA EXCEPCIÓN?	VII
PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN	VIII
FORMULARIO DE STANFORD HEALTH CARE ADVANTAGE (HMO).....	VIII

¿En qué consiste el Formulario resumido de Stanford Health Care Advantage (HMO)?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Stanford Health Care Advantage (HMO) con la colaboración de un equipo de proveedores de salud, que representa los tratamientos con receta que se cree que son parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, Stanford Health Care Advantage (HMO) cubrirá los medicamentos incluidos en nuestro formulario siempre que el medicamento sea médicaamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de Stanford Health Care Advantage (HMO) y se cumplan con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

Este documento es un formulario parcial y solo incluye algunos de los medicamentos cubiertos por Stanford Health Care Advantage (HMO). Para consultar el listado completo de todos los medicamentos con receta cubiertos por Stanford Health Care Advantage (HMO), visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realiza el 1.^o de enero, pero podemos agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones.

Cambios que pueden afectarle este año: en los siguientes casos, se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que figurará en un nivel de costo compartido igual o inferior, y que presentará las mismas restricciones, o incluso menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos conservar el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero pasándolo de inmediato a otro nivel de costo compartido o agregándole nuevas restricciones. Si está tomando actualmente ese medicamento de marca, es posible que no le informemos de antemano acerca del cambio, pero posteriormente le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado.
 - Si realizamos dicho cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionemos también incluirá información sobre los pasos que debe realizar para solicitar una excepción y también puede obtener información en la sección que figura a continuación denominada “¿Cómo solicito que una excepción al Formulario de Stanford Health Care Advantage (HMO)?”.
- **Medicamentos que se retiran del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o el fabricante del

medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro formulario y notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.

- **Otros cambios.** Es posible que realicemos otros cambios que afectarán a los miembros que estén tomando actualmente un medicamento. Por ejemplo, es posible que agreguemos un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar a un medicamento de marca que esté actualmente en el formulario o bien, que agreguemos nuevas restricciones al medicamento de marca o lo pasemos a otro nivel de costo compartido. También es posible que realicemos cambios sobre la base de nuevas directrices clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad y restricciones en tratamientos escalonados en relación con un medicamento o si pasamos un medicamento a un nivel superior de costo compartido, debemos notificar a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.
 - Si realizamos algunos de estos cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le enviaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y, además, puede encontrar información en la sección que figura a continuación denominada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Stanford Health Care Advantage (HMO)?”.

Cambios que no lo afectarán si está tomando el medicamento actualmente. Generalmente, si está tomando un medicamento de nuestro formulario 2020 que estaba cubierto al comienzo del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2020, excepto bajo las circunstancias descriptas anteriormente. Esto significa que estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura.

El formulario adjunto está vigente a partir del 10/1/2019. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Stanford Health Care Advantage (HMO), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Existen dos formas de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Afección médica

El formulario empieza en la página 1. Los medicamentos de este formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 1. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro en qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página I-1. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto con su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Stanford Health Care Advantage (HMO) cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Stanford Health Care Advantage (HMO) exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará obtener la aprobación de Stanford Health Care Advantage (HMO) antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que Stanford Health Care Advantage (HMO) no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Stanford Health Care Advantage (HMO) limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, Stanford Health Care Advantage (HMO) proporciona 30 unidades de SILENOR por receta. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** en algunos casos, Stanford Health Care Advantage (HMO) requiere que usted primero pruebe determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, es posible que Stanford Health Care Advantage (HMO) no cubra el medicamento B, a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le da ningún resultado, Stanford Health Care Advantage (HMO) cubrirá el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales al consultar en el formulario que empieza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en Internet en los que se explican nuestras restricciones de autorización previa y de tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra

información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

Puede pedir a Stanford Health Care Advantage (HMO) que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitar una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Stanford Health Care Advantage (HMO)?” en la página VI.

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el Formulario?

Si el medicamento que toma no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe ponerse en contacto con el Servicio para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto. Este documento incluye solo una lista parcial de los medicamentos cubiertos, por eso es posible que Stanford Health Care Advantage (HMO) cubra su medicamento. Para obtener más información, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

Si resulta que Stanford Health Care Advantage (HMO) no cubre su medicamento, tiene dos alternativas:

- Puede pedir al Servicio para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Stanford Health Care Advantage (HMO). Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Stanford Health Care Advantage (HMO).
- Puede pedirle a Stanford Health Care Advantage (HMO) que haga una excepción y cubra el medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Stanford Health Care Advantage (HMO)?

Puede pedirle a Stanford Health Care Advantage (HMO) que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado y no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido menor si este medicamento no está incluido en el nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.

- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, Stanford Health Care Advantage (HMO) limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Stanford Health Care Advantage (HMO) solo aprobará su pedido de excepción si los demás medicamentos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su enfermedad o pudieran causarle efectos médicos adversos.

Debe ponerse en contacto con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura con respecto a una excepción al formulario, el nivel o la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al formulario, el nivel o la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalte su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

¿Qué debo hacer antes de poder hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud de una excepción?

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no estén incluidos en el formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el formulario, pero que su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no están incluidos en el formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener resurtidos hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días del medicamento. Después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si reside en un establecimiento de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al formulario.

En los casos en que cambie de un entorno de tratamiento a otro, Stanford Health Care Advantage (HMO) garantizará un proceso de transición para aprobar medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario. Este proceso también se aplicará a los medicamentos de la Parte D del formulario que necesiten autorización previa o tratamiento escalonado.

Los siguientes son algunos ejemplos de cambios en su nivel de atención: le dan el alta de un hospital para regresar a su hogar, finaliza su estadía de la Parte A de Medicare en un centro de atención de enfermería especializada y necesita volver a su formulario del plan de la Parte D, finaliza una estadía en un establecimiento de cuidado a largo plazo y vuelve a la comunidad, y se le da de alta de hospitales psiquiátricos con regímenes de medicamentos que son muy individualizados.

El administrador de los beneficios de farmacia de Stanford Health Care Advantage (HMO) les proporcionará a las farmacias acceso a los representantes del plan que tienen la capacidad de anular problemas de procesamiento de reclamaciones de farmacia. Este acceso les permitirá a las farmacias obtener anulaciones de reclamaciones de medicamentos con receta en el punto de venta y garantizar que los miembros reciban un acceso confiable a los medicamentos.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de Stanford Health Care Advantage (HMO), consulte la Evidencia de cobertura y otro material del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Stanford Health Care Advantage (HMO), póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

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

Formulario de Stanford Health Care Advantage (HMO)

El formulario resumido a continuación brinda información sobre la cobertura de algunos medicamentos cubiertos por Stanford Health Care Advantage (HMO). Si tiene dificultad para encontrar el medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página I-1.

Recuerde: se trata solamente de una lista parcial de los medicamentos que cubre Stanford Health Care Advantage (HMO). Si su medicamento con receta no se encuentra en este formulario parcial, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

En la primera columna de la tabla, se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (p. ej., ELIQUIS) y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (p. ej., doxazosina).

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si Stanford Health Care Advantage (HMO) tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

En la segunda columna de la tabla, se menciona el nivel del medicamento. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. Las siguientes tablas explican cada nivel.

