Stanford Health Care Advantage
Formulario resumido de 2018
(Lista parcial de medicamentos cubiertos)

Stanford
HEALTH CARE ADVANTAGE

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

00018031, 1

Este formulario resumido fue actualizó en 09/01/2016. Esta no es una lista complete 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 1° de Octubre hasta el 14 de Febrero, y de lunes a viernes* (excepto los días feriados) *desde el 15 de Febrero 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 contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Stanford Health Care Advantage (HMO). Cuando 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, la cual estará en vigencia a partir del 1 de septiembre de 2017. Para obtener un Formulario completo 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 portada posterior.

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 o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2018 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 iv

¿QUÉ SON LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS? IV

¿HAY ALGUNA RESTRICCIÓN EN MI COBERTURA? IV

¿QUÉ PASA SI MI MEDICAMENTO NO ESTÁ EN EL FORMULARIO? V

¿CÓMO SOLICITO QUE SE HAGA UNA EXCEPCIÓN AL FORMULARIO DE STANFORD HEALTH CARE ADVANTAGE HMO? VI

¿QUÉ DEBO HACER ANTES DE HABLAR CON MI MÉDICO SOBRE EL CAMBIO DE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMO O LA SOLICITUD DE UNA EXCEPCIÓN?.....VI

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN VII

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, nuestro plan cubrirá los medicamentos incluidos en el Formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de Stanford Health Care Advantage (HMO) y se cumpla 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 nuestro plan, 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 portada posterior.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2018 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2018, excepto cuando esté disponible un nuevo medicamento genérico de menor costo o cuando se dé a conocer nueva información adversa acerca de la seguridad o eficacia del medicamento. Otros tipos de cambios en el Formulario, como por ejemplo, la eliminación de un medicamento de nuestro Formulario, no afectarán a los miembros que estén actualmente tomando el medicamento. Continuará disponible al mismo costo compartido para aquellos miembros que estén tomándolo por el resto del año de cobertura. Consideramos que es importante que tenga acceso continuo a los medicamentos del Formulario que estaban disponibles cuando eligió nuestro plan durante el resto del año de cobertura, salvo en los casos en los que usted podría ahorrar más dinero o que nosotros podríamos garantizarle su seguridad.

Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad y/o restricciones en tratamientos escalonados en relación con un medicamento, o si pasamos un medicamento a un nivel superior de costo compartido, debemos notificar sobre el cambio a los miembros afectados por el cambio al menos 60 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 60 días. Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro 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. El Formulario adjunto está vigente a partir del 09/01/2017. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. En caso de que hagamos un cambio al Formulario que no sea de mantenimiento, publicaremos una hoja de erratas en nuestro sitio web y enviaremos una carta a los miembros.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para 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 sobre qué categoría debe 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 a 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 FDA ya 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 contar con nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no tienen la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

- **Límites de cantidad:** para determinados medicamentos, Stanford Health Care Advantage (HMO) limita la cantidad del medicamento que cubrirá nuestro plan. Por ejemplo, proveemos 30 píldoras por receta de SILENOR. 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 su afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando 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 que 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 portada posterior.

Puede pedirle a Stanford Health Care Advantage (HMO) que haga una excepción a estas restricciones o estos límites, o puede solicitarle 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 que se haga una excepción al formulario de Stanford Health Care Advantage (HMO)?” en la página v.

¿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 portada posterior.

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 más abajo para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito que se haga una excepción al Formulario de Stanford Health Care Advantage HMO?

Puede pedirle a Stanford Health Care Advantage (HMO) que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay 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 usted 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 usted 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 respecto de una excepción al Formulario, al nivel o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al formulario, al nivel o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalde 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 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 están incluidos en nuestro 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 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 está incluido en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días (a menos que tenga una receta para menos días) cuando acuda a una farmacia de la red. 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 centro de atención a largo plazo, le permitiremos obtener un resurtido de su receta hasta que le hayamos provisto un suministro de transición de por lo menos 91 días, y 98 días como máximo, de manera coherente con el incremento de provisión (a menos que tenga una receta para menos días). Cubriremos más de un resurtido de estos medicamentos durante los primeros 90 días en que usted sea miembro del plan. Si 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 (a menos que tenga una receta para menos días) mientras solicita la excepción al Formulario.

En los casos en que usted 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 para 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: si le dan el alta de un hospital para regresar a su hogar; usted 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; usted 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 otros materiales 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 portada posterior.

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, 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 proporciona información acerca de la cobertura de algunos medicamentos cubiertos por Stanford Health Care Advantage (HMO). Si tiene alguna dificultad para encontrar en la lista el medicamento que toma, 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 portada posterior.

La primera columna de la tabla 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., *doxazosin*).

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.

La segunda columna de la tabla 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 máximo para *un mes***	**Copago para un suministro máximo para *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 selectos)	$2	$6

Niveles de copago por nivel de medicamentos en el servicio farmacéutico de pedido por correo

Nivel	Copago para un suministro máximo para *un mes*	Copago para un suministro máximo para *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 selectos)	$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	Los CMS han determinado que este medicamento es potencialmente dañino y, por lo tanto, un medicamento de alto riesgo para los beneficiarios

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
	medicamentos de alto riesgo	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 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 usted 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 en situaciones catastróficas). Además, si usted recibe *Ayuda Adicional* para pagar sus medicamentos con receta, dicha *Ayuda Adicional*

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
		no está disponible para pagar por este medicamento.
LA	Medicamento de acceso limitado	Estos medicamentos con receta pueden estar disponibles solamente en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Servicio para los miembros al 1-855-996-8422, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre. Llame al 711 para los servicios de TTY.
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. Para obtener más información, llame al Servicio para los miembros al 1-855-996-8422, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre. Llame al 711 para los servicios de TTY.

Table of Contents

Analgesics 3
Anesthetics 5
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents 6
Antianxiety Agents 6
Antibacterials 7
Anticancer Agents 10
Anticholinergic Agents 13
Anticonvulsants 13
Antidementia Agents 15
Antidepressants 15
Antidiabetic Agents 16
Antifungals 18
Antigout Agents 18
Antihistamines 19
Anti-Infectives (Skin And Mucous Membrane) 19
Antimigraine Agents 19
Antimycobacterials 19
Antinausea Agents 20
Antiparasite Agents 20
Antiparkinsonian Agents 20
Antipsychotic Agents 21
Antivirals (Systemic) 22
Blood Products/Modifiers/Volume Expanders 24
Caloric Agents 25
Cardiovascular Agents 26
Central Nervous System Agents 30
Contraceptives 31
Dental And Oral Agents 34
Dermatological Agents 34
Devices 36
Enzyme Replacement/Modifiers 37
Eye, Ear, Nose, Throat Agents 38
Gastrointestinal Agents 39
Genitourinary Agents 41
Heavy Metal Antagonists 41
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying 41

Immunological Agents 45
Inflammatory Bowel Disease Agents 48
Irrigating Solutions 49
Metabolic Bone Disease Agents 49
Miscellaneous Therapeutic Agents 49
Ophthalmic Agents 50
Replacement Preparations 50
Respiratory Tract Agents 51
Skeletal Muscle Relaxants 53
Sleep Disorder Agents 53
Vasodilating Agents 53
Vitamins And Minerals 53

