

2015 Member Formulary

2015 Formulario de Miembros

# formulary



Preferred Drug List  
Generic Medication Policy  
Dispensing Limitations  
Prescribing Guidelines

Lista de Medicamentos Preferidos  
Reglas de Medicamentos Genéricos  
Dispensando Limitaciones  
Directriz de Recetas



## INTRODUCTION

For the most up-to-date information about National Pharmaceutical Services/Pharmaceutical Technologies, Inc.' (P.T.I.) Formulary (the Formulary), please see the Formulary information on our website at [www.pti-nps.com](http://www.pti-nps.com). This Formulary includes most, but not all, therapeutic classes of prescription drugs and is subject to change at any time upon review by PTI. Our national Formulary is reviewed each quarter by a Pharmacy and Therapeutics (P&T) Committee. The Formulary applies only to outpatient prescription medications dispensed by participating pharmacies. It does not apply to inpatient medications or the medications obtained from and/or administered by a physician. All information in the Formulary is provided as a reference for drug therapy selection. Physicians and pharmacists are encouraged to review the Formulary and utilize it when prescribing for our members. This is extremely important since a member's prescription benefit is based on medications being prescribed from the Formulary. The Formulary is not intended to interfere with independent medical judgment that is based upon the patient-physician relationship. The final choice of specific drug selection for an individual patient rests solely with the prescriber. Products on the Formulary may not include all strengths or dosage forms associated with the brand name product. All drugs included on the Formulary are not necessarily covered by each member's prescription drug benefit plan. The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans. Coverage of listed products will be subject to limitations of the prescription drug benefit plan design. Members should consult their prescription drug benefit manual or contact a customer service representative to determine specific coverage.

## DEVELOPMENT OF THE DRUG FORMULARY

The multitude of drugs available in the consumer market makes it mandatory that plans introduce a sound program of drug usage. This tool is developed to ensure members receive the best care and protection possible in a cost-effective manner. Such a program should involve the thorough evaluation, selection, and use of medicinal agents. This is the basis for rational drug therapy. The concept of a Formulary provides a method for achieving rational drug therapy in a cost-effective manner, while providing optimal therapeutic outcomes for the member. The Formulary is the cornerstone of drug therapy quality assurance and cost containment efforts. A Formulary supports and maximizes the effectiveness of prescribing guidelines and protocols for therapy. As such, the development and maintenance of the Formulary is necessarily an on-going and dynamic process.

The Formulary is a continually revised compilation of pharmaceuticals which reflects the current clinical judgment of the Pharmacy and Therapeutics Committee as they evaluate, appraise, and select from the numerous available medicinal agents and dosage forms that are considered most useful in patient care. The P&T Committee considers published scientific and clinical data, treatment guidelines, FDA approved indications, plan utilization and cost in the selection process. It is the ultimate goal of the P&T Committee to make the Formulary comprehensive, pro-active, and easy to use.

The Formulary system also serves other purposes. By minimizing duplication, it lowers the costs to clients of PTI of providing the prescription drug card benefit to its members. All of these factors result in lower drug costs for the drug benefit plan. Some drugs that are included in the Formulary may be excluded from coverage under certain benefit plans. The Formulary is designed around the drug product's ability to restore the member's health and sustain or improve their quality of life. As you use the Formulary, we invite your suggestions to improve the format or content. On behalf of our self-insured employer groups, Pharmacy SmartCard members, and all at-risk plans, we want to thank you for your cooperation in using our global Formulary.

## MENTAL HEALTH PARITY ACT

The Mental Health Parity and Addiction Equity Act referred to as (MHPEA) of 2008 and its accompanying interim final rules require that management for mental health and substance use disorder medications follow the same development approach and rules as medications for other conditions.

The NPS formulary has subdivided the prescription drug classification into tiers and applies the general parity requirement separately to each tier of prescription drug benefits. For plans that impose different levels of financial requirements on different tiers (i.e. a tiered benefit plan) of prescription drugs, these factors are based on reasonable factors (such as cost, efficacy, generic versus brand name, and mail order versus pharmacy pick-up), and determined in accordance with the requirements for non-quantitative treatment limitations, and without regard to whether a drug is generally prescribed with respect to medical/surgical benefits or mental health or substance use disorder benefits. Since the NPS formulary and tiering structure is developed the same with the same principles applied to all categories of medication, with no specific criterion differentiating mental health drugs, and does not require more restrictive requirements for drugs prescribed for mental health conditions and substance use disorders than any other general medical/surgical use drug; the NPS formulary is in compliance with this regulation.

## PHARMACY AND THERAPEUTICS (P&T) COMMITTEE

The P&T Committee includes physicians and pharmacists. They must adhere to the standards of the ethics policy set forth by the P&T Committee. They review the medications in each therapeutic class for efficacy, adverse events, and cost of treatment, and then select agents in each category for inclusion/exclusion in the Formulary. The maintenance of the Formulary is a dynamic process, and new medications and information concerning existing medications are continually reviewed by the P&T Committee.

## PRODUCT SELECTION CRITERIA

When a new drug is considered for Formulary inclusion, an attempt will be made to examine the drug relative to similar drugs currently on Formulary. In addition, entire therapeutic classes are periodically reviewed. The class review process may result in deletion or non-Formulary (NF) status of drug(s) in a particular therapeutic class, in an effort to continually promote the most clinically useful and cost-effective agents.

A central factor in successful management of the Formulary is the review and evaluation of the drug products available in the consumer market and a means to make changes to the Formulary in response to changing therapies and economic factors. The P&T Committee utilizes the following criterion in the evaluation of product selection for the Formulary:

- a) The drug product must demonstrate unequivocal safety for medical use.
- b) The drug product must be efficacious and be medically necessary for the treatment, maintenance, or prophylaxis of a medical condition.
- c) The drug product does not have alternative/similar agents on the Formulary that could be substituted.
- d) The drug product must demonstrate a therapeutic outcome.
- e) The medical community must accept the drug product for use.
- f) The drug product must have an equitable cost ratio for the treatment of the medical condition.

## FORMULARY CONTROL MEASURES

To promote the most appropriate utilization of selected high risk or higher cost medications, PTI will use one of or a combination of the following to enforce Formulary compliance. (1) NDC lock and block at the point of sale, (2) Formulary filling fee incentives for pharmacists, (3) co-pay differentials for members, (4) on-line Formulary messaging, (5) prior authorization, (6) dollar limits per claim before prior authorization and (7) quantity limitations. The P&T Committee has established Formulary criteria with input from participating physicians and consideration of current medical literature.

## FORMULARY MODIFICATION/QUESTIONS

If a physician requests that a new or existing medication be considered for addition to the Formulary, a letter indicating the significant advantages of the drug product over current Formulary medications in this class should be mailed to the following address: Chairman, Pharmacy and Therapeutics Committee - Pharmaceutical Technologies, Inc. - P.O. Box 407 - Boys Town, NE 68010. Or e-mail [formulary@pti-nps.com](mailto:formulary@pti-nps.com).