Niveles de copago por nivel de medicamentos en farmacias minoristas de la red

Nivel	Copago para un suministro de hasta un mes	Copago para un suministro de hasta tres meses
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$5	\$15
Nivel 2 (medicamentos genéricos NO preferidos)	\$15	\$45
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	\$47	\$141
Nivel 4 (medicamentos de marca NO preferidos)	\$100	\$300
Nivel 5 (medicamentos especializados)	33 % del costo (Platinum) 28 % del costo (Gold)	No disponible
Nivel 6 (medicamentos de atención selecta)	\$2	\$6

Niveles de copago por nivel de medicamentos en el pedido por correo de la red

Nivel	Copago para un suministro de hasta un mes	Copago para un suministro de hasta tres meses
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$5	\$10
Nivel 2 (medicamentos genéricos NO preferidos)	\$15	\$30
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	\$47	\$94
Nivel 4 (medicamentos de marca NO preferidos)	\$100	\$200
Nivel 5 (medicamentos especializados)	33 % del costo (Platinum) 28 % del costo (Gold)	No disponible
Nivel 6 (medicamentos de atención selecta)	\$2	\$4

Las siguientes abreviaturas de administración de utilización se pueden encontrar en el cuerpo de este documento.

ABREVIATURAS DE LAS NOTAS DE COBERTURA

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
Restricciones de administración de utilización		
PA	Restricción de autorización previa	Usted (o su médico) debe obtener la autorización previa de Stanford Health Care Advantage (HMO) antes de que pueda obtener este medicamento. Sin la autorización previa, Stanford Health Care Advantage (HMO) podría no cubrir este medicamento.
PA BvD	Restricción de autorización previa para la determinación de la Parte B frente a la Parte D	Este medicamento podría ser elegible para pago en virtud de la Parte B o la Parte D de Medicare. Usted (o su médico) debe obtener la autorización previa de Stanford Health Care Advantage (HMO) para determinar si este medicamento está cubierto en virtud de la Parte D de Medicare antes de que pueda obtener este medicamento. Sin la autorización previa, Stanford Health Care Advantage (HMO) podría no cubrir este medicamento.
PA-HRM	Restricción de autorización previa para medicamentos de alto riesgo	Los CMS han determinado que este medicamento es potencialmente dañino y, por lo tanto, un medicamento de alto riesgo para los beneficiarios de Medicare mayores de 65 años. Los miembros mayores de 65 años deben obtener la autorización previa de Stanford Health Care Advantage (HMO) antes de poder obtener este medicamento. Sin la

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
		autorización previa, Stanford Health Care Advantage (HMO) podría no cubrir este medicamento.
PA NSO	Restricción de autorización previa para miembros nuevos solamente	Si es un miembro nuevo o si no tomó este medicamento anteriormente, usted (o su médico) debe obtener la autorización previa de Stanford Health Care Advantage (HMO) antes de que pueda obtener este medicamento. Sin la autorización previa, Stanford Health Care Advantage (HMO) podría no cubrir este medicamento.
QL	Restricción de límite de cantidad	Stanford Health Care Advantage (HMO) limita la cantidad de este medicamento que se cubre por receta o en un plazo específico.
ST	Restricción de tratamiento escalonado	Antes de que Stanford Health Care Advantage (HMO) cubra este medicamento, usted deberá probar primero otros medicamentos para tratar su afección médica. Es posible que este medicamento esté cubierto si los otros medicamentos no funcionan para usted.

Las siguientes abreviaturas de notas de cobertura adicionales pueden encontrarse en el cuerpo de este documento.

OTROS REQUISITOS ESPECIALES PARA COBERTURA

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
Otras abreviaturas sobre la cobertura		
EX	Medicamento excluido de la Parte D	Este medicamento con receta normalmente no está cubierto en un plan de medicamentos con receta de Medicare. La cantidad que paga al surtir una receta para este medicamento no se tiene en cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que paga no lo ayuda a reunir los requisitos para la cobertura catastrófica). Además, si recibe <i>ayuda adicional</i> para pagar sus medicamentos con receta, ese beneficio no está disponible para ayudar a pagar este medicamento.

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
LA	Medicamento de acceso limitado	Estos medicamentos con receta pueden estar disponibles solamente en determinadas farmacias. Si desea obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame al Servicio para los miembros al número 1-855-996-8422, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1. ^º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1. ^º de abril hasta el 30 de septiembre. Si es usuario de TTY, llame al 711.
GC	Período sin cobertura	Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.
NM	Medicamento sin opción de pedido por correo	Es posible que pueda recibir un suministro superior a 1 mes de la mayoría de los medicamentos incluidos en el formulario a través de pedidos por correo a un costo reducido. Los medicamentos no disponibles a través de su beneficio de pedidos por correo se indican con la sigla "NM" en la columna Requisitos/límites de su formulario.
HI	Medicamento de infusión en el hogar	Este medicamento con receta puede estar cubierto por nuestro beneficio médico. Si desea obtener más información, llame al Servicio para los miembros al número 1-855-996-8422, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1. ^º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriado) desde el 1. ^º de abril hasta el 30 de septiembre. Si es usuario de TTY, llame al 711.

Table of Contents

Analgesics	3
Anesthetics	4
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents	5
Antianxiety Agents	5
Antibacterials	6
Anticancer Agents	8
Anticonvulsants	10
Antidementia Agents	11
Antidepressants	11
Antidiabetic Agents	12
Antifungals	14
Antigout Agents	14
Antihistamines	15
Anti-Infectives (Skin And Mucous Membrane)	15
Antimigraine Agents	15
Antimycobacterials	15
Antinausea Agents	16
Antiparasite Agents	16
Antiparkinsonian Agents	16
Antipsychotic Agents	17
Antivirals (Systemic)	18
Blood Products/Modifiers/Volume Expanders	20
Caloric Agents	21
Cardiovascular Agents	21
Central Nervous System Agents	25
Contraceptives	26
Dental And Oral Agents	29
Dermatological Agents	29
Devices	31
Enzyme Replacement/Modifiers	31
Eye, Ear, Nose, Throat Agents	31
Gastrointestinal Agents	32
Genitourinary Agents	34
Heavy Metal Antagonists	34
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying	34
Immunological Agents	37

Inflammatory Bowel Disease Agents.....	41
Irrigating Solutions.....	41
Metabolic Bone Disease Agents.....	41
Miscellaneous Therapeutic Agents.....	41
Ophthalmic Agents.....	42
Replacement Preparations.....	42
Respiratory Tract Agents.....	43
Skeletal Muscle Relaxants.....	45
Sleep Disorder Agents.....	45
Vasodilating Agents.....	45
Vitamins And Minerals.....	46