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
Analgesics			
Analgesics, Miscellaneous			
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml		2	QL (2700 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg		2	QL (360 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg	(Tylenol-Codeine #3)	2	QL (360 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	(Tylenol-Codeine #4)	2	QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg	(Capacet)	2	QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg	(Esgic)	2	QL (180 per 30 days)
endocet oral tablet 10-325 mg		2	QL (240 per 30 days)
endocet oral tablet 5-325 mg		2	QL (360 per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg		2	QL (300 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml	(Hycet)	2	QL (2700 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg	(Vicodin HP)	2	QL (390 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	(Lorcet HD)	2	QL (360 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg	(Verdrocet)	2	QL (360 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-300 mg	(Vicodin)	2	QL (390 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	(Norco)	2	QL (360 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-300 mg	(Vicodin ES)	2	QL (390 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	(Lorcet Plus)	2	QL (360 per 30 days)
lorcet (hydrocodone) oral tablet 5-325 mg		2	QL (360 per 30 days)
lorcet hd oral tablet 10-325 mg		2	QL (360 per 30 days)
lorcet plus oral tablet 7.5-325 mg		2	QL (360 per 30 days)
morphine 2 mg/ml carpuject outer, l/f, p/f, sdv 2 mg/ml		2	
morphine 4 mg/ml carpuject outer,l/f,p/f, sdv 4 mg/ml		2	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
morphine 8 mg/ml syringe 8 mg/ml	2	
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)	2	QL (180 per 30 days)
morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml	2	
morphine oral solution 10 mg/5 ml	2	QL (700 per 30 days)
morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	2	QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	4	QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	4	QL (120 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg (MS Contin)	2	QL (60 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg (MS Contin)	2	QL (90 per 30 days)
morphine sulfate 10 mg/ml vial 10 mg/ml	2	
oxycodone oral capsule 5 mg	2	QL (180 per 30 days)
oxycodone oral concentrate 20 mg/ml	2	QL (120 per 30 days)
oxycodone oral solution 5 mg/5 ml	2	QL (1300 per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg	2	QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg (Roxicodone)	2	QL (120 per 30 days)
oxycodone oral tablet 20 mg	2	QL (120 per 30 days)
oxycodone oral tablet 5 mg (Roxicodone)	2	QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg (OxyContin)	2	QL (60 per 30 days)
oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 80 mg (OxyContin)	5	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5 ml	2	QL (1800 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg (Endocet)	2	QL (240 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg (Endocet)	2	QL (360 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg (Endocet)	2	QL (300 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	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
OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 80 MG		3	QL (120 per 30 days)
tramadol oral tablet 50 mg	(Ultram)	1	GC; QL (240 per 30 days)
vicodin es oral tablet 7.5-300 mg		2	QL (390 per 30 days)
vicodin hp oral tablet 10-300 mg		2	QL (390 per 30 days)
vicodin oral tablet 5-300 mg		2	QL (390 per 30 days)
zebutal oral capsule 50-325-40 mg		2	QL (180 per 30 days)
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents			
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg	(Voltaren-XR)	2	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml	(Children's Ibuprofen)	2	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg		1	GC
indomethacin oral capsule 25 mg		1	GC; QL (240 per 30 days)
indomethacin oral capsule 50 mg		1	GC; QL (120 per 30 days)
indomethacin oral capsule, extended release 75 mg		2	QL (60 per 30 days)
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	(Mobic)	1	GC
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg		2	
naproxen oral suspension 125 mg/5 ml	(Naprosyn)	2	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg		1	GC
naproxen oral tablet 500 mg	(Naprosyn)	1	GC
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg, 500 mg	(EC-Naprosyn)	2	
Anesthetics			
Local Anesthetics			
lidocaine hcl injection solution 20 mg/ml (2 %)	(Xylocaine)	2	
lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %		2	
lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)		2	
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	(Lidoderm)	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
lidocaine topical ointment 5 %	2	PA; QL (90 per 30 days)
lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %	2	
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
BUNAVAIL BUCCAL FILM 2.1-0.3 MG	3	QL (30 per 30 days)
BUNAVAIL BUCCAL FILM 4.2-0.7 MG, 6.3-1 MG	3	QL (60 per 30 days)
buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg	2	PA; QL (90 per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg	2	QL (90 per 30 days)
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX ORAL TABLET 1 MG	3	QL (168 per 84 days)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	3	QL (168 per 84 days)
CHANTIX STARTING MONTH BOX ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.5 MG (11)- 1 MG (42)	3	QL (53 per 28 days)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG, 8-2 MG	3	QL (60 per 30 days)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 2-0.5 MG, 4-1 MG	3	QL (30 per 30 days)
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		
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg (Xanax)	1	GC; QL (120 per 30 days)
alprazolam oral tablet 2 mg (Xanax)	1	GC; QL (150 per 30 days)
alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg (Xanax XR)	2	QL (120 per 30 days)

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
alprazolam oral tablet extended release 24 hr 3 mg	(Xanax XR)	2	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Klonopin)	1	GC; QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	(Klonopin)	1	GC; QL (300 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg		2	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg		2	QL (300 per 30 days)
DIASTAT ACUDIAL RECTAL KIT 12.5-15-17.5-20 MG, 5-7.5-10 MG		4	
DIASTAT RECTAL KIT 2.5 MG		4	
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml		2	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)		2	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	(Valium)	1	GC; QL (120 per 30 days)
lorazepam 2 mg/ml oral concent 2 mg/ml	(Lorazepam Intensol)	2	QL (150 per 30 days)
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml		2	QL (150 per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Ativan)	1	GC; QL (90 per 30 days)
lorazepam oral tablet 2 mg	(Ativan)	1	GC; QL (150 per 30 days)
Antibacterials			
Aminoglycosides			
BETHKIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 300 MG/4 ML		5	PA BvD; NM; NDS
neomycin oral tablet 500 mg		1	GC
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG		5	NM; NDS; QL (224 per 28 days)
Antibacterials, Miscellaneous			
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	(Cleocin HCl)	2	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	(Flagyl)	2	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Macrodantin)	2	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
nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg	(Macrobid)	2	QL (60 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		5	PA; NM; NDS; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		5	PA; NM; NDS
Cephalosporins			
cefadroxil oral capsule 500 mg		2	
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml		2	
cefadroxil oral tablet 1 gram		2	
cefdinir oral capsule 300 mg		2	
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml		2	
cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml		2	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	(Keflex)	1	GC
cephalexin oral capsule 750 mg	(Keflex)	2	
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml		2	
cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
Macrolides			
azithromycin intravenous recon soln 500 mg	(Zithromax)	2	
azithromycin oral packet 1 gram	(Zithromax)	2	
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	(Zithromax)	2	
azithromycin oral tablet 250 mg	(Zithromax Z-Pak)	2	
azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)		2	
azithromycin oral tablet 500 mg	(Zithromax TRI-PAK)	2	
azithromycin oral tablet 600 mg	(Zithromax)	2	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml		2	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg		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	NM; LA; NDS
INVANZ INJECTION RECON SOLN 1 GRAM	4	
Penicillins		
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	GC
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml	1	GC
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	1	GC
amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg	1	GC
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml (Augmentin)	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml (Augmentin ES-600)	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg, 875-125 mg (Augmentin)	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg (Augmentin XR)	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet,chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg	2	
dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg	2	
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	2	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
Quinolones		
ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 750 mg	1	GC
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg (Cipro)	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
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml		2	
levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml		2	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	(Levaquin)	2	
ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg		2	
Sulfonamides			
sulfadiazine oral tablet 500 mg		2	
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml		2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml	(Sulfatrim)	2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg	(Bactrim)	1	GC
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg	(Bactrim DS)	1	GC
Tetracyclines			
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg		2	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	(Morgidox)	2	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		2	
doxycycline hyclate oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg, 150 mg, 75 mg		2	
doxycycline hyclate oral tablet,delayed release (dr/ec) 200 mg, 50 mg	(Doryx)	2	
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	(Minocin)	2	
minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg		2	
minocycline oral tablet extended release 24 hr 135 mg, 45 mg, 90 mg		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)

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
anastrozole oral tablet 1 mg	(Arimidex)	1	GC
bicalutamide oral tablet 50 mg	(Casodex)	2	
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG		3	
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	
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
exemestane oral tablet 25 mg	(Aromasin)	2	
hydroxyurea oral capsule 500 mg	(Hydrea)	2	
INLYTA ORAL TABLET 1 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
letrozole oral tablet 2.5 mg	(Femara)	2	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		4	
leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml		2	
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 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, 7.5 MG		5	NM; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		5	NM; NDS
megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg		2	
mercaptopurine oral tablet 50 mg		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
methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml	2	PA BvD
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	2	PA BvD; ST
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml	2	
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
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5 ML	4	
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 (60 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg	2	
TARCEVA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TARCEVA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
tretinoin (chemotherapy) oral capsule 10 mg	5	NM; NDS
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	4	PA BvD; ST
TYKERB ORAL TABLET 250 MG	5	NM; NDS
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; 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
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Anticholinergic Agents			
Antimuscarinics/Antispasmodics			
atropine injection syringe 0.05 mg/ml		2	
propantheline oral tablet 15 mg		2	
Anticonvulsants			
Anticonvulsants			
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	(Carbatrol)	2	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml	(Tegretol)	2	
carbamazepine oral tablet 200 mg	(Epitol)	2	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	(Tegretol XR)	2	
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg		2	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		2	
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg	(Depakote Sprinkles)	2	
divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg	(Depakote ER)	2	
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg	(Depakote)	2	
epitol oral tablet 200 mg		2	
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg	(Neurontin)	2	
gabapentin oral solution 250 mg/5 ml	(Neurontin)	2	
gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg	(Neurontin)	2	
GRALISE 30-DAY STARTER PACK ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 300 MG (9)- 600 MG (69)		4	ST; QL (78 per 30 days)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 300 MG, 600 MG		4	ST; 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
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	(Lamictal)	2	
lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg	(Lamictal XR)	2	
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg	(Lamictal)	2	
lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Lamictal ODT)	2	
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml	(Keppra)	2	
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	(Keppra)	2	
levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg	(Keppra)	2	
levetiracetam oral tablet 750 mg	(Roweepra)	2	
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	(Keppra XR)	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)
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	(Dilantin Extended)	2	
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg	(Phenytek)	2	
ROWEEPRA ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG, 750 MG		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)
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	(Topamax)	2	
topiramate oral capsule,sprinkle,er 24hr 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Qudexy XR)	2	
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 50 mg	(Topamax)	2	
topiramate oral tablet 25 mg	(Topamax)	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
TROKENDI XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 25 MG, 50 MG		4	QL (30 per 30 days)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 200 MG		5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
Antidementia Agents			
Antidementia Agents			
donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg	(Aricept)	2	QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg		2	QL (30 per 30 days)
memantine oral solution 2 mg/ml		2	QL (360 per 30 days)
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg	(Namenda)	2	QL (60 per 30 days)
memantine oral tablets,dose pack 5-10 mg	(Namenda Titration Pak)	2	QL (49 per 28 days)
NAMENDA XR ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7-14-21-28 MG		3	QL (28 per 28 days)
NAMENDA XR ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14 MG, 21 MG, 28 MG, 7 MG		3	QL (30 per 30 days)
Antidepressants			
Antidepressants			
amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg		2	
bupropion hcl oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	(Wellbutrin SR)	2	
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg	(Wellbutrin XL)	2	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml		2	QL (600 per 30 days)
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	(Prozac)	1	GC
fluoxetine oral capsule 40 mg	(Prozac)	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
fluoxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 90 mg	(Prozac Weekly)	2	QL (4 per 28 days)
fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)		2	
fluoxetine oral tablet 10 mg, 20 mg	(Sarafem)	2	
FLUOXETINE ORAL TABLET 60 MG		4	
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(Paxil)	1	GC
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	(Paxil CR)	2	
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, 50 mg		1	GC
trazodone oral tablet 150 mg, 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	
venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg		2	
venlafaxine oral tablet extended release 24hr 225 mg		4	
Antidiabetic Agents			
Antidiabetic Agents, Miscellaneous			
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG		3	ST; QL (60 per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 300 MG		3	ST; QL (30 per 30 days)
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)