## TIERED FORMULARY CO-PAYMENT STRUCTURE

This Formulary is divided into four tiers and is color coded to easily identify the status of a particular agent in a therapeutic category on the Formulary. The 1st and 2nd tiers contains generic drugs. All generic medications are included in the formulary as long as they are not excluded by plan benefit parameters. Generic drugs offer an excellent value to the consumer because they are chemically identical to brand drugs but are priced at a fraction of the cost of the corresponding brand drug. The U.S. Food and Drug Administration (FDA) requires that generic drugs provide the same effectiveness and safety as their brand name counterparts. The FDA requires drug manufacturers to show that the generic version enters the bloodstream the same way, contains the same amount of active ingredient, comes in the same dosage form and is taken the same way as the brand name drug. Members will pay the lowest co-payment for generic medications. These agents can be easily identified in the Formulary as the agents in one of the green shaded columns. The 3rd tier contains Preferred Brand Name Medications. These are medications that are still patent protected and may not have generic alternatives available. The P&T Committee has reviewed these medications and found them to either be therapeutically superior, offer a better outcome for the member, or provide the same therapeutic effect, but save the plan sponsor money compared to an agent in the 4th tier. Members will pay the middle co-payment for Preferred Brand Name Medications. These agents can be easily identified in the Formulary as the agents in the yellow shaded column. The 4th tier lists the Non-Preferred Brand Name Medications. These are brand-name drugs that either have equally effective and less costly generic equivalents or may have one or more alternative Preferred Brand Name Medications available in the 3rd tier that provide the same therapeutic effect. You or your doctor may decide that a medication in this category is best for you. If you choose a 4th tier drug, you may be covered at the highest co-payment level, which still represents a significant savings to you compared to the medication's full retail cost. These agents can be easily identified in the Formulary as the agents in the red shaded column. Refer to your benefit materials, or call the PTI/NPS Help Desk telephone number on your ID card, to determine what level of coverage you have for your prescription drugs.

## FORMULARY ALTERNATIVES

Suggested therapeutic alternatives are selected drug products that represent options to non-Formulary medications. On-line Formulary messaging gives pharmacists suggested alternatives for non-preferred agents. Formulary alternatives represent opportunities to help the pharmacy benefit plan sponsor keep the benefit affordable and sustainable. In a tiered Formulary, preferred alternatives result in lower co-payments for patients and save plan sponsors benefit dollars. Formulary alternatives require the prescriber's authorization and are recommended only after considering patient-specific disease states, contraindications, therapeutic history, present medications and other relevant circumstances.

## THERAPEUTIC INTERCHANGE (TI) POLICY

The use of therapeutic interchange programs as part of a comprehensive approach to quality, cost-effective patient care is recommended. Therapeutic interchange is the practice of replacing, with the prescribing physician's approval, a prescription drug originally prescribed for a patient with a prescription drug that is its therapeutic equivalent. Two or more drugs are considered therapeutically equivalent if they can be expected to produce identical levels of clinical effectiveness and sound medical outcomes in patients. The term therapeutic interchange must be distinguished from the term therapeutic substitution. Therapeutic substitution has been defined as a practice in which the pharmacist can substitute any drug believed by the pharmacist to have a similar therapeutic effect as the drug prescribed, without the approval of the prescriber. Therapeutic interchange involves the collaboration of pharmacists and prescribers in reviewing available drug products with equivalent therapeutic effects in order to provide patients with the safest, most rational, and most cost-effective drug therapy. Therapeutic interchange ensures that prescribers are informed regarding drug therapy options. The prescriber retains the authority to decide upon the patient's ultimate therapy. Therapeutic interchange programs are guided by clinically-based prescribing guidelines that are reviewed by the P&T Committee. However, therapeutic interchange is not always about lower drug costs. Therapeutic interchange often occurs when overall healthcare savings can be achieved. Replacing one drug with a more expensive one may result in fewer treatment failures, better patient adherence to the treatment plan, and fewer side effects. Such efficient use of medical resources helps keep medical costs down, improves the patient's access to more affordable healthcare, and enhances the patient's quality of life. Therapeutic interchange requires the authorization of the prescriber. Therapeutic interchange requires the evaluation of each patient prior to changing the medication order. When possible, therapeutic interchange is prospective. When therapeutic interchange is implemented, it is preferable to provide the therapeutic equivalent medication prior to the first dose of prescribed medication. Conducting the therapeutic interchange prior to administration of the first dose to the patient enhances the efficiency of the program and improves patient acceptance.

## GENERIC DRUG POLICY

It is the policy of PTI to utilize high quality generic medications when available. A generic drug is identical, or bioequivalent, to a brand name drug in dosage form, safety, strength, route of administration, quality, performance characteristics, and intended use. Although generic drugs are chemically identical to their branded counterparts, they are typically sold at substantial discounts from the brand name price. It is the policy of PTI to encourage pharmacies to utilize the same generic product that was distributed by the same company that was dispensed on the original prescription on all subsequent refills for the drug product selection. In general, the average price of a generic prescription is anywhere from 30-80% less than the average price of a brand-name drug. Pharmacists may drug product select for a pharmaceutically equivalent (as defined by the FDA Orange Book) when state regulations allow. Otherwise, the pharmacist must get approval from the prescribing physician to use the generic equivalent product. PTI does not recommend that generic substitution be exercised with multi-source products that cannot be considered therapeutically equivalent to others in the same category. It is also recommended that generic substitution not be undertaken for any unratred products that might be considered narrow therapeutic index (NTI) drugs or which are known not to be bioequivalent. Finally, it is important to note that state laws and regulations govern the practice of generic substitution for certain drug products. Requests for exception to the generic policy must clearly document specific reasons for medical necessity and appropriateness.

Medications that have generic equivalents available are covered at a generic reimbursement level and should be prescribed and dispensed in the generic form. Maximum Allowable Cost (MAC) limits have been established for specific dosage forms of these drugs. The MAC list sets a ceiling price for the reimbursement of certain multi-source prescription drugs. This price will typically cover the acquisition of most generics but not branded versions of the same drug. The products selected for inclusion on the MAC list are commonly prescribed and dispensed and have gone through the FDA's review and approval process.

Providers are reminded of the following:

1. When generic substitution conflicts with state regulations or restrictions, the pharmacist must get approval from the prescriber to use the generic equivalent.
2. Pharmacists are reminded that a drug preceded by an asterisk indicates one or more (but not necessarily all) forms of the drug are subject to a Maximum Allowable Cost (MAC), and the MAC list should be consulted.
3. If a member insists on the brand name product for a prescription of a medication included in the MAC list after their physician has approved the generic version, the patient will have to pay the cost difference between the brand name drug and the MAC amount (ancillary charge). The appropriate dispense as written (DAW) code of 2 should be utilized when submitting the prescription claim for reimbursement.

#### OVER-THE-COUNTER (OTC) MEDICATIONS

Over-the-counter (OTC) products may be covered and some are listed for informational purposes (when available, non-prescription products may be less costly to the plan than a covered product). If a prescription product is available in the identical strength, dosage form, and active ingredient(s) as an OTC product, the prescription product will not be covered. In these instances, physicians and pharmacists should refer participants to the OTC equivalent product. If the member or physician insists on the prescription equivalent product, the member must pay the entire cost of the prescription.