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Analgesics		
Analgesics, Miscellaneous		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	GC; NDS; NM; QL (2700 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	2	NDS; NM; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg</i> (Tylenol-Codeine #3)	2	NDS; NM; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i> (Tylenol-Codeine #4)	2	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	2	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 5-325 mg</i>	2	NDS; NM; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	2	NDS; NM; QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	2	NDS; NM; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Lorcet HD)	2	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i> (Lorcet (hydrocodone))	2	NDS; NM; QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Lorcet Plus)	2	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>lorcet (hydrocodone) oral tablet 5-325 mg</i>	2	NDS; NM; QL (240 per 30 days)
<i>lorcet hd oral tablet 10-325 mg</i>	2	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>lorcet plus oral tablet 7.5-325 mg</i>	2	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	NDS; NM; QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg</i>	2	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	2	NDS; NM; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	2	NDS; NM; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i> (Roxicodone)	2	NDS; NM; QL (180 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>oxycodone oral tablet, oral only, ext. rel. 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	3	NDS; NM; QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10- 325 mg</i>	2	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	2	NDS; NM; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	2	NDS; NM; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	GC; NDS; NM; QL (240 per 30 days)
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents		
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	2	
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	2	PA; QL (100 per 28 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	GC
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	GC
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	GC
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	1	GC
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg, 500 mg</i>	2	
PENNSAID TOPICAL SOLUTION IN METERED-DOSE PUMP 20 MG/GRAM /ACTUATION(2 %)	5	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
VOLTAREN TOPICAL GEL 1 %	2	
Anesthetics		
Local Anesthetics		
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	2	
<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %</i>	2	PA; QL (90 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i>	2	
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 1.8 %	3	PA; QL (90 per 30 days)
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film (Suboxone) 12-3 mg, 8-2 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film (Suboxone) 2-0.5 mg, 4-1 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX ORAL TABLET 1 MG	3	QL (336 per 365 days)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	3	QL (336 per 365 days)
CHANTIX STARTING MONTH BOX ORAL TABLETS, DOSE PACK 0.5 MG (11)- 1 MG (42)	3	
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG	3	QL (30 per 30 days)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 8.6-2.1 MG	3	QL (60 per 30 days)
Antianxiety Agents		
Benzodiazepines		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg (Xanax)</i>	1	GC; NDS; NM; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg (Xanax)</i>	1	GC; NDS; NM; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Ativan)</i>	1	GC; NDS; NM; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg (Ativan)</i>	1	GC; NDS; NM; QL (150 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Antibacterials		
Aminoglycosides		
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	1	GC
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml (Tobi)</i>	5	PA BvD; NM; NDS
Antibacterials, Miscellaneous		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg (Cleocin HCl)</i>	1	GC
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg (Flagyl)</i>	1	GC
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg (Macrodantin)</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg (Macrobid)</i>	2	QL (60 per 30 days)
Cephalosporins		
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	2	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg (Keflex)</i>	1	GC
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
Macrolides		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg (Zithromax)</i>	2	
<i>azithromycin oral packet 1 gram (Zithromax)</i>	4	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml (Zithromax)</i>	2	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	GC
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg (Zithromax)</i>	1	GC
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Miscellaneous B-Lactam Antibiotics		
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i> (Merrem)	2	
Penicillins		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg, 875-125 mg</i> (Augmentin)	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	2	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
Quinolones		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	1	GC
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	GC
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	2	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg</i>	1	GC
<i>levofloxacin oral tablet 500 mg, 750 mg</i> (Levaquin)	1	GC
Sulfonamides		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	(Sulfatrim)	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	(Bactrim)	1	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	(Bactrim DS)	1	GC
Tetracyclines			
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i>		2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	(Morgidox)	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>		2	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 75 mg</i>		2	
<i>minocycline oral capsule 50 mg</i>	(Minocin)	2	
Anticancer Agents			
Anticancer Agents			
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG, 3 MG, 5 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
AFINITOR ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	(Arimidex)	1	GC
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	(Casodex)	2	
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG		4	
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG		4	
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG		4	
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG		4	
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)		4	
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	(Aromasin)	2	
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	(Hydrea)	2	
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	(Femara)	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	4	
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	2	
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	5	NM; NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA BvD; ST
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	5	NM; NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (28 per 28 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5 ML	5	NM; NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TYKERB ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Anticonvulsants		
Anticonvulsants		
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Carbatrol)	2	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Tegretol)	2	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> (Epitol)	2	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Tegretol XR)	2	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	2	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	2	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	2	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	2	
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	GC; QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	GC; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	2	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	2	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	2	QL (120 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Lamictal)	1	GC
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	2	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>levetiracetam oral tablet extended release (Keppra XR) 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	2	
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 225 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG	3	QL (90 per 30 days)
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML	3	QL (900 per 30 days)
<i>phenytoin sodium extended oral capsule (Dilantin Extended) 100 mg</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule (Phenytek) 200 mg, 300 mg</i>	2	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	ST; QL (120 per 30 days)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
Antidementia Agents		
Antidementia Agents		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg (Aricept)</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	2	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
Antidepressants		
Antidepressants		
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	2	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release (Wellbutrin XL) 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained- release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	2	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	QL (600 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg (Celexa)	1	GC; QL (30 per 30 days)
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml	2	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg (Lexapro)	1	GC
fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg (Prozac)	1	GC
fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	2	
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg (Paxil)	1	GC
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5 ML	4	
sertraline oral concentrate 20 mg/ml (Zoloft)	2	
sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Zoloft)	1	GC
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	1	GC
trazodone oral tablet 300 mg	2	
venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg (Effexor XR)	2	QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg (Effexor XR)	2	QL (90 per 30 days)
venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	2	
Antidiabetic Agents		
Antidiabetic Agents, Miscellaneous		
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 per 30 days)
metformin oral tablet 1,000 mg (Glucophage)	6	GC; QL (75 per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg (Glucophage)	6	GC; QL (150 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>metformin oral tablet 850 mg</i> (Glucophage)	6	GC; QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i> (Glucophage XR)	6	GC; QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i> (Glucophage XR)	6	GC; QL (60 per 30 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	6	GC; QL (30 per 30 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML)	3	QL (9 per 30 days)
Insulins		
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	3	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	3	QL (13.5 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
Sulfonylureas			
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	(Amaryl)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	(Amaryl)	6	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	(Glucotrol)	6	GC; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	(Glucotrol)	6	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	(Glucotrol XL)	2	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	(Glucotrol XL)	2	QL (30 per 30 days)
Antifungals			
Antifungals			
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	(Lotrisone)	2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	(Diflucan)	2	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	(Diflucan)	2	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>		2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>		2	
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	(Nizoral)	2	
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i>		2	
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>		2	
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>		2	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>		2	
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>		2	
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	(Nyamyc)	2	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i>		2	
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>		1	GC
Antigout Agents			
Antigout Agents, Other			
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	(Zyloprim)	1	GC
<i>ULORIC ORAL TABLET 40 MG, 80 MG</i>		3	QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Antihistamines		
Antihistamines		
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i> (Xyzal)	2	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	GC
Anti-Infectives (Skin And Mucous Membrane)		
Anti-Infectives (Skin And Mucous Membrane)		
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i> (Metrogel Vaginal)	2	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	2	
Antimigraine Agents		
Antimigraine Agents		
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i> (Maxalt-MLT)	2	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	1	GC; QL (8 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	2	QL (4 per 28 days)
Antimycobacterials		
Antimycobacterials		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	2	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	2	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i> (Rifadin)	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Antinausea Agents		
Antinausea Agents		
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	2	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine Less Drowsy)	2	
<i>ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD
<i>phenadoz rectal suppository 12.5 mg</i>	2	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, (Phenadoz) 25 mg</i>	2	
<i>promethazine rectal suppository 50 mg (Phenergan)</i>	2	
<i>promethegan rectal suppository 25 mg, 50 mg</i>	2	
Antiparasite Agents		
Antiparasite Agents		
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 (Malarone) mg</i>	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 (Malarone Pediatric) mg</i>	2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg (Plaquenil)</i>	2	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	
Antiparkinsonian Agents		
Antiparkinsonian Agents		
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i> (Mirapex)	1	GC
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 3 mg, 5 mg (Requip)</i>	2	
<i>ropinirole oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Antipsychotic Agents		
Antipsychotic Agents		
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i> (Clozaril)	2	QL (270 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	2	QL (135 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 25 mg</i> (Clozaril)	2	QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 50 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i> (FazaClo)	2	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i> (FazaClo)	2	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i> (FazaClo)	5	ST; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	3	QL (30 per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i> (Zyprexa)	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Zyprexa)	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa Zydis)	2	QL (30 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
PERSERIS ABDOMINAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTEND REL SYR KIT 120 MG, 90 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	2	QL (90 per 30 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	2	QL (480 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 3 mg, 4 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Geodon)	2	QL (60 per 30 days)
Antivirals (Systemic)		
Antiretrovirals		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	2	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i> (Ziagen)	2	
<i>ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG</i>	5	NM; NDS
<i>COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG</i>	5	NM; NDS
<i>EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)</i>	4	
<i>INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG</i>	5	NM; NDS
<i>INTELENCE ORAL TABLET 25 MG</i>	4	
<i>ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG</i>	5	NM; NDS
<i>ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG</i>	4	
<i>ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG</i>	5	NM; NDS
<i>ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 25 MG</i>	4	
<i>KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG</i>	4	
<i>KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG</i>	5	NM; NDS
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	2	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i> (Epivir HBV)	2	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	2	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i> (Combivir)	2	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	2	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i> (Viramune)	2	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i> (Viramune)	2	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i> (Viramune XR)	2	
<i>PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML</i>	5	NM; NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 800 MG	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150- 200-300 MG	5	NM; NDS
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200- 300 MG	5	NM; NDS
Antivirals, Miscellaneous		
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine)	2	
Hcv Antivirals		
EPCLUSUSA ORAL TABLET 400-100 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>ledipasvir-sofosbuvir oral tablet 90-400 mg</i> (Harvoni)	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i> (Epclusa)	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
VIEKIRA PAK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG-75 MG -50 MG/250 MG	5	PA; NM; NDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
Interferons		
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)	5	PA NSO; NM; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION 10 MILLION UNIT/ML, 6 MILLION UNIT/ML	5	PA NSO; NM; NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PEGASYS PROCLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 180 MCG/0.5 ML	5	NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	NM; NDS
Nucleosides And Nucleotides		
acyclovir oral capsule 200 mg (Zovirax)	2	
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml (Zovirax)	2	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg (Zovirax)	2	
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg (Valtrex)	2	
Blood Products/Modifiers/Volume		
Expanders		
Anticoagulants		
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	1	GC
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg (Coumadin)	1	GC
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	3	
Blood Formation Modifiers		
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6ML	5	PA; NM; NDS
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NM; NDS
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
PROCIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; QL (12 per 28 days)
PROCIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
PROCIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	5	PA; NM; NDS; QL (6 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
Hematologic Agents, Miscellaneous		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	2	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	2	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i> (Lysteda)	2	QL (30 per 30 days)
Platelet-Aggregation Inhibitors		
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	GC
Caloric Agents		
Caloric Agents		
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	2	
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	4	PA BvD
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	PA BvD
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
Cardiovascular Agents		
Alpha-Adrenergic Agents		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i> (Catapres)	1	GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg (Cardura)</i>	2	
Angiotensin II Receptor Antagonists		
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Cozaar)</i>	6	GC
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg (Hyzaar)</i>	6	GC
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg (Diovan HCT)</i>	2	
Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg (Lotensin)</i>	6	GC
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	6	GC
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg (Prinivil)</i>	6	GC
<i>lisinopril oral tablet 2.5 mg, 30 mg, 40 mg (Zestril)</i>	6	GC
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg (Zestoretic)</i>	6	GC
Antiarrhythmic Agents		
<i>amiodarone oral tablet 200 mg (Pacerone)</i>	1	GC
<i>amiodarone oral tablet 400 mg (Pacerone)</i>	2	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	
<i>pacerone oral tablet 200 mg</i>	1	GC
<i>pacerone oral tablet 400 mg</i>	2	
Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Tenormin)</i>	1	GC
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg (Coreg)</i>	1	GC
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Toprol XL)</i>	2	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg (Lopressor)</i>	1	GC
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	GC
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg (Inderal LA)</i>	2	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
Calcium-Channel Blocking Agents		
<i>cartia xt oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 420 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	2	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	2	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	4	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>verapamil oral tablet 40 mg</i>	1	GC
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	GC
Cardiovascular Agents, Miscellaneous		
<i>digitek oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	2	
<i>digox oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	2	
DIGOXIN ORAL SOLUTION 50 MCG/ML	4	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	2	
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
Dihydropyridines		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	2	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg</i>	2	
Diuretics		
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	2	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	GC
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	GC
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i> (Microzide)	1	GC
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i> (Dyazide)	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg</i> (Maxzide-25mg)	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 75-50 mg</i> (Maxzide)	1	GC
Dyslipidemics		
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	6	GC
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	2	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	GC
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	GC
<i>pravastatin oral tablet 10 mg</i>	6	GC
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Pravachol)	6	GC
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Zocor)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg</i>	6	GC; QL (30 per 30 days)
Renin-Angiotensin-Aldosterone System Inhibitors		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TEKTURNA HCT ORAL TABLET 150-12.5 MG, 150-25 MG, 300-12.5 MG, 300-25 MG	3	ST
Vasodilators		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradose)	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet extended release 40 mg</i> (ISOCHRON)	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	GC
Central Nervous System Agents		
Central Nervous System Agents		
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg,</i> (Focalin) <i>2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 5</i> (Zenzedi) <i>mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	GC
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	GC
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	(Ritalin LA) 2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i>	(Ritalin LA) 2	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 60 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	2	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	
Contraceptives		
Contraceptives		
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>aubra oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg- 30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>caziant (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>	2	
<i>cyled oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>delyla (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>desogestrel-ethynodiol oral tablet (Apr) 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>estarrylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>introvale oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>larissa oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg (Afirmelle)</i>	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg (Altavera (28))</i>	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (91) (Introvale)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) (Enpresse)</i>	2	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>lultera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>mononessa (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	4	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet (Aurovela 24 Fe) 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet (Tri-Lo-Estarylla) 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet (Ortho Tri-Cyclen (28)) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet (Estarylla) 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>tarina fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	2	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	2	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	2	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2		
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>	2		
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2		
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2		
Dental And Oral Agents			
Dental And Oral Agents			
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	(Paroex Oral Rinse)	1	GC
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	(Oralone)	2	
Dermatological Agents			
Dermatological Agents, Other			
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	(Geri-Hydrolac)	2	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	(AmLactin)	2	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>		2	
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	(Dovonex)	2	
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	(Carac)	5	NM; NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	(Efudex)	2	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>		2	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	(Aldara)	2	PA NSO; QL (24 per 30 days)
TOLAK TOPICAL CREAM 4 %	4		
Dermatological Antibacterials			
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	(Cleocin T)	2	
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	(Clindacin ETZ)	2	
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	(MetroCream)	2	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i>	(Rosadan)	2	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i>	(Metrogel)	2	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	(MetroLotion)	2	
Dermatological Anti-Inflammatory Agents			
<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	1	GC	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	2		
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	2		
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	2		