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
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)
metformin oral tablet 850 mg	(Glucophage)	6	GC; QL (90 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	(Glucophage XR)	6	GC; QL (120 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	(Glucophage XR)	6	GC; QL (90 per 30 days)
pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	(Actos)	2	QL (30 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		3	QL (30 per 30 days)
VICTOZA 3-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML)		3	QL (9 per 30 days)
Insulins			
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (3 ML)		4	ST; QL (30 per 28 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML		4	ST; QL (30 per 28 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		4	ST; QL (40 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		3	QL (30 per 28 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	QL (40 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)		3	QL (13.5 per 28 days)
Sulfonylureas			
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	(Amaryl)	6	GC; QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	(Amaryl)	6	GC; QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	(Glucotrol)	6	GC; 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
glipizide oral tablet 5 mg	(Glucotrol)	6	GC; QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	(Glucotrol XL)	6	GC; QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg	(Glucotrol XL)	6	GC; QL (30 per 30 days)
Antifungals			
Antifungals			
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg		2	
clotrimazole topical cream 1 %	(Antifungal (clotrimazole))	2	
clotrimazole topical solution 1 %		2	
clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %	(Lotrisone)	2	
clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %		2	
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml	(Diflucan)	2	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	(Diflucan)	2	
ketoconazole oral tablet 200 mg		2	
ketoconazole topical cream 2 %		2	
ketoconazole topical shampoo 2 %	(Nizoral)	2	
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram		2	
nyata topical powder 100,000 unit/gram		2	
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml		2	
nystatin oral tablet 500,000 unit		2	
nystatin topical cream 100,000 unit/gram		2	
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram		2	
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	(Nystop)	2	
nystop topical powder 100,000 unit/gram		2	
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	(Lamisil)	1	GC
Antigout Agents			
Antigout Agents, Other			
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	(Zyloprim)	1	GC
COLCRYS ORAL TABLET 0.6 MG		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
Antihistamines			
Antihistamines			
hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml		2	
hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml		2	
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg		2	
levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml	(Xyzal)	2	
levocetirizine oral tablet 5 mg	(Xyzal)	1	GC
Anti-Infectives (Skin And Mucous Membrane)			
Anti-Infectives (Skin And Mucous Membrane)			
metronidazole vaginal gel 0.75 %	(Metrogel Vaginal)	2	
terconazole vaginal cream 0.4 %	(Terazol 7)	2	
terconazole vaginal cream 0.8 %		2	
terconazole vaginal suppository 80 mg		2	
Antimigraine Agents			
Antimigraine Agents			
rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg	(Maxalt)	2	QL (18 per 28 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg	(Maxalt-MLT)	2	QL (18 per 28 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Imitrex)	2	QL (18 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml	(Imitrex STATdose Kit Refill)	2	QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml	(Imitrex STATdose Pen)	2	QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml	(Imitrex)	2	QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml		2	QL (4 per 28 days)
Antimycobacterials			
Antimycobacterials			
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg		2	
isoniazid oral solution 50 mg/5 ml		2	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg		1	GC
rifampin intravenous recon soln 600 mg	(Rifadin)	2	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	(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			
meclizine oral tablet 12.5 mg		2	
meclizine oral tablet 25 mg	(Dramamine Less Drowsy)	2	
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg	(Zofran ODT)	2	PA BvD
phenadoz rectal suppository 12.5 mg		2	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	(Compazine)	1	GC
promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	(Phenergan)	2	
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		2	
promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	(Promethegan)	2	
promethegan rectal suppository 25 mg, 50 mg		2	
Antiparasite Agents			
Antiparasite Agents			
ALBENZA ORAL TABLET 200 MG		5	NM; NDS
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg	(Malarone)	2	
atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg	(Malarone Pediatric)	2	
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	(Plaquenil)	2	
mefloquine oral tablet 250 mg		2	
Antiparkinsonian Agents			
Antiparkinsonian Agents			
benztropine injection solution 2 mg/2 ml	(Cogentin)	2	
benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		2	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	(Sinemet)	2	
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	(Sinemet CR)	2	
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg		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
pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	(Mirapex)	2	
pramipexole oral tablet 0.5 mg	(Mirapex)	1	GC
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	(Requip)	2	
ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg	(Requip XL)	2	
Antipsychotic Agents			
Antipsychotic Agents			
chlorpromazine injection solution 25 mg/ml		2	
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg		2	
clozapine oral tablet 100 mg	(Clozaril)	2	QL (270 per 30 days)
clozapine oral tablet 200 mg		2	QL (135 per 30 days)
clozapine oral tablet 25 mg	(Clozaril)	2	QL (90 per 30 days)
clozapine oral tablet 50 mg		2	QL (90 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	(FazaClo)	2	ST; QL (90 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	(FazaClo)	2	ST; QL (180 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	(FazaClo)	2	ST; QL (120 per 30 days)
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg		2	
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG		3	QL (30 per 30 days)
olanzapine intramuscular recon soln 10 mg	(Zyprexa)	2	QL (30 per 30 days)
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Zyprexa)	2	QL (30 per 30 days)
olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	(Zyprexa Zydis)	2	QL (30 per 30 days)
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel)	2	QL (90 per 30 days)
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 50 mg	(Seroquel XR)	2	QL (30 per 30 days)
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg	(Seroquel XR)	2	QL (60 per 30 days)
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg	(Seroquel XR)	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
risperidone oral solution 1 mg/ml	(Risperdal)	2	QL (480 per 30 days)
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Risperdal)	2	QL (60 per 30 days)
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg		2	QL (60 per 30 days)
risperidone oral tablet,disintegrating 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	(Risperdal M-TAB)	2	QL (60 per 30 days)
risperidone oral tablet,disintegrating 3 mg, 4 mg	(Risperdal M-TAB)	2	QL (120 per 30 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	(Geodon)	2	QL (60 per 30 days)
Antivirals (Systemic)			
Antiretrovirals			
ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG		5	NM; NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG		5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG		3	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 25 MG		3	
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG		3	
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG		5	NM; NDS
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml	(Kaletra)	2	
NORVIR ORAL CAPSULE 100 MG		3	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML		3	
NORVIR ORAL TABLET 100 MG		3	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		4	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG		3	
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG, 800 MG		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
REYATAZ ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 300 MG	5	NM; NDS
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5	NM; NDS
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
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NM; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	NM; NDS
Antivirals, Miscellaneous		
oseltamivir oral capsule 30 mg (Tamiflu)	2	QL (84 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg (Tamiflu)	2	QL (48 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 75 mg (Tamiflu)	2	QL (42 per 180 days)
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 50 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
TAMIFLU ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 6 MG/ML	3	QL (540 per 180 days)
Hcv Antivirals		
OLYSIO ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 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 6 MILLION UNIT/ML	5	PA NSO; NM; NDS
PEGASYS PROCLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 135 MCG/0.5 ML, 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