#### OFF-LABEL USE OF MEDICATIONS

The Food and Drug Administration (FDA) has required that drugs used in the United States be both safe and effective. The label information or the package insert of a medication indicates drug use only in certain "approved" doses and routes of administration for a particular condition or disease state. The use of a drug for a disease state or condition not listed on the label, or in a dose or by a route not listed on the label, is considered to be a "non-approved" or "un-labeled" or "off-label" use of the drug. A prior authorization is required when a medication is used outside of its FDA approved route of administration, dosage, or indication. Coverage will be determined in the same manner and subject to the same conditions and limitations as any other prescription drug. Prior authorizations for unlabeled uses of medications may be granted provided that: a) the medication is approved by the FDA; and b) two or more peer-reviewed professional medical journals have recognized, based on scientific medical criteria, the safety and effectiveness of the medication or combination of medications, for treatment of the indication for which the medication has been prescribed unless two articles from major peer-reviewed professional medical journals have concluded, based on scientific or medical criteria, that the drug or combination of drugs is unsafe or ineffective or the safety and effectiveness of the drug or combination of drugs cannot be determined for the treatment of the indication for which the drug or combination of drugs has been prescribed.

#### EXPERIMENTAL MEDICATIONS

Any medication or drug that has not been approved by the FDA to be both safe and effective for use in the United States will not be covered. This includes both FDA approved and non-approved medications that are in experimental or investigational trials to determine new indications, new routes of administration, or new dosage forms.

#### TABLET SPLITTING

Medications listed in the Formulary in bold print represent potential 1/2 tablet opportunities for some strengths. In some instances, cutting higher dosage tablets in half can save as much as 50 percent of the prescription drug cost. Your doctor or pharmacist can tell you if tablet splitting will work for you and if there is a cost savings for the specific medications that you are taking.

#### PRIOR AUTHORIZATION

To promote appropriate utilization, selected high-risk or high-cost medications may require prior authorization to be eligible for coverage under the member's prescription drug benefit. The P&T Committee has established prior authorization criteria. In order for a member to receive coverage for a medication requiring prior authorization, the member's physician should contact the customer service center at 1-800-546-5677 to obtain a prior authorization request form. Your physician may then be required to document the reason why a Formulary medication is not acceptable for treatment of your disease state or medical condition. Your physician will want to include in his/her letter your diagnosis and previous therapies that have failed.

#### MAINTENANCE AND NON-MAINTENANCE MEDICATIONS

Prescription drug card benefit plans often differ in their plan design. In some plans, the benefits may vary depending upon whether the medication is considered to be an acute or a maintenance medication. Your medication co-pay and the quantity of medication you can receive in a prescription can vary depending upon the status of your medication. Non-Maintenance (Acute) Medications: Acute medications are medications that are to be used for a short period of time. This can include medications that are given as a starter dose. A starter dose of medication is a medication that may become a maintenance medication based on its generic name and strength and has not been obtained within the previous six-month period. Medications such as antibiotics or other agents that are given to cure or treat a condition from which recovery is predicted are considered curative treatments and are classified as non-maintenance medications, or a short-term medication. Maintenance Medications: Maintenance medications can also be referred to as long-term medications. The following is the criteria that is used to determine if a medication is a maintenance medication: a) The drug has a low probability for dosage or therapy changes due to side effects, serum drug concentration monitoring, or therapeutic response over a course of prolonged therapy; b) The drug's most common use is to treat a chronic disease state when a therapeutic endpoint cannot be determined. (A drug may have an indication for maintenance therapy but lacks the maintenance drug code if that indication is not the most common use of the drug); c) Therapy with the drug is not considered curative or promoting of recovery; and d) The drug is administered continuously rather than intermittently. The criteria listed above are limited to the typical outpatient use of a drug. Dosage forms that are not practical for large dispensing quantities (such as liquids) or have limited expiration dating are excluded. Drugs known for life-threatening toxicity when taken in overdose may be excluded. Non-drug products and non-prescription drug products, with the exception of insulin (if covered by the plan), are excluded.

**NEW DRUGS INTRODUCED INTO THE CONSUMER MARKET**

As the U.S. Food and Drug Administration (FDA) approves new drugs and therapies available to the consumer market after the Plan Summary Documents have been distributed, the Drug Benefit Plan reserves the right to extend or deny coverage to these medications after the printing of this document. The Drug Benefit Plan also reserves the right to assign a unique co-pay or coinsurance to these medications and/or limit the quantities of these medications.

Members will receive notices regarding any Drug Benefit Plan modifications concerning drugs or therapies at such time that they present a prescription that is impacted by modifications to the Formulary. Network pharmacies are charged to communicate these updates or changes to the program which may impact a member. The P&T Committee will review new drugs approved by the FDA on a monthly basis. New products with an FDA designation of 1P (FDA priority review – therapeutic advance over currently-marketed drugs) will automatically be considered for addition to the Formulary, even if not requested by a plan. New products with an FDA designation of 1S (FDA standard review – no therapeutic gain over currently marketed drugs) will not generally be considered for addition to the Formulary, unless requested by a plan, or the drug class is currently under review by the P&T Committee. Members wanting to have newly approved therapies considered by the plan may write and/or call the SmartCard™ company servicing the plan or may contact the plan administrator.

**STEP THERAPY**

Step Therapy is a program especially designed for people who take prescription drugs regularly to treat an ongoing medical condition. The program helps you get the prescription drugs you need, with safety, cost and—most importantly—your health in mind. In Step Therapy, the covered drugs you take are organized in a series of “steps,” with your doctor approving and writing your prescriptions. The program usually starts with generic drugs in the “first step.” These generics—rigorously tested and approved by the U.S. Food & Drug Administration (FDA)—allow you to begin or continue treatment with safe, effective drugs that are also affordable: Your co-payment is usually the lowest with a first-step drug. More expensive brand-name drugs are usually covered in the “second step,” even though the generics covered have been proven to be effective in treating medical conditions. Your doctor is consulted for approval and writes your prescriptions based on the list of Step Therapy drugs covered by the formulary. Step Therapy is developed under the guidance and direction of independent, licensed doctors, pharmacists and other medical experts. They review the most current research on thousands of drugs tested and approved by the Food and Drug Administration for safety and effectiveness. Then they recommend appropriate prescription drugs for the Step Therapy program. The first time you submit a prescription that isn’t for a first-step drug, your pharmacist will tell you there’s a note on the computer system indicating that our plan uses Step Therapy. This simply means that if you’d rather not pay full price for your prescription drug, your doctor needs to write you a new prescription for a first-step drug. With Step Therapy, more expensive brand-name drugs are usually covered in a later step in the program if you’ve already tried the “first-step,” generic drugs covered in the program, you can’t take the “first-step” drug (because of an allergy, for instance), or your doctor decides you need a brand-name drug, for medical reasons. If any one of these applies to you, your doctor can ask for a “prior authorization” for you to take a second-step prescription drug. Once the prior authorization is approved, you pay the appropriate co-payment for this formulary-approved drug. If the prior authorization is not approved, you will need to pay the full price for the drug.