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>		2	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	(Cormax)	2	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	(Temovate)	2	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i>	(Ala-Cort)	1	GC
<i>hydrocortisone topical cream 2.5 %</i>		1	GC
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>		2	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i>	(Anti-Itch (HC))	1	GC
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>		1	GC
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	(Elocon)	2	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>		2	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>		2	
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>		2	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>		2	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>		2	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %</i>		1	GC
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %, 0.5 %</i>	(Triderm)	1	GC
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>		2	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>		2	
Dermatological Retinoids			
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i>	(Differin)	2	
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i>	(Differin)	2	
<i>ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %</i>		4	PA
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i>	(Avita)	2	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i>	(Retin-A)	2	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %</i>	(Retin-A)	2	PA
<i>tretinoin topical gel 0.025 %</i>	(Avita)	2	PA
<i>tretinoin topical gel 0.05 %</i>	(Atralin)	2	PA
Scabicides And Pediculicides			
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	(Ovide)	2	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	(Elimite)	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Devices		
Devices		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (1st Tier Unifine Pentips)	2	
V-GO 40 DISPOSABLE DEVICE	2	
Enzyme Replacement/Modifiers		
Enzyme Replacement/Modifiers		
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 - 60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	3	
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000-168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT	3	
Eye, Ear, Nose, Throat Agents		
Eye, Ear, Nose, Throat Agents, Miscellaneous		
atropine ophthalmic (eye) drops 1% (Isopto Atropine)	4	
azelastine nasal aerosol,spray 137 mcg (0.1 %)	2	QL (30 per 25 days)
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %	2	
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %	2	
Eye, Ear, Nose, Throat Anti-Infectives Agents		
CIPRODEX OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.1 %	3	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	2	
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	2	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	GC
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 % (Ocuflox)</i>	2	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	2	
Eye, Ear, Nose, Throat Anti-Inflammatory Agents		
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	2	QL (50 per 25 days)
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation (24 Hour Allergy Relief)</i>	1	GC; QL (16 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	4	
<i>RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 %</i>	3	QL (60 per 30 days)
Gastrointestinal Agents		
Antiulcer Agents And Acid Suppressants		
<i>omeprazole oral capsule,delayed release(dr/lec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/lec) 20 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/lec) 40 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>ranitidine hcl oral syrup 15 mg/ml</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ranitidine hcl oral tablet 150 mg</i>	(Acid Control (ranitidine))	1	GC
<i>ranitidine hcl oral tablet 300 mg</i>	(Zantac)	1	GC
Gastrointestinal Agents, Other			
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i>		2	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>		2	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>		2	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>		2	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>		2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	(Lomotil)	2	
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i>		2	
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i>		2	
<i>tactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	(Constulose)	2	
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i>	(Anti-Diarrheal (loperamide))	2	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>		2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	(Reglan)	1	GC
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	(Actigall)	2	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	(URSO 250)	2	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i>	(URSO Forte)	2	
Laxatives			
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i>		2	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>		2	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i>	(Colyte with Flavor Packs)	4	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM		3	
Phosphate Binders			
<i>calcium acetate oral capsule 667 mg</i>		2	
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	(Calphron)	2	
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML		4	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	(Renvela)	5	NM; NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	(Renvela)	2	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg</i>		2	
<i>sevelamer hcl oral tablet 800 mg</i>	(Renagel)	2	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG		3	
Genitourinary Agents			
Antispasmodics, Urinary			
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>		2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>		2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 5 mg</i>	(Ditropan XL)	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 15 mg</i>		2	
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 4 MG, 8 MG		3	
Genitourinary Agents, Miscellaneous			
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	(Proscar)	1	GC
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	(Flomax)	1	GC
Heavy Metal Antagonists			
Heavy Metal Antagonists			
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		5	PA; NM; NDS
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA; NM; NDS
FERRIPROX ORAL TABLET 500 MG		5	PA; NM; NDS
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	(Cuprimine)	5	PA; NM; NDS
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying			
Androgens			
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	(Depo-Testosterone)	2	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>		2	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>		2	PA; QL (5 per 28 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML		3	PA; QL (2 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Estrogens And Antiestrogens		
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg (Estrace)</i>	1	GC
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr (Alora)</i>	2	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.0375 mg/24 hr (Dotti)</i>	2	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr (Climara)</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg (Vagifem)</i>	2	QL (18 per 28 days)
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
Glucocorticoids/Mineralocorticoids		
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln alf, d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	2	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; GC
<i>prednisone oral tablet 20 mg (Deltasone)</i>	1	PA BvD; GC
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	2	
Pituitary		
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg (DDAVP)</i>	2	
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML	4	PA
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML	5	PA; NM; NDS
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML)	5	PA; NM; NDS
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG (36 UNIT), 24 MG (72 UNIT), 6 MG (18 UNIT)	5	PA; NM; NDS
HUMATROPE INJECTION RECON SOLN 5 (15 UNIT) MG	5	PA; NM; NDS
NOCDURNA (MEN) SUBLINGUAL TABLET,DISINTEGRATING 55.3 MCG	3	QL (30 per 30 days)
NOCDURNA (WOMEN) SUBLINGUAL TABLET,DISINTEGRATING 27.7 MCG	3	QL (30 per 30 days)
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	4	PA
NUTROPIN AQ NUSPIN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/2 ML (5 MG/ML), 20 MG/2 ML (10 MG/ML), 5 MG/2 ML (2.5 MG/ML)	5	PA; NM; NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG	5	PA; NM; NDS
SAIZEN SAIZENPREP SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 8.8 MG/1.51 ML (FINAL CONC.)	5	PA; NM; NDS
SAIZEN SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG, 8.8 MG	5	PA; NM; NDS
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA; NM; NDS
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG	5	PA; NM; NDS
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG	4	PA
ZORBTIVE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 8.8 MG	5	PA; NM; NDS
Progestins		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 400 MG/ML	4	QL (10 per 28 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	GC
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	2	
Thyroid And Antithyroid Agents		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Euthyrox)	1	GC
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	GC
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	2	
Immunological Agents		
Immunological Agents		
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	2	PA BvD