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
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	
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg		2	
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg	(Valtrex)	2	
Blood Products/Modifiers/Volume Expanders			
Anticoagulants			
enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml	(Lovenox)	2	
enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml	(Lovenox)	2	
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, 2 mg, 4 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Jantoven)	1	GC
warfarin oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 3 mg, 6 mg	(Coumadin)	1	GC
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG		3	
XARELTO ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)		3	
Blood Formation Modifiers			
EPOGEN 10,000 UNITS/ML VIAL SDV, P/F, OUTER 10,000 UNIT/ML		3	PA; QL (12 per 28 days)
EPOGEN INJECTION SOLUTION 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML		3	PA; QL (12 per 28 days)
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6ML		5	NM; NDS
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML		5	NM; NDS
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML		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
PROCRIT 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)
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML		5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML		5	PA; NM; NDS; QL (6 per 28 days)
Hematologic Agents, Miscellaneous			
anagrelide oral capsule 0.5 mg	(Agrylin)	2	
anagrelide oral capsule 1 mg		2	
tranexamic acid intravenous solution 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)	(Cyklokapron)	2	
tranexamic acid oral tablet 650 mg	(Lysteda)	2	QL (30 per 30 days)
Platelet-Aggregation Inhibitors			
clopidogrel oral tablet 300 mg	(Plavix)	2	
clopidogrel oral tablet 75 mg	(Plavix)	1	GC
EFFIENT ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		4	QL (30 per 30 days)
Caloric Agents			
Caloric Agents			
AMINO ACIDS 15 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %		4	PA BvD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %		4	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D25W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %		4	PA BvD
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
CLINISOL SF 15 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %		4	PA BvD
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution		2	
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %		4	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
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %		4	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION		4	PA BvD
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %		4	PA BvD
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %		4	PA BvD
Cardiovascular Agents			
Alpha-Adrenergic Agents			
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	(Catapres)	1	GC
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Cardura)	2	
Angiotensin Ii Receptor Antagonists			
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	(Avapro)	6	GC
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	(Avalide)	2	
losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Cozaar)	6	GC
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	(Hyzaar)	6	GC
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	(Diovan HCT)	2	
Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors			
benazepril oral tablet 10 mg, 5 mg		6	GC
benazepril oral tablet 20 mg, 40 mg	(Lotensin)	6	GC
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	(Vasotec)	2	
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	(Zestril)	6	GC
lisinopril oral tablet 20 mg	(Prinivil)	6	GC
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Zestoretic)	6	GC
QBRELIS ORAL SOLUTION 1 MG/ML		4	ST
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Altace)	6	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
Antiarrhythmic Agents			
amiodarone intravenous solution 50 mg/ml		2	
amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg	(Pacerone)	2	
amiodarone oral tablet 200 mg	(Pacerone)	1	GC
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg		2	
pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg		2	
pacerone oral tablet 200 mg		1	GC
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg	(Rythmol SR)	2	
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg		2	
Beta-Adrenergic Blocking Agents			
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Tenormin)	1	GC
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	(Coreg)	1	GC
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Toprol XL)	2	
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml	(Lopressor)	2	
metoprolol tartrate intravenous syringe 5 mg/5 ml		2	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg	(Lopressor)	1	GC
metoprolol tartrate oral tablet 25 mg		1	GC
propranolol intravenous solution 1 mg/ml		2	
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	(Inderal LA)	2	
propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)		2	
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg		2	
Calcium-Channel Blocking Agents			
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg		2	
diltiazem 24hr er 180 mg cap 180 mg	(Cartia XT)	2	
diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml		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
diltiazem hcl oral capsule, extended release 180 mg, 360 mg, 420 mg	(Tiazac)	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg		2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 240 mg, 300 mg	(Cardizem CD)	2	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 60 mg	(Cardizem)	2	
diltiazem hcl oral tablet 30 mg	(Cardizem)	1	GC
diltiazem hcl oral tablet 90 mg		2	
dilt-xr oral capsule,ext release degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg		2	
matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg		2	
taztia xt oral capsule, extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg		2	
verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg	(Verelan PM)	2	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg	(Verelan)	2	
verapamil oral tablet 120 mg, 80 mg	(Calan)	1	GC
verapamil oral tablet 40 mg		2	
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	(Calan SR)	1	GC
Cardiovascular Agents, Miscellaneous			
hydralazine injection solution 20 mg/ml		2	
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		2	
RANEXA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 1,000 MG, 500 MG		3	
Dihydropyridines			
afeditab cr oral tablet extended release 30 mg, 60 mg		2	
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Norvasc)	1	GC
amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	(Lotrel)	2	
amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg		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
nifedipine oral capsule 10 mg	(Procardia)	2	
nifedipine oral capsule 20 mg		2	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg	(Procardia XL)	2	
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg	(Adalat CC)	2	
Diuretics			
furosemide injection solution 10 mg/ml		2	
furosemide injection syringe 10 mg/ml		2	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)		2	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lasix)	1	GC
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	(Microzide)	1	GC
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	GC
spironolactone oral tablet 100 mg	(Aldactone)	2	
spironolactone oral tablet 25 mg, 50 mg	(Aldactone)	1	GC
triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg	(Dyazide)	1	GC
triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 50-25 mg		2	
triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg	(Maxzide-25mg)	1	GC
triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 75-50 mg	(Maxzide)	1	GC
Dyslipidemics			
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lipitor)	6	GC
fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg		2	
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg		2	
gemfibrozil oral tablet 600 mg	(Lopid)	1	GC
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg		6	GC
pravastatin oral tablet 10 mg		2	
pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Pravachol)	2	
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Zocor)	6	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
simvastatin oral tablet 80 mg	(Zocor)	6	GC; QL (30 per 30 days)
Renin-Angiotensin-Aldosterone System Inhibitors			
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	(Inspra)	2	
TEKTURNA ORAL TABLET 150 MG, 300 MG		3	ST
Vasodilators			
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg		2	
isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg	(Isordil Titradose)	2	
isosorbide dinitrate oral tablet extended release 40 mg	(ISOCHRON)	2	
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg		2	
isosorbide mononitrate oral tablet 20 mg		1	GC
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 60 mg		2	
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 30 mg		1	GC
Central Nervous System Agents			
Central Nervous System Agents			
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Focalin)	2	QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine oral capsule, extended release 10 mg, 15 mg, 5 mg	(Dexedrine Spansule)	2	QL (120 per 30 days)
dextroamphetamine oral tablet 10 mg	(Zenzedi)	2	QL (180 per 30 days)
dextroamphetamine oral tablet 5 mg	(Dexedrine)	2	QL (180 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg	(Adderall XR)	2	QL (30 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg	(Adderall XR)	2	QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Adderall)	2	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
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg		1	GC
lithium carbonate oral capsule 600 mg		2	
lithium carbonate oral tablet 300 mg		2	
lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg	(Lithobid)	2	
lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg		2	
methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg		2	QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg		2	QL (60 per 30 days)
methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 20 mg, 40 mg	(Ritalin LA)	2	QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 60 mg		2	QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	(Methylin)	2	QL (900 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Ritalin)	2	QL (90 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg		2	QL (90 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg	(Metadate ER)	2	QL (90 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg	(Concerta)	2	QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg	(Concerta)	2	QL (60 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	QL (60 per 30 days)
Contraceptives			
Contraceptives			
aubra oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	
blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)		2	