**DISPENSING LIMITATION LIST**

The following list represents the P&T Committee recommendations for dispensing or quantity limitations per a specific amount of time. Quantity limit programming has become an acceptable pharmacy plan practice that may be appropriate to place on some medications. The intentions are to safeguard members’ health and save plan benefit dollars. This program ensures members do not receive a prescription for a quantity that exceeds recommended plan limits. Limits are set because some medications have the potential to be abused, misused, shared, or have a manufacturer’s limit on the maximum dose. These limits have been reviewed by our clinical and medical staff, and the Pharmacy and Therapeutics Committee. The quantity limits are based on FDA approved dosing schedules, current medical practices, evidence based clinical guidelines, and peer-reviewed medical literature related to that particular drug. The inclusion of a medication on this list does not imply coverage under all plans, nor does the inclusion of a dispensing limitation imply that your specific benefit plan also has the same limitation. Plans may elect their own limitations. Members should consult their prescription drug benefit manual or contact a customer service representative to determine specific coverage and/or inclusion of a medication in the dispensing limitations list, as the list is subject to change.

PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT
Abilify	30 tabs/30 days	amphetamine salt combo ER		Benzacilin	1 unit/30 days
Abilify sol	750 ml/30 days	10 mg	.90 caps/30 days	Banzel	240 tabs/30 days
Acanya	1 jar/30 days	amphetamine salt combo ER		Benicar	30 tabs/30 days
Accolate	60 tabs/30 days	15 mg	.60 caps/30 days	Benicar HCT	30 tabs/30 days
Accuneb 0.63 mg	120 vials/30 days	amphetamine salt combo ER		Beprevue	10 ml/30 days
Accuneb 1.25 mg	360 vials/30 days	20 mg	.30 caps/30 days	Betaseron	15 vials/30 days
Acthion	30 tabs/30 days	amphetamine salt combo ER		Bezac	28 tabs/28 days
Acticoam	120 sponges/30 days	25 mg	.90 caps/30 days	bicalutamide	30 tabs/30 days
Actiq	120 lozenges/30 days	amphetamine salt combo ER		Binoso	4 tabs/28 days
Actoplus Met	60 tabs/30 days	30 mg	.30 caps/30 days	Boniva 150 mg	1 tab/28 days
Actoplus Met XR	60 tabs/30 days	Ampyra ER	60 tablets/30 days	Breo Ellipta	1 inhaler/30 days
Actos	30 tabs/30 days	Amrix	30 caps/30 days	Brisdelle	30 tabs/30 days
acyclovir 5% oint	30 gm/30 days	Amturnide	30 tabs/30 days	Brintellix	60 tabs/30 days
Adcirca	60 tabs/30 days	anastrozole	30 tabs/30 days	bupredion XL 150 mg	90 tabs/30 days
Adempas	90 tabs/30 days	Androgel 1%-25 mg	75 gm/30 days	bupredion XL 300 mg	60 tabs/30 days
Adopta Diskus	1 inhaler (60 blisters)/30 days	Androgel 1%-50 mg & Pump	300 gm/30 days	buprenorphine 2 mg	360 tabs/30 days
Adrenalex	1 box/30 days	Andjel 1.62%	150 gm/30 days	buprenorphine 8 mg	90 tabs/30 days
Advicer	60 tabs/30 days	anexis	360 tabs/30 days	buprenorphine/naloxone	2/0.5 mg
Aerochamber	1/calendar yr	Antara 130 mg	30 tabs/30 days	buprenorphine/naloxone	360 tabs/30 days
Aerospan HFA	2 inhalers/30 days	Antara 43 mg	60 tabs/30 days	B/0.5 mg	90 tabs/30 days
Afinitor	30 tabs/30 days	Anzemet tabs.	10 tabs/presc. dispensed	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
Aflurion	1 injection/presc. dispensed	Apenlin	30 tabs/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
afuzosin	30 tabs/30 days	Apriso	120 caps/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
Aggriflu	1 injection/presc. dispensed	Aptiom	30 tabs/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
albuterol 0.63%	120 vials/30 days	Arcayst	4 vials/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
albuterol 1.25%	360 vials/30 days	Arcapta	30 caps/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
allergic case	30 tabs/30 days	Aricept	30 tabs/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
Allegra 60 mg	60 tabs/30 days	Arivud	30 tabs/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
Allegra 180 mg	30 tabs/30 days	Asmanex	1 inhaler/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
allergy relief	30 tabs/30 days	Astepro	1 bottle/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
Altopro	8 patches/30 days	Atacand	30 tabs/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
Altopro XR	30 tablets/30 days	Atacand HCT	30 tabs/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
Alzuma	6 in/30 days	Atacand	30 tabs/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
Alvesco	1 inhaler/30 days	Atelvia	4 tabs/28 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
Ambien CR	30 tabs/30 days	atorvastatin	30 tabs/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
Ambien	30 tabs/30 days	Auvi-Q	1 box/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
Amitriptyline 1 mg tabs.	18 tabs (2 boxes)/30 days	Availide	30 tabs/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
Amitriptyline 25 mg tabs.	9 tabs (1 box)/30 days	Avandamet	60 tabs/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
amethia, amethia lo.	91 tabs/91 days	Avandaryl	60 tabs/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
Amevive	Limited to 18 yrs and older	Avandext	60 tabs/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
Amizita	60 capsules/30 days	Avapro	30 tabs/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
amiodipine	30 tabs/30 days	Avexol	14 tabs/presc. dispensed	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
amlodipine/atorvastatin	30 tabs/30 days	Avinza	30 capsules/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
amlodipine/benzepiril	30 tabs/30 days	Avitene	120 syringes/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
amlodipine/telmisartan	30 tabs/30 days	Avodart	30 capsules/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
amnestem	30 days/presc. dispensed	Avonex	4 vials/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
amphetamine salt combo ER		Axert 12.5 mg tabs.	12 tabs (2 boxes)/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
5 mg	180 caps/30 days	Axert 6.25 mg tabs.	18 tab (3 boxes)/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
		Axiron	180 ml/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
		azelastine 0.15%	1 bottle/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days

PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT
Cetaxal.....	14 vials/prec. dispensed	Exforge.....	30 tabs/30 days	Kineret.....	30 syringes/30 days
Chantix.....	60 tabs/30 days	Exforge HCT.....	30 tabs/30 days	Kombiglyze XR.....	60 tabs/30 days
Cialis.....	6 tabs/30 days	Extavia.....	15 vials/30 days	KP fexofenadine 60 mg.....	60 tabs/30 days
Cialis 2.5 mg and 5 mg.....	30 tabs/30 days	Eylea.....	0.05 mL/28 days	KP fexofenadine 180 mg.....	30 tabs/30 days
Cimzia Starter Kit.....	1 kit per 365 days	Factive.....	7 tabs/30 days	Kynamro.....	4, 1n/28 days
Cimzia.....	2-200 mg inj or 400/28 days	Felvanche.....	60 tabs/30 days	Lamictal XR.....	30 tabs/30 days
claravis.....	30 days/prec. dispensed	fenofibrate micro.....	30 caps/30 days	Lamisil tabs.....	90 days supply/calendar yr
Clarinet, Clarinet X.....	30 tabs/30 days	fenofibrate.....	30 tabs/30 days	lanoprostol.....	30 caps or ODT/30 days
Climara, Climara Pro.....	4 patches/30 days	fenofibric acid.....	30 caps/30 days	latanoprost.....	5 mL/30 days
clonidine ER.....	60 tabs/30 days	fentanyl.....	120 lollipops/30 days	Latisse.....	3 mL/30 days
clonidine.....	60 tabs/30 days	Fentanyl.....	120 tabs/30 days	Latuda.....	60 tabs/30 days
clopidogrel.....	20 tabs/30 days	ezetimibe.....	60 tabs/30 days	Lescol.....	60 capsules/30 days
clozapine.....	120 tabs/30 days	fexofenadine 30 mg & 60 mg.....	60 tabs/30 days	Lescol XL.....	30 capsules/30 days
Clozaril.....	24 tabs/30 days	fexofenadine 180 mg.....	30 tabs/30 days	levetiracetam ER 500 mg.....	180 tabs/30 days
Coartem.....	120 capsules/30 days	Fibricor.....	30 tabs/30 days	levetiracetam ER 750 mg.....	120 tabs/30 days
Cognez.....	120 capsules/30 days	finasteride.....	30 tabs/30 days	levofloxacin.....	14 tabs/prec. dispensed
colchicine.....	120 tabs/30 days	Finch.....	Limited to use in females only	Letastatin.....	30 tabs/30 days
Combivent.....	1 inhaler/30 days	Floricet/codeine.....	180 caps/30 days	Levquin.....	14 tabs/prec.
Cometriq.....	1 kit/28 days	Flector.....	60 capsules/30 days	Levitra.....	6 tabs/30 days
Complera.....	30 tabs/30 days	Flomax.....	60 capsules/30 days	levonorgestrel.....	1 treatment/calendar yr
Concerta 18 mg, 27 mg, & 54 mg.....	30 tabs/30 days	fluvastatin.....	60 caps/30 days	Lexapro.....	30 tabs/30 days
Concerta 36 mg.....	60 tabs/30 days	Fluval.....	1 inj/prec. dispensed	Lexapro soln.....	620 mL/30 days
Copaxone.....	3 kits per 30 days	Flurivir.....	1 inj/calendar year	Lialda.....	120 tabs/30 days
Cordran Patch.....	24/30 days	Flumist.....	1 treatment/prec. dispensed	Lidoderm Patches.....	90 patches/30 days
Cordran Tape.....	2 rolls/30 days	fluvamine ER.....	30 caps/30 days	Linzess.....	30 tabs/30 days
Coreg CR.....	30 tabs/30 days	Fluzone intradermal.....	1 inj/prec. dispensed	Lipitor.....	30 tabs/30 days
Cozaar.....	30 tabs/30 days	Focalin 2.5 mg.....	240 tabs/30 days	Liptruzet.....	30 tabs/30 days
Crestor.....	30 tabs/30 days	Focalin 10 mg.....	120 tabs/30 days	Livaltol.....	30 tabs/30 days
Cuyposa.....	1419 mL/30 days	Focalin 10 mg.....	60 tabs/30 days	Lofibra.....	30 caps/30 days
CVS allergy relief 60 mg.....	60 tabs/30 days	Focalin XR 5 mg.....	240 caps/30 days	Lo Loestrin Fe.....	28 tabs/28 days
CVS allergy relief 180 mg.....	30 tabs/30 days	Focalin XR 10 mg.....	120 caps/30 days	losartan.....	30 tabs/30 days
CVS lansoprazole.....	30 tabs/30 days	Focalin XR 15 mg.....	60 caps/30 days	losartan/HCTZ.....	30 tabs/30 days
cyclosporine ER.....	90 capsules/30 days	Focalin XR 20 mg.....	60 caps/30 days	Lotastatin.....	91 tabs/30 days
Cymbalta 30 mg.....	90 capsules/30 days	Focalin XR 25 mg.....	30 caps/30 days	Lotrel.....	30 tabs/30 days
Cymbalta 60 mg.....	30 capsules/30 days	Focalin XR 30 mg.....	30 caps/30 days	Lotronex.....	60 tabs/30 days
Daliresp.....	30 tabs/30 days	Focalin XR 40 mg.....	30 caps/30 days	Lotronex.....	Limited to use in females only
Dalrypa.....	30 patches/30 days	Foradil.....	1 inhaler (60 capsules)/30 days	Lozava.....	120 capsules/30 days
Denavir.....	5 gms/30 days	Forlax.....	30 tabs/30 days	Lozenges.....	60 syringes/30 days
Depo-Provera.....	1 injection/90 days	Fortesta.....	120 gm/30 days	Lumigan.....	5 mL/30 days
desloratadine.....	30 tabs/30 days	Fragmin 2500 U.....	12 syringes/30 days	Lunesta.....	30 tabs/30 days
Detrol.....	60 tabs/30 days	Fragmin 5000 U.....	18 syringes/30 days	Luzu.....	60 gm/prec. dispensed
Detrol LA.....	30 capsules/30 days	Fragmin 10,000 & 25,000 U.....	60 syringes/30 days	Luviox CR.....	30 caps/30 days
Dexdine CR 5 mg.....	30 caps/30 days	Frova.....	18 tabs.....	Lyrica.....	120 capsules/30 days
Dexdine CR 10 mg.....	180 caps/30 days	Fulzay.....	60 tabs/30 days	Lyrica soln.....	900 mL/30 days
Dexdine CR 15 mg.....	120 caps/30 days	Fycompa.....	30 tabs/30 days	Lysteda.....	30 tabs/30 days
Dexilant.....	30 caps/30 days	galantamine ER.....	30 caps/30 days	Margescin.....	240 caps/30 days
Diabetic Test Strips, Lincris, Syringes.....	800 units/3 mo. period	Gardasil.....	Limited to females 13-26 yrs of age	Maxalt, Maxalt MLT.....	5 mg tabs.....
Diclofenac.....	120 tabs/30 days	gastrofloxacin.....	1 bottle/30 days	Maxalt, Maxalt MLT.....	24 tabs (4 boxes)/30 days
Diclofenac 3% gel.....	100gm/30 days	Gelatin.....	30 gm/30 days	Maxalt, Maxalt MLT.....	10 mg tabs.....
Diovan.....	30 tabs/30 days	Gelique 3%.....	92 gm/30 days	Maxalt, Maxalt MLT.....	12 tabs (2 boxes)/30 days
Diocefaz.....	1 box or 5 bottles/30 days	Geodon.....	60 capsules/30 days	medroxyprogesterone.....	1 injection/90 days
Dolacet.....	240 caps/30 days	Giazio.....	180 tabs/30 days	Mekinst.....	30 tabs/30 days
Dolacet Forte.....	240 caps/30 days	Giazio.....	Limited to use in males only	methylphenidate 5 mg.....	360 tabs/30 days
donepezil.....	30 tabs/30 days	Gilead.....	30 capsules/30 days	methylphenidate 10 mg.....	180 tabs/30 days