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	5	PA; NM; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	5	PA; NM; NDS
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Gengraf)	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i> (Gengraf)	2	PA BvD
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	2	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>	2	PA BvD
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML, 40 MG/0.8 ML (6 PACK)	5	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS- ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg (Arava)</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i> (CellCept)	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i> (CellCept)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i> (CellCept)	2	PA BvD
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; NM; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; NM; NDS
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD; ST
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	2	PA BvD
Vaccines		
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF- (2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5- 8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	3	PA BvD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	3	PA BvD
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	3	
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	3	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	3	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	3	
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML	3	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	3	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	3	
ZOSTAVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 19,400 UNIT/0.65 ML	3	QL (1 per 365 days)
Inflammatory Bowel Disease Agents		
Inflammatory Bowel Disease Agents		
APRISO ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.375 GRAM	3	
LIALDA ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 1.2 GRAM	2	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	2	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/lec) 800 mg</i>	2	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	5	NM; NDS
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/lec) 500 mg</i>	2	
Irrigating Solutions		
Irrigating Solutions		
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	4	
(Aqua Care Sodium Chloride)		
Metabolic Bone Disease Agents		
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	GC; QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i>	1	GC; QL (4 per 28 days)
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	2	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	2	
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	2	QL (1 per 28 days)
Miscellaneous Therapeutic Agents		
Miscellaneous Therapeutic Agents		
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	QL (90 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg</i>	1	GC
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg (Vistaril)</i>	1	GC
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml (Carnitor)</i>	2	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg (Carnitor)</i>	2	
MESTINON ORAL SYRUP 60 MG/5 ML	5	NM; NDS
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml (Mestinon)</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg (Mestinon)</i>	2	
Ophthalmic Agents		
Antiglaucoma Agents		
<i>ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %</i>	3	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	GC
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	2	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i> (Xalatan)	1	GC; QL (2.5 per 25 days)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i> (Timoptic)	1	GC
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i> (Timoptic-XE)	4	
Replacement Preparations		
Replacement Preparations		
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	2	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	2	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	2	
<i>klor-con sprinkle oral capsule, extended release 8 meq</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>	2	PA BvD
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral capsule, extended (Klor-Con Sprinkle) release 8 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended (K-Tab) release 10 meq, 8 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended (K-Tab) release 20 meq</i>	4	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended (Urocit-K 10) release 10 meq (1,080 mg)</i>	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended (Urocit-K 15) release 15 meq</i>	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended (Urocit-K 5) release 5 meq (540 mg)</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9% intravenous parenteral solution</i>	2	
Respiratory Tract Agents		
Anti-Inflammatories, Inhaled		
Corticosteroids		
ADVAIR DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	3	QL (12 per 28 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (60 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION	3	QL (120 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	3	QL (12 per 28 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	3	QL (24 per 28 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	3	QL (21.2 per 28 days)
Antileukotrienes		
montelukast oral tablet 10 mg (Singulair)	1	GC
montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg (Singulair)	1	GC
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg (Accolate)	2	
Bronchodilators		
albuterol 5 mg/ml solution 5 mg/ml	2	PA BvD
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol (ProAir HFA) inhaler 90 mcg/actuation	2	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)	2	QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)	2	QL (36 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml	2	PA BvD
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml	2	
albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg	2	
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	3	QL (25.8 per 28 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	3	QL (8 per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	2	PA BvD