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)		2	
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)		2	
delyla (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg	(Gianvi (28))	2	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg	(Zarah)	2	
enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)		2	
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	
femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg		2	
gianvi (28) oral tablet 3-0.02 mg		2	
introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg		2	QL (91 per 84 days)
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)		2	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)		2	
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)		2	
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)		2	
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)		2	
larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)		2	
levonor-eth estrad 0.15-0.03 outer 0.15-0.03 mg	(Portia)	2	QL (91 per 84 days)
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Aviane)	2	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg	(Quasense)	2	QL (91 per 84 days)
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Myzilra)	2	QL (91 per 84 days)
levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg		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
lomedia 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	2	
loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg	2	
lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
marlissa oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	1	GC
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2	
mononessa (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg	2	
nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg	2	
noreth-estrad-fe 1-0.02(21)-75 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) (Larin Fe 1/20 (28))	2	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) (Microgestin 24 FE)	2	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg (Tri-Lo-Marzia)	2	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) (Tri-Previfem (28))	2	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg (Sprintec (28))	2	
ocella oral tablet 3-0.03 mg	2	
orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
portia oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg	2	
quasense oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg	2	QL (91 per 84 days)
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg	2	QL (91 per 84 days)
sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg	2	
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
tarina fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2	
tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	2	
tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	2	
tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	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
trinessa (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)		2	
tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)		2	
tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)		2	
trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)		2	
vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg		2	
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	
zarah oral tablet 3-0.03 mg		2	
Dental And Oral Agents			
Dental And Oral Agents			
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	(Peridex)	2	
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %		2	
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	(Oralone)	2	
Dermatological Agents			
Dermatological Agents, Other			
acyclovir topical ointment 5 %	(Zovirax)	2	QL (30 per 30 days)
ammonium lactate topical cream 12 %	(Geri-Hydrolac)	2	
ammonium lactate topical lotion 12 %	(Geri-Hydrolac)	2	
calcipotriene scalp solution 0.005 %		2	
calcipotriene topical cream 0.005 %	(Dovonex)	2	
calcipotriene topical ointment 0.005 %	(Calcitrene)	2	
diclofenac sodium topical drops 1.5 %		2	QL (300 per 30 days)
diclofenac sodium topical gel 3 %	(Solaraze)	5	PA; NM; NDS; QL (100 per 28 days)
fluorouracil topical cream 0.5 %	(Carac)	5	NM; NDS
fluorouracil topical cream 5 %	(Efudex)	2	
fluorouracil topical solution 2 %, 5 %		2	
imiquimod topical cream in packet 5 %	(Aldara)	2	PA NSO; QL (24 per 30 days)
PENNSAID TOPICAL SOLUTION IN METERED-DOSE PUMP 20 MG/GRAM /ACTUATION(2 %)		5	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
TOLAK TOPICAL CREAM 4 %		4	
VOLTAREN TOPICAL GEL 1 %		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
ZOVIRAX TOPICAL CREAM 5 %		5	NM; NDS; QL (5 per 4 days)
Dermatological Antibacterials			
clindamycin phosphate topical foam 1 %	(Evoclin)	2	
clindamycin phosphate topical gel 1 %	(Clindagel)	2	
clindamycin phosphate topical lotion 1 %	(Cleocin T)	2	
clindamycin phosphate topical solution 1 %	(Cleocin T)	2	
clindamycin phosphate topical swab 1 %	(Clindacin ETZ)	2	
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %	(Duac)	2	
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %	(Benzaclin)	2	
metronidazole topical cream 0.75 %	(MetroCream)	2	
metronidazole topical gel 0.75 %	(Rosadan)	2	
metronidazole topical gel 1 %	(Metrogel)	2	
metronidazole topical lotion 0.75 %	(MetroLotion)	2	
neuac topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %		2	
Dermatological Anti-Inflammatory Agents			
ala-cort topical cream 1 %		2	
ala-cort topical cream 2.5 %		1	GC
ala-scalp topical lotion 2 %		2	
clobetasol 0.05% cream 0.05 %	(Temovate)	2	
clobetasol scalp solution 0.05 %	(Cormax)	2	
clobetasol topical foam 0.05 %	(Olux)	2	
clobetasol topical gel 0.05 %		2	
clobetasol topical lotion 0.05 %	(Clobex)	2	
clobetasol topical ointment 0.05 %	(Temovate)	2	
clobetasol topical shampoo 0.05 %	(Clodan)	2	
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %		2	
cormax scalp solution 0.05 %		2	
desonide topical cream 0.05 %	(Tridesilon)	2	
desonide topical lotion 0.05 %	(DesOwen)	2	
desonide topical ointment 0.05 %		2	
fluocinonide topical gel 0.05 %		2	
fluocinonide topical ointment 0.05 %		2	
fluocinonide topical solution 0.05 %		2	
hydrocortisone topical cream 1 %	(Cortizone-10)	1	GC
hydrocortisone topical cream 2.5 %	(Ala-Cort)	1	GC
hydrocortisone topical lotion 2.5 %		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
hydrocortisone topical ointment 1 %	(Anti-Itch (HC))	1	GC
hydrocortisone topical ointment 2.5 %		1	GC
mometasone topical cream 0.1 %	(Elocon)	2	
mometasone topical ointment 0.1 %	(Elocon)	2	
mometasone topical solution 0.1 %		2	
procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %		2	
procto-pak topical cream with perineal applicator 1 %		2	
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %		2	
proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %		2	
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %		1	GC
triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %	(Triderm)	2	
triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %		2	
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %		2	
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %		1	GC
triamcinolone acetonide topical ointment 0.1 %, 0.5 %		2	
tridesilon topical cream 0.05 %		2	
Dermatological Retinoids			
adapalene topical cream 0.1 %	(Differin)	2	
adapalene topical gel 0.1 %	(Differin)	2	
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	(Retin-A)	2	PA
tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %	(Retin-A)	2	PA
Scabicides And Pediculicides			
malathion topical lotion 0.5 %	(Ovide)	2	
permethrin topical cream 5 %	(Elimite)	2	
Devices			
Devices			
BD INSULIN SYR 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"		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
BD ULTRA-FINE PEN NDL 4MMX32G NANO 32 GAUGE X 5/32"	2	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (Monoject Ultra Comfort Insulin)	2	
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (Advocate Pen Needle)	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	
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG	5	NM; NDS
KUVAN ORAL TABLET,SOLUBLE 100 MG	5	NM; NDS
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NM; NDS
PERTZYE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 16,000-57,500-60,500 UNIT	5	NM; NDS
PERTZYE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 4,000-14,375-15,125 UNIT, 8,000-28,750- 30,250 UNIT	4	
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; 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
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-34,000 - 55,000 UNIT, 15,000-51,000 -82,000 UNIT, 20,000-68,000 -109,000 UNIT, 25,000-85,000- 136,000 UNIT, 3,000-10,000- 16,000 UNIT, 40,000-136,000-218,000 UNIT, 5,000-17,000 -27,000 UNIT	3	
Eye, Ear, Nose, Throat Agents		
Eye, Ear, Nose, Throat Agents, Miscellaneous		
azelastine nasal aerosol,spray 137 mcg (0.1 %)	2	QL (30 per 25 days)
azelastine nasal spray,non-aerosol 0.15 % (205.5 mcg) (Astepro)	2	QL (30 per 25 days)
azelastine ophthalmic drops 0.05 %	2	
cromolyn ophthalmic drops 4 %	2	
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 0.03 %	2	QL (30 per 28 days)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 0.06 %	2	QL (15 per 10 days)
olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 % (Patanase)	2	QL (30.5 per 30 days)
olopatadine ophthalmic drops 0.1 % (Patanol)	2	
Eye, Ear, Nose, Throat Anti-Infectives Agents		
erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gram (0.5 %)	2	
gentak ophthalmic ointment 0.3 % (3 mg/gram)	2	
gentamicin ophthalmic drops 0.3 %	2	
MOXEZA OPHTHALMIC DROPS, VISCOUS 0.5 %	3	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % (Maxitrol)	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % (Maxitrol)	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
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml		2	
neomycin-polymyxin-hc otic drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%		2	
neomycin-polymyxin-hc otic solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%		2	
ofloxacin ophthalmic drops 0.3 %	(Ocuflox)	2	
ofloxacin otic drops 0.3 %	(Floxin)	2	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %		4	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC DROPS,SUSPENSION 0.3-0.05 %		3	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic drops,suspension 0.3-0.1 %	(TobraDex)	2	
VIGAMOX OPHTHALMIC DROPS 0.5 %		3	
Eye, Ear, Nose, Throat Anti-Inflammatory Agents			
fluticasone nasal spray,suspension 50 mcg/actuation	(ClariSpray)	1	GC
ketorolac ophthalmic drops 0.4 %	(Acular LS)	2	
ketorolac ophthalmic drops 0.5 %	(Acular)	2	
prednisolone acetate ophthalmic drops,suspension 1 %	(Pred Forte)	2	
RESTASIS OPHTHALMIC DROPPERETTE 0.05 %		3	QL (60 per 30 days)
Gastrointestinal Agents			
Antiulcer Agents And Acid Suppressants			
famotidine oral suspension 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	(Pepcid)	2	
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	(Pepcid)	1	GC
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg		2	
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 40 mg		1	GC
pantoprazole intravenous recon soln 40 mg	(Protonix)	2	
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg	(Protonix)	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
ranitidine hcl injection solution 50 mg/2 ml (25 mg/ml)	(Zantac)	2	
ranitidine hcl oral syrup 15 mg/ml		2	
ranitidine hcl oral tablet 150 mg	(Wal-Zan 150)	1	GC
ranitidine hcl oral tablet 300 mg	(Zantac)	1	GC
Gastrointestinal Agents, Other			
constulose oral solution 10 gram/15 ml		2	
dicyclomine oral capsule 10 mg	(Bentyl)	2	
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml		2	
dicyclomine oral tablet 20 mg		2	
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml		2	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	(Lomotil)	2	
enulose oral solution 10 gram/15 ml		2	
generlac oral solution 10 gram/15 ml		2	
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	(Generlac)	2	
loperamide oral capsule 2 mg	(Imodium A-D)	2	
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml		2	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml		1	GC
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Reglan)	1	GC
ursodiol oral capsule 300 mg	(Actigall)	2	
ursodiol oral tablet 250 mg	(URSO 250)	2	
ursodiol oral tablet 500 mg	(URSO Forte)	2	
Laxatives			
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram		2	
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram		2	
peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(Golytely)	2	
polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gram/dose	(Laxative PEG 3350)	2	
Phosphate Binders			
calcium acetate oral capsule 667 mg		2	
calcium acetate oral tablet 667 mg	(Eliphos)	2	
eliphos oral tablet 667 mg		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
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML		4	
RENVELA ORAL TABLET 800 MG		3	
sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram	(Renvela)	2	
Genitourinary Agents			
Antispasmodics, Urinary			
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml		1	GC
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg		2	
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg	(Ditropan XL)	2	
VESICARE ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		3	
Genitourinary Agents, Miscellaneous			
finasteride oral tablet 5 mg	(Proscar)	1	GC
tamsulosin oral capsule,extended release 24hr 0.4 mg	(Flomax)	2	
Heavy Metal Antagonists			
Heavy Metal Antagonists			
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG		5	PA; NM; NDS
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		5	PA; NM; NDS
EXJADE ORAL TABLET, DISPERSIBLE 125 MG, 250 MG, 500 MG		5	PA; NM; NDS
JADENU ORAL TABLET 180 MG, 360 MG, 90 MG		5	PA; NM; NDS
JADENU SPRINKLE ORAL GRANULES IN PACKET 180 MG, 360 MG, 90 MG		5	PA; NM; NDS
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying			
Androgens			
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HR		3	PA; QL (30 per 30 days)
ANDROGEL TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 20.25 MG/1.25 GRAM (1.62 %)		3	PA; 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
ANDROGEL TRANSDERMAL GEL IN PACKET 1.62 % (20.25 MG/1.25 GRAM), 1.62 % (40.5 MG/2.5 GRAM)		3	PA; QL (150 per 30 days)
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml	(Depo-Testosterone)	2	PA
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)	(AndroGel)	2	PA; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)	(Vogelxo)	2	PA; QL (300 per 30 days)
Estrogens And Antiestrogens			
ESTRACE VAGINAL CREAM 0.01 % (0.1 MG/GRAM)		3	
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	(Estrace)	2	
estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr	(Vivelle-Dot)	2	QL (8 per 28 days)
estradiol transdermal patch semiweekly 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	(Minivelle)	2	QL (8 per 28 days)
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)	2	QL (4 per 28 days)
ESTRING VAGINAL RING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR)		4	QL (1 per 84 days)
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG		3	
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	
yuvafem vaginal tablet 10 mcg		2	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoids/Mineralocorticoids			
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	(Medrol)	2	PA BvD
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg	(Medrol (Pak))	2	PA BvD