Diovan HCT.....	30 tabs/30 days	Gilofrit.....	30 tabs/30 days	methylphenidate 20 mg.....	90 tabs/30 days
Duavee.....	30 tabs/30 days	GNP allergy relief.....	30 tabs/30 days	methylphenidate ER 18, 27, 54 mg.....	30 tabs/30 days
Duclor.....	30 tabs/30 days	GNP lansoprazole.....	30 tabs/30 days	methylphenidate ER 36 mg.....	60 tabs/30 days
Duexis.....	90 tabs/30 days	Gralise 300mg.....	180 tab/30 days	methylphenidate ER.....	60 caps/30 days
Dulera.....	1 inhaler/30 days	Gralise 600mg.....	90 tab/30 days	Metozol.....	120 tabs/30 days
duloxetine 20 mg.....	90 caps/30 days	granisetron.....	10 tabs/prec. dispensed	Micardis.....	30 tabs/30 days
duloxetine 30 mg.....	30 caps/30 days	Grastek.....	30 tabs/30 days	Micardis HCT.....	30 tabs/30 days
duloxetine 60 mg.....	30 caps/30 days	Helistat.....	120 sponges/30 days	Migranal Nasal Spray.....	16 sprays (2 boxes)/30 days
Duraresic.....	10 patches/30 days	Hepera.....	30 tabs/30 days	Mirapex.....	90 tabs/30 days
Durezol.....	5 mL/30 days	HM fexofenadine 60 mg.....	60 tabs/30 days	Mirapex XR.....	30 tabs/30 days
Dutoprol.....	120 tabs/30 days	HM fexofenadine 180 mg.....	60 tabs/30 days	Mirtazapine.....	30 tabs/30 days
Dymista.....	Limited to 12 yrs and older	Horizant.....	30 tabs/30 days	modafinil 100 mg.....	120 tabs/30 days
Ecoza.....	120 tabs/30 days	Humira 20 mg.....	8 injections/30 days	modafinil 200 mg.....	60 tabs/30 days
Edarbyclor.....	30 tabs/30 days	Humira 40 mg.....	4 injections/30 days	morphine ER.....	60 caps/30 days
Edex.....	6 injections/30 days	hydrocodone/APAP.....	not to exceed 4000 mg	Moxeza.....	30 tabs/30 days
Edluar.....	30 tabs/30 days	hydrocodone/APAP soln.....	3600 mL/30 days	moxifloxacin.....	14 tabs/prec. dispensed
Eduant.....	30 tabs/30 days	hydromorphone ER.....	30 tabs/30 days	Multaq.....	60 tabs/30 days
Effexor XR 75 mg.....	90 tabs/30 days	Hyzaar.....	30 tabs/30 days	Muse.....	6 inserts/30 days
Effexor XR 150 mg.....	60 tabs/30 days	iclusig.....	30 tabs/30 days	Namenda.....	60 tabs/30 days
Effient.....	30 tabs/30 days	ilari.....	1 vial/60 days	Namenda XR.....	30 tabs/30 days
Eldel Cream.....	5 gms/prec. dispensed	Imbruvica.....	120 caps/30 days	naratriptan 1 mg.....	18 tabs/30 days
Elquis.....	5 tabs/prec. dispensed	Imitrex 25 mg tabs.....	18 tabs (2 boxes)/30 days	naratriptan 2.5 mg.....	9 tabs/30 days
Emend.....	30 patches/30 days	Imitrex 50 mg tabs.....	18 tabs (2 boxes)/30 days	Natrelene.....	90 tabs/30 days
Enbrel.....	30 tabs/30 days	Imitrex 100 mg tabs.....	9 tabs (1 box)/30 days	Nebigent.....	1 inhaler/30 days
Enbrel 50 mg.....	16 injections/30 days	Imitrex Injection.....	3 kits (6 injections)/30 days	Neulasta.....	30 tabs/30 days
Enbrel 90 mg.....	8 injections/30 days	Imitrex Nasal Spray.....	12 sprays (2 boxes)/30 days	Neumega.....	2 syringes/30 days
Endoste.....	120 sheets/30 days	Inlyta.....	120 tabs/30 days	Neurapine XR.....	30 tabs/30 days
Endocet 7.5/500.....	240 tabs/30 days	Inspira.....	60 tabs/30 days	Nexium.....	30 capsules/30 days
Endocet 5/325.....	360 tabs/30 days	Intence.....	120 tabs/30 days	Nexium.....	30 tabs/30 days
Endocet 10/650.....	180 tabs/30 days	Intetax.....	120 tabs/30 days	Niaspan.....	60 tabs/30 days
Endocet 7.5/325.....	360 tabs/30 days	Intermezzo (1.75 mg) Limited to use in females only.....	Intermezzo.....	Norco.....	360 tabs/30 days
enoxaparin.....	60 syringes/30 days	introvale.....	91 tabs/91 days	Norvasc.....	30 tabs/30 days
Epiduo.....	90 gms/30 days	Intuniv.....	30 tabs/30 days	Noxafil.....	Limited to 13 yrs and older
Epinephrine auto-injector.....	2 pens/30 days	Invega 6 mg & 9 mg.....	60 tabs/30 days	Nucynta.....	180 tabs/30 days
Epipen, Epipen Jr.....	2 pens/30 days	Invokana.....	30 tabs/30 days	Nucynta ER.....	60 tabs/30 days
Epivir.....	30 tabs/30 days	I-port.....	1 box/30 days	Nuvingil.....	1/30 days
epinephrone.....	60 tabs/30 days	irbesartan.....	30 tabs/30 days	Nymalize.....	30 tabs/30 days
EQ allergy relief.....	30 tabs/30 days	irbesartan/HCTZ.....	30 tabs/30 days	olanzapine.....	2520 mL/21 days
EQL aller-ease.....	30 tabs/30 days	Isentress.....	60 tabs/30 days	olanzapine/fluoxetine.....	30 caps/30 days
Erectile Dysfunction Drugs.....	Limited to use in males only	Isentress 25 mg chew.....	120 tabs/30 days	Oleptro.....	30 tabs/30 days
Erectile Dysfunction Drugs (Cialis, Levitra, Viagra).....	Combined limit of 6 tabs/30 days	Isentress 100 mg chew.....	180 tabs/30 days	Olysio.....	28 tabs/28 days
escitalopram.....	30 tabs/30 days	itraconazole.....	90 days supply/calendar yr	Omedacox.....	1 box/year
Escitalopram soln.....	620 mL/30 days	Jalyn.....	30 capsules/30 days	omega-3 acid.....	120 caps/30 days
Estrin.....	1 ring/90 days	Janumet.....	60 tabs/30 days	omeprazole.....	60 caps/30 days
eszopiclone.....	30 tabs/30 days	Janumet XR.....	30 tabs/30 days	omeprazole/sod bicarb.....	30 caps/30 days
Evamist.....	1 box/30 days	Januvia.....	30 tabs/30 days	Omnaris.....	2 inhalers/30 days
Evista.....	30 tabs/30 days	jolesea.....	91 tabs/91 days	ondansetron ODT tabs.....	90 tabs/30 days
Exelgo.....	30 tabs/30 days	Juventus.....	60 tabs/30 days	ondansetron soln.....	90 tabs/30 days
Exelon.....	60 tabs/30 days	Jublia.....	1 mL/30 days	ondansetron/prec. dispensed.....	100 mL/prec. dispensed
Exelon Patch.....	30 patches/30 days	Juxtapid.....	90 caps/30 days	Onglanza.....	30 tabs/30 days
		Kadian.....	60 capsules/30 days	Opsumit.....	30 tabs/30 days
		Kalydeco.....	60 tabs/30 days	Oral Contraceptives.....	Limited to use in females only
		Kapvay.....	60 tabs/30 days	Oralair.....	30 tabs/30 days
		Keppra.....	60 tabs/30 days	Oravig.....	14 tabs/prec. dispensed
		Keppra XR 500mg.....	180 tabs/30 days	Orenitram.....	90 tabs/30 days
		Keppra XR 750mg.....	120 tabs/30 days		
		Ketek.....	20 tabs/prec. dispensed		
		ketorolac tabs.....	20 tabs/calendar yr		
		KL5 aller-fex.....	30 tabs/30 days		