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	3	QL (2 per 30 days)
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	2	
<i>theophylline oral tablet extended release (Theochron) 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	2	
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	2	PA BvD
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG	3	QL (28 per 28 days)
DALIRESP ORAL TABLET 500 MCG	3	QL (30 per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
Skeletal Muscle Relaxants		
Skeletal Muscle Relaxants		
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg (Robaxin-750)</i>	2	
Sleep Disorder Agents		
Sleep Disorder Agents		
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg (Ambien)</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
Vasodilating Agents		
Vasodilating Agents		
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (antihypertensive) oral tablet (Revatio) 20 mg</i>	2	PA; QL (90 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Vitamins And Minerals		
Vitamins And Minerals		
<i>pnv prenatal plus multivit tab s/f, gluten-free 27 mg iron- 1 mg</i>	3	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	3	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to the introduction pages of this document

INDEX

<i>abacavir</i>	18	<i>aviane</i>	26	<i>chloroquine phosphate</i>	16
<i>acetaminophen-codeine</i>	3	AVONEX	25	<i>cilostazol</i>	21
<i>acetylcysteine</i>	45	<i>azathioprine</i>	37	CIMZIA	38
<i>acyclovir</i>	20	<i>azelastine</i>	31	CIMZIA POWDER FOR RECONST	38
ADACEL(TDAP		<i>azithromycin</i>	6	CIPRODEX	31
ADOLESN/ADULT)(PF) 39, 40		BD ULTRA-FINE NANO		<i>ciprofloxacin hcl</i>	7
<i>adapalene</i>	30	PEN NEEDLE	31	<i>citalopram</i>	11, 12
ADVAIR DISKUS	43	<i>benazepril</i>	22	<i>clarithromycin</i>	6
ADVAIR HFA	43	<i>benztropine</i>	16	<i>clindamycin hcl</i>	6
AFINITOR	8	<i>betamethasone dipropionate</i>	29	<i>clindamycin phosphate</i>	29
AFINITOR DISPERZ	8	<i>betamethasone, augmented</i>	30	CLINIMIX E 5%/D15W	
<i>ala-cort</i>	29	<i>bicalutamide</i>	8	SULFIT FREE	21
<i>albuterol sulfate</i>	44	<i>blisovi 24 fe</i>	26	CLINIMIX E 5%/D20W	
<i>alendronate</i>	41	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	26	SULFIT FREE	21
<i>allopurinol</i>	14	BOOSTRIX TDAP	40	<i>clobetasol</i>	30
ALPHAGAN P	42	<i>brimonidine</i>	42	<i>clonidine hcl</i>	21
<i>alprazolam</i>	5	<i>buprenorphine hcl</i>	5	<i>clopidogrel</i>	21
<i>altavera (28)</i>	26	<i>buprenorphine-naloxone</i>	5	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	14
ALTRENO	30	<i>bupropion hcl</i>	11	<i>clozapine</i>	17
<i>amiodarone</i>	22	<i>calcipotriene</i>	29	COMBIVENT RESPIMAT ..	44
<i>amlodipine</i>	23	<i>calcitriol</i>	41	COMPLERA	18
<i>amlodipine-benazepril</i>	24	<i>calcium acetate</i>	33	<i>constulose</i>	33
<i>ammonium lactate</i>	29	<i>carbamazepine</i>	10	CREON	31
<i>amoxicillin</i>	7	<i>carbidopa-levodopa</i>	16	<i>cromolyn</i>	31
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	7	<i>cartia xt</i>	23	<i>cyclobenzaprine</i>	45
<i>anagrelide</i>	21	<i>carvedilol</i>	22	<i>cyclosporine modified</i>	38
<i>anastrozole</i>	8	CAYSTON	7	<i>cyred</i>	26
<i>apri</i>	26	<i>caziant (28)</i>	26	DALIRESP	45
APRISO	41	<i>cefdinir</i>	6	<i>dapsone</i>	15
ASSURE ID INSULIN		<i>cefprozil</i>	6	<i>delyla (28)</i>	26
SAFETY	31	<i>cefuroxime axetil</i>	6	DEPEN TITRATABS	34
<i>atenolol</i>	22	<i>cephalexin</i>	6	DEPO-PROVERA	37
<i>atorvastatin</i>	24	CHANTIX	5	<i>desmopressin</i>	35, 36
<i>atovaquone-proguanil</i>	16	CHANTIX CONTINUING		<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	26
ATRIPLA	18	MONTH BOX	5	<i>dexamethylphenidate</i>	25
<i>atropine</i>	31	CHANTIX STARTING		<i>dextroamphetamine</i>	25
ATROVENT HFA	44	MONTH BOX	5		
<i>aubra</i>	26	<i>chlorhexidine gluconate</i>	29		