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml)		2	PA BvD
prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	(Pediapred)	2	PA BvD
prednisone oral solution 5 mg/5 ml		2	PA BvD
prednisone oral tablet 1 mg		2	PA BvD
prednisone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg		1	PA BvD; GC
prednisone oral tablet 20 mg	(Deltasone)	1	PA BvD; GC
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)		2	PA BvD
Pituitary			
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)	(DDAVP)	2	
desmopressin injection solution 4 mcg/ml	(DDAVP)	2	
desmopressin nasal solution 0.1 mg/ml (refrigerate)	(DDAVP)	2	
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)		2	
desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	(DDAVP)	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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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 CLICK.EASY 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
STIMATE NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 150 MCG/SPRAY (0.1 ML)	4	
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 SOLUTION 400 MG/ML	4	QL (10 per 28 days)
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml (Depo-Provera)	2	QL (1 per 84 days)
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Provera)	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
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	(Prometrium)	2	
Thyroid And Antithyroid Agents			
levothyroxine intravenous recon soln 100 mcg		5	NM; NDS
levothyroxine oral tablet 100 mcg, 125 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 75 mcg	(Levoxyl)	2	
levothyroxine oral tablet 112 mcg, 300 mcg	(Unithroid)	2	
levothyroxine oral tablet 137 mcg, 88 mcg	(Levo-T)	2	
levothyroxine oral tablet 25 mcg	(Levo-T)	1	GC
levothyroxine oral tablet 50 mcg	(Unithroid)	1	GC
liothyronine intravenous solution 10 mcg/ml	(Triostat)	2	
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	(Cytomel)	2	
Immunological Agents			
Immunological Agents			
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG		4	PA BvD
azathioprine oral tablet 50 mg	(Imuran)	2	PA BvD
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
cyclosporine modified oral capsule 100 mg	(Neoral)	2	PA BvD
cyclosporine modified oral capsule 25 mg, 50 mg	(Gengraf)	2	PA BvD
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	(Gengraf)	2	PA BvD
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)		5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5ML (0.51), 50 MG/ML (0.98 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
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (0.98 ML)	5	PA; NM; NDS
ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	4	PA BvD
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	PA BvD
gengraf oral solution 100 mg/ml	2	PA BvD
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S START SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML, 40 MG/0.8 ML (6 PACK)	5	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS 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
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg (Arava)	2	
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg (CellCept)	2	PA BvD
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml (CellCept)	5	PA BvD; NM; NDS
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg (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 INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA BvD
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 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
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
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg (Prograf)	2	PA BvD
XELJANZ ORAL TABLET 5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
Vaccines		
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 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 SUSPENSION 10 MCG/0.5 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	3	
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	3	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 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
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
RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5 ML VL OUTER, P/F, SDV 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 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	
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	
CANASA RECTAL SUPPOSITORY 1,000 MG	3	
DELZICOL ORAL CAPSULE (WITH DEL REL TABLETS) 400 MG	3	
LIALDA ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 1.2 GRAM	3	
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 800 mg (Asacol HD)	2	
sulfasalazine oral tablet 500 mg (Azulfidine)	2	
sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg (Azulfidine EN-tabs)	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
Irrigating Solutions			
Irrigating Solutions			
sodium chloride irrigation solution 0.9%	(Sterile Saline)	2	
water for irrigation, sterile irrigation solution	(Curity Sterile Water)	2	
Metabolic Bone Disease Agents			
Metabolic Bone Disease Agents			
alendronate oral solution 70 mg/75 ml		2	QL (300 per 28 days)
alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg		1	GC
alendronate oral tablet 35 mg		1	GC; QL (4 per 28 days)
alendronate oral tablet 40 mg		2	
alendronate oral tablet 70 mg	(Fosamax)	1	GC; QL (4 per 28 days)
calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml		2	
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	(Rocaltrol)	2	
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	(Rocaltrol)	2	
ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml		2	QL (3 per 84 days)
ibandronate oral tablet 150 mg	(Boniva)	2	QL (1 per 28 days)
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG		3	QL (60 per 30 days)
SENSIPAR ORAL TABLET 60 MG		5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SENSIPAR ORAL TABLET 90 MG		5	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Miscellaneous Therapeutic Agents			
Miscellaneous Therapeutic Agents			
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		4	
hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg		2	
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg	(Vistaril)	2	
leucovorin calcium 200 mg vial latex-free, p/f, sdv 200 mg		2	
leucovorin calcium injection recon soln 100 mg, 350 mg		2	
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg		2	
levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml	(Carnitor)	2	
levocarnitine oral tablet 330 mg	(Carnitor)	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
MESTINON ORAL SYRUP 60 MG/5 ML		5	NM; NDS
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	(Mestinon)	2	
pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg	(Mestinon Timespan)	2	
Ophthalmic Agents			
Antiglaucoma Agents			
ALPHAGAN P OPHTHALMIC DROPS 0.1 %		3	
bimatoprost ophthalmic drops 0.03 %		2	
brimonidine ophthalmic drops 0.15 %	(Alphagan P)	2	
brimonidine ophthalmic drops 0.2 %		1	GC
dorzolamide-timolol ophthalmic drops 22.3-6.8 mg/ml	(Cosopt)	2	
latanoprost ophthalmic drops 0.005 %	(Xalatan)	2	
LUMIGAN OPHTHALMIC DROPS 0.01 %		3	QL (2.5 per 25 days)
timolol maleate ophthalmic drops 0.25 %, 0.5 %	(Timoptic)	1	GC
timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	(Timoptic-XE)	2	
Replacement Preparations			
Replacement Preparations			
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution		2	
dextrose 5 %-lactated ringers intravenous parenteral solution		2	
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq		2	
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq		2	
klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq		2	
klor-con sprinkle oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq		2	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l		2	

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
potassium chloride intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 20 meq/100 ml, 40 meq/100 ml		2	
potassium chloride intravenous solution 2 %, 2 meq/ml		2	
potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq	(Klor-Con Sprinkle)	2	
potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml		2	
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq	(Klor-Con 10)	2	
potassium chloride oral tablet extended release 20 meq, 8 meq	(K-Tab)	2	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq	(Klor-Con M10)	2	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq	(Klor-Con M20)	2	
potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)	(Urocit-K 10)	2	
potassium citrate oral tablet extended release 15 meq	(Urocit-K 15)	2	
potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)	(Urocit-K 5)	2	
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %		2	
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution 0.9 %		2	
sodium chloride intravenous parenteral solution 2.5 meq/ml		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		3	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)

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
QVAR INHALATION AEROSOL 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION	3	QL (17.4 per 25 days)
Antileukotrienes		
montelukast oral granules in packet 4 mg (Singulair)	2	
montelukast oral tablet 10 mg (Singulair)	1	GC
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg (Singulair)	2	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg (Accolate)	2	
Bronchodilators		
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 5 mg/ml	2	PA BvD
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml	2	
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg	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
PROAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION	3	
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	3	
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	3	
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	3	
VENTOLIN HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION	4	ST