continued from previous page

PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT
Ortho Evra	3 patches/28 days	rizatriptan, rizatriptan ODT	10 mg tabs	tramadol	240 tabs/30 days
Oseni	30 tabs/30 days	ropinirole ER	12 tabs/30 days	tramadol ER	30 tabs/30 days
Ospheia	30 tabs/30 days	Samsca	30 tabs/30 days	tramadol/APAP	240 tabs/30 days
Oxycodone	60 caps/30 days	Sancuro XR	60 tabs/30 days	trandolapril/verapamil	30 tabs/30 days
Oxtellar XR	120 tabs/30 days	Ryzolt	360 tabs/30 days	tranexamic acid	30 tabs/30 days
oxycodone/APAP	not to exceed 4000 mg of APAP/day	Sabril	30 tabs/30 days	Transderm SCOP	10 patches/30 days
oxycodone ER	120 tabs/30 days	Safyal	180 tabs/30 days	Travatan Z	5 ml/30 days
Oxycontin	120 tabs/30 days	Safyal	28 tabs/28 days	Treximet	9 tabs/30 days
Oxytrol	8 patches/30 days	Samsca	60 tabs/30 days	Tribenzor	30 tabs/30 days
oxypoprazole	30 tabs/30 days	Sancuro XR	60 tabs/30 days	Triglide	30 tabs/30 days
paroxetine CR	60 tabs/30 days	Sancuso	4 transdermal patches/30 days	Trilipix	30 caps/30 days
Patanase	1 bottle/30 days	Santyl	30 grams/prec. dispensed	tropium	60 tabs/30 days
Paxil CR	60 tabs/30 days	Saphris	60 sublingual tabs/30 days	tropium er	30 caps/30 days
Peg-Intron	4 syringes/vials/30 days	Seroquel XR	120 gms/30 days	Trwyler	30 caps/30 days
Pensaid	150 ml/30 days	Seasonale	91 tabs/91 days	Uceris	30 tabs/30 days
Pentasa 250 mg	120 caps/30 days	Seasonique	91 tabs/91 days	Ulesfia	1362 ml/30 days
Pentasa 500 mg	240 caps/30 days	Serevent Diskus	1 inhaler (60 blisters)/30 days	Uloric	30 tabs/30 days
Percept 2.5, 5, 10/325 mg	360 tabs/30 days	Seroquel	60 tabs/30 days	Ultram ER	30 tabs/30 days
10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	30 tabs/30 days	Seroquel XR	120 gms/30 days	Ultram/ Ultracet	240 tabs/30 days
Phosfrya	1800 ml/30 days	sildenafil 20 mg	90 tabs/30 days	Uroaxtral	30 tabs/30 days
Picato	3 tubes of 0.015% prec. dispensed	Sildenafil	30 tabs/30 days	valsartan	30 tabs/30 days
Picopac	2 tubes of 0.05% prec. dispensed	Simbrinza	1 bottle/30 days	valsartan/HCTZ	30 tabs/30 days
pioglitazone	30 tabs/30 days	Simcor	60 tabs/30 days	Valtura	30 tabs/30 days
pioglitazone/glipiride	30 tabs/30 days	SKlice	120 ml/7 days	Valturan	30 tabs/30 days
pioglitazone/metformin	60 tabs/30 days	Singular	30 tabs/packets/30 days	vandetanib 300 mg	30 tabs/30 days
Plavix	30 tabs/30 days	Singular Chewables	Limited to 15 yrs and under	Vascepa	120 caps/30 days
Pneumovax	1 injection/prec. dispensed	Sivextro	6 tabs/prec. dispensed	Velin	30 grams/30 days
Potigar	1200 mg/30 days	Skellid	60 tabs/30 days	venlafaxine ER 37.5 mg	30 caps/30 days
Pradaxa	60 capsules/30 days	SM fexofenadine 60 mg	60 tabs/30 days	venlafaxine ER 75 mg	90 caps/30 days
pramipexole	90 tabs/30 days	SM fexofenadine 180 mg	30 tabs/30 days	venlafaxine ER 150 mg	60 caps/30 days
Prandimet	60 tabs/30 days	Solaraze	100 gm/30 days	Ventolin HFA	2 inhalers/30 days
Brandin	240 tabs/30 days	Soma	120 tabs/30 days	Vesicare	30 tabs/30 days
Pravastatin	30 tabs/30 days	Sonata tabs	30 tabs/30 days	Viagra	6 tabs/30 days
Pregnyl	3 vials/30 days	Sotret	120 gms/30 days	Vicenza	3 pens/30 days
Prevacid	30 tabs/30 days	sotret, prec. dispensed	30 days/prec. dispensed	Vilbyd	60 tabs/30 days
Prolosec	60 caps/30 days	Sovaldi	28 tabs/28 days	Vimovo	60 tabs/30 days
Prisance	30 tabs/30 days	Sovaldi	1 inhaler (30 capsules)/30 days	Vimpat	60 tabs/30 days
ProAir HFA	2 inhalers/30 days	Sporanox	90 day supply/calendar year	Viramune XR	30 tabs/30 days
Procrit 2000, 3000, 4000 unit only	12/30 days	Sprinq	90 day supply/calendar year	Voltairen Gel	960 gm/30 days
Profasi	3 vials/30 days	Stadol NS	2 bottles (2.5 ml each)/30 days	Vytorin	60 tabs/30 days
Prolensa	1 bottle/prec. dispensed	Starlix	90 tabs/30 days	wal-fex allergy 60 mg	60 tabs/30 days
Protracta	90 tabs/30 days	Staxyn	6 tabs/30 days	wal-fex allergy 180 mg	30 tabs/30 days
Protinac	30 tabs/30 days	Stendra	6 tabs/30 days	Wellbutrin XL 150 mg	90 tabs/30 days
Proventil HFA	2 inhalers/30 days	Stivarga	84 tabs/28 days	Wellbutrin XL 300 mg	60 tabs/30 days
Provigil 100 mg	120 tabs/30 days	Straterra	60 capsules/30 days	Xalatan	5 ml/30 days
Provigil 200 mg	60 tabs/30 days	Suboxone 2/0.5 mg	30 tabs/30 days	Xalkori	60 caps/30 days
Pulmicort Respules	60 ampules/30 days	Suboxone 8/0.5 mg	90 tabs/30 days	Xarelto	30 tabs/30 days
Pulmozyme	30 ampules/30 days	Subutex 2 mg	360 tabs/30 days	Xartemis XR	120 tabs/30 days
Qnasl	1 bottle/30 days	Subutex 8 mg	90 tabs/30 days	Xerese	5 gm/30 days
Quartette	91 tabs/91 days	sumatriptan	3 kits (6 inj)/30 days	Xulane	3 patches/28 days
Qualiquin	42 caps/365 days	sumatriptan 100 mg	9 tabs/30 days	zaflurkast	60 tabs/30 days
quetiapine	91 tabs/91 days	sumatriptan 25 and 50 mg	18 tabs/30 days	zaleplon	30 tabs/30 days
Quilivant XR	360 ml/30 days	sumatriptan NS	12 sprays (2 boxes)/30 days	Zazole	1 tube/30 days
Qutenza	4 patches/84 days	Sumavel DosePro	6 injections/30 days	Zegerid capsules/powder	30/30 days
RA allergy relief	30 tabs/30 days	Suprenza	30 tabs/30 days	Zetia	30 tabs/30 days
RA lansoprazole	30 caps/30 days	Sylant	4 syringes/30 days	Zelboraf	240 tabs/30 days
RA oxycodone/sod bicarb	30 tabs/30 days	Symbicort	1 inhaler/30 days	Zetonna	1 bottle/30 days
rabeprazole	30 tabs/30 days	Symbax	30 capsules/30 days	Ziana	30 gm/30 days
Ragwitek	30 tabs/30 days	Symlin Pen 60	1 pack or 3 ml/30 days	ziprasidone	60 caps/30 days
Ranaxa	120 tabs/30 days	Symlin Pen 120	1 pack or 5.4 ml/30 days	Zipso	120 caps/30 days
Rapafla	30 caps/30 days	Talinal	120 caps/30 days	Zocor	1 bottle/30 days
Razadyne ER	30 capsules/30 days	Tamiflu	1 treatment every 180 days	Zofran ODT tabs	90 tabs/30 days
Rebif	12 injections/30 days	Tamiflu susp.	75 ml/180 days	Zofran tabs	90 tabs/30 days
Regranex	15 gms/prec. dispensed	tamsulosin	60 caps/30 days	Zofran soln.	100 ml/prec. dispensed
Relenza	1 treatment every 180 days	Tarka	30 tabs/30 days	Zohydro ER	60 tabs/30 days
Relistor	2 kits or 15 vials/30 days	Tasmar	90 tabs/30 days	zolmitriptan 2.5 mg	12 tabs/30 days
Belpax 20 mg	12 tabs/30 days	Tecfidera	60 caps/30 days	zolpidem	30 tabs/30 days
Belpax 40 mg	6 tabs/30 days	Tektura	30 tabs/30 days	Zolpimist	1 canister/30 days
repaglinide	240 tabs/30 days	Tektura HCT	30 tabs/30 days	Zomig Nasal Spray	12 sprays (2 boxes)/30 days
Requip XL	30 tabs/30 days	telmisartan	30 tabs/30 days	Zomig, Zomig ZMT	2.5 mg tabs
Restasis	60 vials/30 days	Terazol 3	1 tube/30 days	5 mg tabs	12 tabs (2 boxes)/30 days
Revatio	60 vials/30 days	Terazol 7	1 tube/30 days	Zontivity	6 tabs (2 boxes)/30 days
Risperdal 4mg	120 tabs/30 days	Tekamilo	30 tabs/30 days	Zorvolex	30 tabs/30 days
Risperdal all strengths except 4 mg	60 tabs/30 days	terbinafine tabs	90 days supply/calendar yr	Zovirax	Limited to 50 yrs and older
risperidone	60 caps/30 days	terconazole 3	1 tube/30 days	Zovirax ointment	30 grams
all strengths except 4 mg	60 tabs/30 days	terconazole 7	1 tube/30 days	Zyflo CR	(2 x 15 gm tubes)/30 days
Ritalin 10 mg	180 tabs/30 days	TGT allergy relief	30 tabs/30 days	Zyflor	120 tabs/30 days
Ritalin 20 mg	90 tabs/30 days	Ticvay	30 tabs/30 days	Zykadia	150 caps/30 days
Ritalin LA	60 capsules/30 days	TOBI	56 ampules/28 days	Zymar	1 bottle/30 days
rivastigmine	60 caps/30 days	Tobinex ST	5 ml/30 days	Zyprexa	30 tabs/30 days
rizatriptan, rizatriptan ODT	24 tabs/30 days	tobramycin ampules	56 ampules/28 days	Zyprexa Relprev 210, 300 mg	1 inj/14 days
5 mg tabs		tolterodine	60 tabs/30 days	Zyprexa Relprev 405 mg	1 inj/28 days
		toradoline ER	30 caps/30 days	Zyvox	56 tabs/28 days
		Toradol	20 tabs/calendar yr	Zytiga	120 tabs/30 days
		Toviaz	30 tabs/30 days		
		Trajenta	30 tabs/30 days		