<i>dextroamphetamine-</i>	
<i>amphetamine</i>	25
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	21
<i>diclofenac sodium</i>	4
<i>dicloxacillin</i>	7
<i>dicyclomine</i>	33
<i>digitek</i>	23
<i>digox</i>	23
DIGOXIN	23
<i>digoxin</i>	23
<i>diltiazem hcl</i>	23
<i>dilt-xr</i>	23
<i>diphenoxylate-atropine</i>	33
<i>divalproex</i>	10
<i>donepezil</i>	11
<i>dorzolamide-timolol</i>	42
<i>dotti</i>	35
<i>doxazosin</i>	22
<i>doxy-100</i>	8
<i>doxycycline hyclate</i>	8
DROXIA	8
ELIGARD	8
ELIGARD (3 MONTH)	8
ELIGARD (4 MONTH)	8
ELIGARD (6 MONTH)	8
ELMIRON	41
<i>emoquette</i>	26
ENBREL	38
ENBREL SURECLICK	38
<i>endocet</i>	3
ENGERIX-B (PF)	40
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	40
<i>enpresse</i>	26
<i>enskyce</i>	26
<i>enulose</i>	33
EPCLUSIA	19
<i>epitol</i>	10
EPIVIR HBV	18
<i>eplerenone</i>	24
<i>erythromycin</i>	32
<i>escitalopram oxalate</i>	12
<i>estarrylla</i>	27
<i>estradiol</i>	35
<i>exemestane</i>	8
<i>falmina (28)</i>	27
<i>femynor</i>	27
<i>fenofibrate</i>	24
FERRIPROX	34
<i>finasteride</i>	34
<i>flecainide</i>	22
FLOVENT DISKUS	43, 44
FLOVENT HFA	44
<i>fluconazole</i>	14
<i>flunisolide</i>	32
<i>fluorouracil</i>	29
<i>fluoxetine</i>	12
<i>fluticasone propionate</i>	32
<i>furosemide</i>	24
<i>gabapentin</i>	10
<i>galantamine</i>	11
<i>gavilyte-c</i>	33
<i>gavilyte-g</i>	33
<i>gemfibrozil</i>	24
<i>generlac</i>	33
<i>genograf</i>	38
GENOTROPIN	36
GENOTROPIN	36
MINIQUICK	36
<i>gentak</i>	32
<i>gentamicin</i>	32
<i>glimepiride</i>	14
<i>glipizide</i>	14
<i>hailey 24 fe</i>	27
<i>haloperidol</i>	17
HARVONI	19
HAVRIX (PF)	40
HUMATROPE	36
HUMIRA	38
HUMIRA PEDIATRIC	
CROHNS START	38
HUMIRA PEN	38
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START	38
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	38
HUMIRA(CF)	39
HUMIRA(CF) PEDI	
CROHNS STARTER	38
HUMIRA(CF) PEN	39
HUMIRA(CF) PEN	
CROHNS-UC-HS	39
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	39
<i>hydralazine</i>	23
<i>hydrochlorothiazide</i>	24
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	3
<i>hydrocortisone</i>	30
<i>hydroxychloroquine</i>	16
<i>hydroxyurea</i>	8
<i>hydroxyzine hcl</i>	15
<i>hydroxyzine pamoate</i>	42
<i>ibandronate</i>	41
<i>ibu</i>	4
<i>ibuprofen</i>	4
<i>imiquimod</i>	29
INTELENCE	18
INTRALIPID	21
INTRON A	19
<i>introvale</i>	27
<i>ipratropium bromide</i>	44
ISENTRESS	18
ISENTRESS HD	18
<i>isibloom</i>	27
<i>isoniazid</i>	15
<i>isosorbide dinitrate</i>	25
<i>isosorbide mononitrate</i>	25
JAKAFI	8
<i>jantoven</i>	20

JANUMET	12	levonorg-eth estrad triphasic....	27	mercaptopurine	9
JANUMET XR.....	12	levora-28.....	27	meropenem.....	7
JANUVIA.....	12	levothyroxine.....	37	mesalamine.....	41
juleber.....	27	LIALDA.....	41	MESTINON.....	42
junel fe 1.5/30 (28)	27	lidocaine	4, 5	metformin.....	12, 13
junel fe 1/20 (28)	27	lidocaine hcl.....	4	methocarbamol.....	45
junel fe 24.....	27	lidocaine viscous.....	5	methotrexate sodium	9
KALETRA.....	18	liothyronine.....	37	methylphenidate hcl.....	26
ketoconazole.....	14	lisinopril.....	22	metoclopramide hcl.....	33
klor-con m10.....	42	lisinopril-hydrochlorothiazide	22	metoprolol succinate.....	22
klor-con m15.....	42	lithium carbonate	25	metoprolol tartrate.....	22
klor-con m20.....	42	loperamide	33	metronidazole.....	6, 15, 29
klor-con sprinkle.....	42	lopinavir-ritonavir	18	microgestin fe 1/20 (28)	27
kurvelo (28)	27	lorazepam.....	5	mil.....	27
lactulose.....	33	lorcet (hydrocodone)	3	minocycline	8
lamivudine.....	18	lorcet hd.....	3	mometasone	30
lamivudine-zidovudine	18	lorcet plus.....	3	mononessa (28)	28
lamotrigine	10	losartan	22	montelukast	44
LANTUS SOLOSTAR U-100		losartan-hydrochlorothiazide	22	mycophenolate mofetil	39
INSULIN.....	13	lovastatin.....	24	naproxen.....	4
LANTUS U-100 INSULIN....	13	LUPRON DEPOT	9	neomycin.....	6
larin fe 1.5/30 (28)	27	LUPRON DEPOT (3		neomycin-polymyxin b-	
larin fe 1/20 (28)	27	MONTH).....	9	dexameth.....	32
larissa.....	27	LUPRON DEPOT (4		neomycin-polymyxin-hc	32
latanoprost	42	MONTH).....	9	NEULASTA	20
LATUDA.....	17	LUPRON DEPOT (6		NEUPOGEN	20
ledipasvir-sofosbuvir	19	MONTH).....	9	nevirapine	18
leflunomide	39	lутера (28)	27	NEXAVAR	9
lessina.....	27	LYRICA.....	11	nitrofurantoin macrocrystal	6
letrozole.....	8	malathion.....	30	nitrofurantoin monohyd/m-	
leucovorin calcium.....	42	marlissa (28)	27	cryst	6
LEUKERAN.....	9	MAVYRET	19	NOCDURNA (MEN).....	36
leuprolide	9	meclizine	16	NOCDURNA (WOMEN)....	36
levetiracetam.....	10, 11	medroxyprogesterone	37	NORDITROPIN FLEXPRO ..	36
levocarnitine	42	mefloquine	16	norethindrone-e.estradiol-iron..	28
levocarnitine (with sugar)	42	megestrol	9	norgestimate-ethinyl estradiol..	28
levocetirizine	15	meloxicam	4	NOVOLOG FLEXPEN U-	
levofloxacin.....	7	MENACTRA (PF).....	40	100 INSULIN	13
levonest (28)	27	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP		NOVOLOG MIX 70-30 U-	
levonorgestrel-ethinyl estrad....	27	(PF).....	40	100 INSULN	13