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
Respiratory Tract Agents, Other			
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)		2	PA BvD
DALIRESP ORAL TABLET 500 MCG		3	QL (30 per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG		5	PA; NM; NDS
Skeletal Muscle Relaxants			
Skeletal Muscle Relaxants			
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg		2	
cyclobenzaprine oral tablet 7.5 mg	(Fexmid)	2	
methocarbamol oral tablet 500 mg	(Robaxin)	2	
methocarbamol oral tablet 750 mg	(Robaxin-750)	2	
Sleep Disorder Agents			
Sleep Disorder Agents			
zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg	(Sonata)	2	QL (60 per 30 days)
zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg	(Ambien)	2	QL (30 per 30 days)
zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg	(Ambien CR)	2	QL (30 per 30 days)
Vasodilating Agents			
Vasodilating Agents			
ADCIRCA ORAL TABLET 20 MG		5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CIALIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
sildenafil intravenous solution 10 mg/12.5 ml	(Revatio)	5	PA; NM; NDS; QL (37.5 per 1 day)
sildenafil oral tablet 20 mg	(Revatio)	2	PA; QL (90 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG, 62.5 MG		5	PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
Vitamins And Minerals			
Vitamins And Minerals			
fluoride (sodium) oral tablet 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)		2	
pnv prenatal plus multivit tab s/f, gluten-free 27 mg iron- 1 mg		3	ALL RX PRENATAL VITAMINS COVERABLE UNDER PART D

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
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	3	ALL RX PRENATAL VITAMINS COVERABLE UNDER PART D
sodium fluoride 0.5 mg/ml drop d/f, s/f,gluten-free 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml	2	

INDEX

acetaminophen-codeine 3
acetylcysteine 53
acyclovir 24, 34
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 47
adapalene 36
ADCIRCA 53
ADVAIR DISKUS 51
ADVAIR HFA 51
afeditab cr 28
AFINITOR 10
AFINITOR DISPERZ 10
ala-cort 35
ala-scalp 35
ALBENZA 20
albuterol sulfate 52
alendronate 49
allopurinol 18
ALPHAGAN P 50
alprazolam 6, 7
AMINO ACIDS 15 % 25
amiodarone 27
amitriptyline 15
amlodipine 28
amlodipine-benazepril 28
ammonium lactate 34
amoxicillin 9
amoxicillin-pot clavulanate 9
anagrelide 25
anastrozole 11
ANDRODERM 41
ANDROGEL 41, 42
APRISO 48
ASTAGRAF XL 45
atenolol 27
atorvastatin 29
atovaquone-proguanil 20
ATRIPLA 22
atropine 13
ATROVENT HFA 52
aubra 31
aviane 31
AVONEX 30
azathioprine 45
azelastine 38
azithromycin 8
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 36
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLES 37
benazepril 26
benztropine 20
BETHKIS 7
bicalutamide 11
bimatoprost 50
blisovi 24 fe 31
blisovi fe 1.5/30 (28) 32
blisovi fe 1/20 (28) 32
BOOSTRIX TDAP 47
brimonidine 50
BUNAVAIL 6
buprenorphine hcl 6
buprenorphine-naloxone 6
bupropion hcl 15
butalbital-acetaminophen-caff 3
calcipotriene 34
calcitriol 49
calcium acetate 40
CANASA 48
carbamazepine 13
carbidopa-levodopa 20
cartia xt 27
carvedilol 27
CAYSTON 9
cefadroxil 8
cefdinir 8
cefprozil 8
cefuroxime axetil 8
cephalexin 8
CHANTIX 6
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX 6
CHANTIX STARTING MONTH BOX 6
chlorhexidine gluconate 34
chlorpromazine 21
CIALIS 53
CIMZIA 45
CIMZIA POWDER FOR RECONST 45
ciprofloxacin hcl 9
citalopram 15
clarithromycin 8
clindamycin hcl 7
clindamycin phosphate 35
clindamycin-benzoyl peroxide 35
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 25
CLINIMIX E 4.25%/D25W SUL FREE 25
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 25
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 25
CLINISOL SF 15 % 25
clobetasol 35
clobetasol-emollient 35
clonazepam 7
clonidine hcl 26
clopidogrel 25
clotrimazole 18
clotrimazole-betamethasone 18
clozapine 21
COLCRYS 18

COMBIVENT RESPIMAT ... 52
COMPLERA ... 22
constulose ... 40
cormax ... 35
CREON ... 37
cromolyn ... 38
CUPRIMINE ... 41
cyclobenzaprine ... 53
cyclosporine modified ... 45
d5 %-0.45 % sodium chloride ... 50
DALIRESP ... 53
dapsone ... 19
delyla (28) ... 32
DELZICOL ... 48
DEPEN TITRATABS ... 41
DEPO-PROVERA ... 44
desmopressin ... 43
desonide ... 35
dexmethylphenidate ... 30
dextroamphetamine ... 30
dextroamphetamine-amphetamine ... 30
dextrose 5 % in water (d5w) ... 25
dextrose 5 %-lactated ringers ... 50
DIASTAT ... 7
DIASTAT ACUDIAL ... 7
diazepam ... 7
diazepam intensol ... 7
diclofenac sodium ... 5, 34
dicloxacillin ... 9
dicyclomine ... 40
DILANTIN ... 13
diltiazem hcl ... 27, 28
dilt-xr ... 28
diphenoxylate-atropine ... 40
divalproex ... 13
donepezil ... 15
dorzolamide-timolol ... 50
doxazosin ... 26
doxy-100 ... 10
doxycycline hyclate ... 10
drospirenone-ethinyl estradiol ... 32
DROXIA ... 11
EFFIENT ... 25
ELIGARD ... 11
ELIGARD (3 MONTH) ... 11
ELIGARD (4 MONTH) ... 11
ELIGARD (6 MONTH) ... 11
eliphos ... 40
ELMIRON ... 49
enalapril maleate ... 26
ENBREL ... 45
ENBREL SURECLICK ... 46
endocet ... 3
ENGERIX-B (PF) ... 47
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) ... 47
enoxaparin ... 24
enpresse ... 32
enulose ... 40
ENVARSUS XR ... 46
epitol ... 13
eplerenone ... 30
EPOGEN ... 24
ERIVEDGE ... 11
erythromycin ... 38
escitalopram oxalate ... 15
ESTRACE ... 42
estradiol ... 42
ESTRING ... 42
exemestane ... 11
EXJADE ... 41
FABRAZYME ... 37
falmina (28) ... 32
famciclovir ... 24
famotidine ... 39
femynor ... 32
fenofibrate ... 29
fenofibrate micronized ... 29
finasteride ... 41
flecainide ... 27
fluconazole ... 18
fluocinonide ... 35
fluoride (sodium) ... 53, 54
fluorouracil ... 34
fluoxetine ... 15, 16
FLUOXETINE ... 16
fluticasone ... 39
furosemide ... 29
gabapentin ... 13
gavilyte-c ... 40
gavilyte-g ... 40
gemfibrozil ... 29
generlac ... 40
gengraf ... 46
GENOTROPIN ... 43
GENOTROPIN MINIQUICK ... 43
gentak ... 38
gentamicin ... 38
gianvi (28) ... 32
glimepiride ... 17
glipizide ... 17, 18
GRALISE ... 13
GRALISE 30-DAY STARTER PACK ... 13
haloperidol ... 21
HAVRIX (PF) ... 47
HUMALOG ... 17
HUMALOG KWIKPEN ... 17
HUMATROPE ... 43
HUMIRA ... 46
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S START ... 46
HUMIRA PEN ... 46
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS START ... 46
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS ... 46
hydralazine ... 28