NOVOLOG MIX 70-		<i>pioglitazone</i>	13	<i>rifampin</i>	15
30FLEXPEN U-100.....	13	POMALYST	9	<i>rimantadine</i>	19
NOVOLOG PENFILL U-100		<i>portia 28</i>	28	<i>risperidone</i>	17
INSULIN.....	13	<i>potassium chloride</i>	43	<i>rizatriptan</i>	15
NOVOLOG U-100 INSULIN		<i>potassium citrate</i>	43	<i>ropinirole</i>	16
ASPART	13	<i>pramipexole</i>	16	SAIZEN	37
NUTRILIPID.....	21	<i>pravastatin</i>	24	SAIZEN SAIZENPREP	37
NUTROPIN AQ NUSPIN.....	36	<i>prednisolone</i>	35	SAVELLA	26
<i>nyamyc</i>	14	<i>prednisolone acetate</i>	32	SEROSTIM	37
<i>nystatin</i>	14	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	35	<i>sertraline</i>	12
<i>nystop</i>	14	<i>prednisone</i>	35	<i>setlakin</i>	28
<i>ofloxacin</i>	32	PREMARIN	35	<i>sevelamer carbonate</i>	33, 34
<i>olanzapine</i>	17	PREMPHASE	35	<i>sevelamer hcl</i>	34
<i>omeprazole</i>	32	PREMPRO	35	<i>sildenafil (antihypertensive)</i>	45
OMNITROPE	37	<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	46	SIMPONI	39
<i>ondansetron</i>	16	<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	46	<i>simvastatin</i>	24
OPSUMIT	45	<i>previfem</i>	28	<i>sodium chloride</i>	41
ORENCIA	39	PREZISTA	18, 19	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	43
ORENCIA CLICKJECT	39	PROAIR RESPICLICK	45	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	19
<i>orsythia</i>	28	PROCRIT	20	SOLTAMOX	9
<i>oxybutynin chloride</i>	34	<i>procto-med hc</i>	30	SOVALDI	19
<i>oxycodone</i>	3, 4	<i>proctosol hc</i>	30	<i>spironolactone</i>	24
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	4	<i>proctozone-hc</i>	30	<i>sprintec (28)</i>	28
<i>pacerone</i>	22	<i>progesterone micronized</i>	37	SPRITAM	11
<i>pantoprazole</i>	32	PROGRAF	39	SPRYCEL	9
<i>paroxetine hcl</i>	12	PROMACTA	21	<i>sronyx</i>	28
PAXIL	12	<i>promethazine</i>	16	STRIBILD	19
<i>peg 3350-electrolytes</i>	33	<i>promethegan</i>	16	<i>sulfadiazine</i>	7
PEGASYS	20	<i>propranolol</i>	22, 23	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	8
PEGASYS PROCLICK	20	PROSOL 20 %	21	<i>sulfasalazine</i>	41
PEN NEEDLE, DIABETIC	31	PULMOZYME	31	<i>sumatriptan succinate</i>	15
<i>penicillamine</i>	34	PURIXAN	9	SUPREP BOWEL PREP KIT	33
<i>penicillin v potassium</i>	7	<i>pyridostigmine bromide</i>	42	SUTENT	9
PENNsaid	4	<i>quetiapine</i>	17	<i>tacrolimus</i>	39
<i>permethrin</i>	30	<i>ranitidine hcl</i>	32, 33	<i>tamoxifen</i>	9
<i>perphenazine</i>	17	<i>reclipsen (28)</i>	28	<i>tamsulosin</i>	34
PERSERIS	17	RECOMBIVAX HB (PF)	40	<i>tarina 24 fe</i>	28
<i>phenadoxz</i>	16	RELENZA DISKHALER	19	<i>tarina fe 1/20 (28)</i>	28
<i>phenytoin sodium extended</i>	11	RESTASIS	32	TASIGNA	9
PHOSLYRA	33	REVLIMID	9	<i>tazzia xt</i>	23

TEKTURNA HCT	25	VAQTA (PF).....	41
<i>terbinafine hcl</i>	14	<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	29
<i>terconazole</i>	15	VELPHORO.....	34
<i>testosterone cypionate</i>	34	<i>venlafaxine</i>	12
<i>testosterone enanthate</i>	34	<i>verapamil</i>	23
<i>theophylline</i>	45	VERSACLOZ.....	17
<i>timolol maleate</i>	42	V-GO 40.....	31
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	6	VICTOZA.....	13
TOLAK.....	29	VIEKIRA PAK.....	19
<i>topiramate</i>	11	<i>vienna</i>	29
TOUJEO MAX U-300		VOLTAREN.....	4
SOLOSTAR.....	13	VOSEVI.....	19
TOUJEO SOLOSTAR U-300		VOTRIENT.....	10
INSULIN.....	13	<i>vylitra</i>	29
TOVIAZ.....	34	<i>warfarin</i>	20
<i>tramadol</i>	4	XARELTO.....	20
<i>tranexamic acid</i>	21	XOLAIR.....	45
TRAVASOL 10 %.....	21	XTANDI.....	10
<i>trazodone</i>	12	XYOSTED.....	34
<i>tretinooin</i>	30	<i>zafirlukast</i>	44
<i>triamcinolone acetonide</i>	29, 30	<i>zaleplon</i>	45
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> 24		ZENPEP.....	31
<i>tri-estarrylla</i>	28	ZEPATIER.....	19
<i>tri-legest fe</i>	28	<i>ziprasidone hcl</i>	18
<i>tri-lo-estarrylla</i>	28	<i>zolpidem</i>	45
<i>tri-lo-sprintec</i>	28	ZOMACTON.....	37
<i>tri-mili</i>	28	ZORBTIVE.....	37
<i>tri-previfem (28)</i>	28	ZOSTAVAX (PF).....	41
<i>tri-sprintec (28)</i>	28	ZTLIDO.....	5
<i>trivora (28)</i>	28	ZUBSOLV.....	5
<i>tri-vylibra</i>	29	ZYTIGA.....	10
<i>tri-vylibra lo</i>	28		
TRUVADA.....	19		
TWINRIX (PF).....	40		
TYKERB.....	10		
TYPHIM VI.....	40		
ULORIC.....	14		
<i>ursodiol</i>	33		
<i>valacyclovir</i>	20		
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..	22		

Discrimination is Against the Law

Stanford Health Care Advantage (HMO) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. [Name of covered entity] no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Stanford Health Care Advantage:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios de Atención a los miembros.

Si considera que Stanford Health Care Advantage no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Member Care Services

P.O. Box 2336, Dublin, CA 94568-9802

1- 855-996-8422

Advantage@stanfordhealthcare.org

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, los Servicios de Atención a los miembros está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Inglés: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-996-8422 (TTY: 711).

Español: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-996-8422 (TTY: 711).

Chino: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-996-8422 (TTY: 711)

Vietnamita: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-996-8422 (TTY: 711).

Tagalo: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-996-8422 (TTY: 711).

Coreano: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-996-8422 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Armenio: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-855-996-8422 (TTY (հեռախոս) 711):

Persia: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با تماس بگیرید. **1-855-996-8422 (TTY: 711).**

Ruso: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-996-8422 (телефон: 711).

Japonés: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-996-8422 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Árabe:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 855-996-8422 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Panyabí: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-996-8422 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Mon-Jemer, Camboyano: ប្រចាំឆ្នាំ ពីសិនជាមួកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាឌំឡូយផ្លូវតាមភាសាអេក្រិនកិច្ចកម្មូល និងអាណាពាណសំរាប់បំនើម្នាត់ ចូរទូរស័ព្ទ 1-855-996-8422 (TTY: 711)។

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-996-8422 (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-996-8422 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Tailandés: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-996-8422 (TTY: 711).



P.O. Box 2336
Dublin, CA 94568-9802
StanfordHealthCareAdvantage.org

Stanford Health Care Advantage es una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Stanford Health Care Advantage depende de la renovación del contrato.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-996-8422 (TTY: 711). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-996-8422 (TTY: 711). 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-996-8422 (TTY: 711)。

00020019, 6

Este formulario resumido fue actualizado en 10/01/2019. Esta no es una lista completa de los medicamentos que cubre nuestro plan. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros de Stanford Health Care Advantage al 1-855-996-8422 o, para los usuarios de TTY, al 711, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1º de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre., o visite www.StanfordHealthCareAdvantage.org.

H2986_PD20103_C_NS_SPA