hydrochlorothiazide 29
hydrocodone-acetaminophen 3
hydrocortisone 35, 36
hydroxychloroquine 20
hydroxyurea 11
hydroxyzine hcl 19
hydroxyzine pamoate 49
ibandronate 49
ibuprofen 5
imiquimod 34
indomethacin 5
INLYTA 11
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 37
INTRALIPID 25
INTRON A 23
introvale 32
INVANZ 9
INVOKANA 16
ipratropium bromide 38, 52
irbesartan 26
irbesartan-hydrochlorothiazide .26
ISENTRESS 22
isoniazid 19
isosorbide dinitrate 30
isosorbide mononitrate 30
JADENU 41
JADENU SPRINKLE 41
JAKAFI 11
jantoven 24
JANUMET 16
JANUMET XR 16
JANUVIA 17
junel fe 1.5/30 (28) 32
junel fe 1/20 (28) 32
junel fe 24 32
KALETRA 22
ketoconazole 18
ketorolac 39
klor-con m10 50
klor-con m15 50
klor-con m20 50
klor-con sprinkle 50
KUVAN 37
lactulose 40
lamotrigine 14
LANTUS 17
LANTUS SOLOSTAR 17
larin fe 1.5/30 (28) 32
larin fe 1/20 (28) 32
larissia 32
latanoprost 50
LATUDA 21
leflunomide 46
lessina 32
letrozole 11
leucovorin calcium 49
LEUKERAN 11
leuprolide 11
levetiracetam 14
levocarnitine 49
levocarnitine (with sugar) 49
levocetirizine 19
levofloxacin 10
levonest (28) 32
levonorgestrel-ethinyl estrad 32
levonorg-eth estrad triphasic 32
levora-28 32
levothyroxine 45
LIALDA 48
lidocaine 5, 6
lidocaine hcl 5
lidocaine viscous 6
liothyronine 45
lisinopril 26
lisinopril-hydrochlorothiazide ...26
lithium carbonate 31
lomedia 24 fe 33
loperamide 40
lopinavir-ritonavir 22
lorazepam 7
lorazepam intensol 7
lorcet (hydrocodone) 3
lorcet hd 3
lorcet plus 3
loryna (28) 33
losartan 26
losartan-hydrochlorothiazide 26
lovastatin 29
LUMIGAN 50
LUPRON DEPOT 11
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 11
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 11
lutera (28) 33
LYRICA 14
LYSODREN 11
malathion 36
marlissa 33
matzim la 28
meclizine 20
medroxyprogesterone 44
mefloquine 20
megestrol 11
meloxicam 5
memantine 15
MENACTRA (PF) 47
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 48
mercaptopurine 11
mesalamine 48
MESTINON 50
metformin 17
methocarbamol 53
methotrexate sodium 12
methylphenidate hcl 31
methylprednisolone 42

metoclopramide hcl 40
metoprolol succinate 27
metoprolol tartrate 27
metronidazole 7, 19, 35
microgestin fe 1.5/30 (28) 33
microgestin fe 1/20 (28) 33
minocycline 10
mometasone 36
mononessa (28) 33
montelukast 52
morphine 3, 4
MORPHINE 4
morphine concentrate 4
MOXEZA 38
mycophenolate mofetil 46
nabumetone 5
NAMENDA XR 15
naproxen 5
neomycin 7
neomycin-polymyxin b-dexameth 38
neomycin-polymyxin-hc 39
neuac 35
NEULASTA 24
NEUPOGEN 24
NEXAVAR 12
nifedipine 29
nikki (28) 33
nitrofurantoin macrocrystal 7
nitrofurantoin monohydlm-cryst 8
NORDITROPIN FLEXPRO 44
norethindrone-e.estradiol-iron 33
norgestimate-ethinyl estradiol 33
NORVIR 22
NUTRILIPID 26
NUTROPIN AQ NUSPIN 44
nyamyc 18
nyata 18
nystatin 18
nystop 18
ocella 33
ofloxacin 10, 39
olanzapine 21
olopatadine 38
OLYSIO 23
omeprazole 39
OMNITROPE 44
ondansetron 20
ORENCIA 46
ORENCIA CLICKJECT 46
ORFADIN 37
orsythia 33
oseltamivir 23
oxybutynin chloride 41
oxycodone 4
oxycodone-acetaminophen 4
OXYCONTIN 4, 5
pacerone 27
paclitaxel 12
pantoprazole 39
paroxetine hcl 16
PAXIL 16
peg 3350-electrolytes 40
PEGASYS 23
PEGASYS PROCLICK 23
PEN NEEDLE, DIABETIC 37
penicillin v potassium 9
PENNSAID 34
periogard 34
permethrin 36
PERTZYE 37
phenadoz 20
phenytoin sodium extended 14
PHOSLYRA 41
pioglitazone 17
polyethylene glycol 3350 40
POMALYST 12
portia 33
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 50
potassium chloride 51
potassium citrate 51
pramipexole 21
pravastatin 29
prednisolone acetate 39
prednisolone sodium phosphate 43
prednisone 43
PREMARIN 42
PREMPHASE 42
PREMPRO 42
prenatal plus (calcium carb) 53
prenatal vitamin plus low iron 54
previfem 33
PREZISTA 22
PROAIR HFA 52
PROAIR RESPICLICK 52
prochlorperazine maleate 20
PROCRIT 25
procto-med hc 36
procto-pak 36
proctosol hc 36
proctozone-hc 36
progesterone micronized 45
PROGRAF 46
promethazine 20
promethegan 20
propafenone 27
propantheline 13
propranolol 27
PROSOL 20 % 26
PULMOZYME 37
PURIXAN 12
pyridostigmine bromide 50
QBRELIS 26
quasense 33
quetiapine 21
QVAR 52
ramipril 26

RANEXA 28
ranitidine hcl 40
RECOMBIVAX HB (PF) 48
RENVELA 41
RESTASIS 39
REVLIMID 12
REYATAZ 23
rifampin 19
risperidone 22
rizatriptan 19
ropinirole 21
ROWEEPRA 14
SAIZEN 44
SAIZEN CLICK.EASY 44
SAVELLA 31
SENSIPAR 49
SEROSTIM 44
sertraline 16
setlakin 33
sevelamer carbonate 41
sildenafil 53
SIMPONI 47
SIMPONI ARIA 46
simvastatin 29, 30
sodium chloride 49, 51
sodium chloride 0.45 % 51
sodium chloride 0.9 % 51
SOLTAMOX 12
SOVALDI 23
SPIRIVA RESPIMAT 52
SPIRIVA WITH HANDIHALER 52
spironolactone 29
sprintec (28) 33
SPRITAM 14
SPRYCEL 12
sronyx 33
STIMATE 44
STIVARGA 12
STRIBILD 23
SUBOXONE 6
sulfadiazine 10
sulfamethoxazole-trimethoprim 10
sulfasalazine 48
sumatriptan succinate 19
SUTENT 12
SYNAGIS 23
tacrolimus 47
TAMIFLU 23
tamoxifen 12
tamsulosin 41
TARCEVA 12
tarina fe 1/20 (28) 33
TASIGNA 12
taztia xt 28
TEKTURNA 30
terbinafine hcl 18
terconazole 19
testosterone 42
testosterone cypionate 42
timolol maleate 50
TOBI PODHALER 7
TOBRADEX 39
TOBRADEX ST 39
tobramycin-dexamethasone 39
TOLAK 34
topiramate 14
TOUJEO SOLOSTAR 17
TRACLEER 53
TRADJENTA 17
tramadol 5
tranexamic acid 25
TRAVASOL 10 % 26
trazodone 16
tretinoin 36
tretinoin (chemotherapy) 12
TREXALL 12
triamcinolone acetonide 34, 36
triamterene-hydrochlorothiazid 29
tridesilon 36
tri-legest fe 33
tri-lo-estarylla 33
tri-lo-sprintec 33
trinessa (28) 34
tri-previfem (28) 34
tri-sprintec (28) 34
trivora (28) 34
TROKENDI XR 15
TROPHAMINE 10 % 26
TRUVADA 23
TWINRIX (PF) 48
TYKERB 12
TYPHIM VI 48
ursodiol 40
valacyclovir 24
valsartan-hydrochlorothiazide .. 26
VAQTA (PF) 48
venlafaxine 16
VENTOLIN HFA 52
verapamil 28
VERSACLOZ 22
VESICARE 41
vestura (28) 34
vicodin 5
vicodin es 5
vicodin hp 5
VICTOZA 17
vienva 34
VIGAMOX 39
VIREAD 23
VOLTAREN 34
VOTRIENT 12
warfarin 24
water for irrigation, sterile 49
XALKORI 12
XARELTO 24
XELJANZ 47
XELJANZ XR 47
XIFAXAN 8
XOLAIR 53

XTANDI 13
yuvafem 42
zafirlukast 52
zaleplon 53
zarah 34
zebutal 5
ZELBORAF 13
ZENPEP 38
ziprasidone hcl 22
zolpidem 53
ZOMACTON 44
ZORBTIVE 44
ZOSTAVAX (PF) 48
ZOVIRAX 35
ZUBSOLV 6
ZYTIGA 13

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. 72530, Oakland, CA 94612-8730
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 (հեռատիպ)՝ 711):

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

Ruso: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-996-8422 (телетайп: 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: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 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).

Stanford
HEALTH CARE ADVANTAGE

P.O. Box 72530
Oakland, CA 94612
StanfordHealthCareAdvantage.org

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

El Formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibra un aviso cuando sea necesario

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.
Llame al 1-855-996-8422 o, para los usuarios de 711, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de Octubre hasta el 14 de Febrero, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 15 de Febrero hasta el 30 de Septiembre.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you.
Call 1-855-996-8422 or, for TTY users, 711, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas) from October 1 through February 14, and Monday to Friday (except holidays) from February 15 through September 30.

00018031, 1
Este formulario resumido fue actualizó en 09/01/2016. Esta no es una lista complete 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 1° de Octubre hasta el 14 de Febrero, y de lunes a viernes* (excepto los días feriados) *desde el 15 de Febrero hasta el 30 de Septiembre., o visite www.StanfordHealthCareAdvantage.org.*

H2986_PD18_103s Accepted 2017