Any member with a request exceeding the current quantity limits should have a letter from their healthcare provider. The letter should include diagnosis, reason for exceeding the quantity limit per month, and what the therapy plan will be for the member (i.e. tapering schedule). In most cases, the quantity limits we have selected are set to maximum dosages and should not be exceeded according to the current manufacturer's recommendations. Prior authorizations for quantity limits exceeding the guidelines will be issued for 6-month intervals and will require a new letter from the member's healthcare provider at the end of the 6-month period.

Cualquier miembro con una petición superior a los límites de volumen actual debe tener una carta de su proveedor de atención médica. La carta debe incluir el diagnóstico, razón por exceder el límite de cantidad al mes, y lo que el plan de tratamiento será por el miembro (es decir, disminuyendo el horario). En la mayoría de los casos, los límites de volumen que ha seleccionado se establecen en dosis máxima y no debe ser superado de acuerdo a las recomendaciones del fabricante actual. Antes de las autorizaciones de los límites de cantidad superior a las directrices se publicarán en intervalos de 6 meses y requerirá una nueva carta del proveedor de atención médica del afiliado al final del periodo de 6 meses.

In an effort to recognize the member's rights with respect to healthcare providers, products and pharmacy service, National Pharmaceutical Services (NPS) has adopted the following Member Bill of Rights.

**A MEMBER'S RIGHTS INCLUDE, BUT ARE NOT LIMITED TO THE FOLLOWING:**

- To exercise the foregoing rights without regard to age, sex, marital status, sexual orientation, race, color, religion, ethnicity, ancestry, national origin, mental or physical disability, genetic information, health status, source of payment, or utilization of services.
- To be treated with respect and recognition of their dignity and need for privacy.
- To have their prescriptions dispensed and pharmacy services provided from their choice of pharmacy providers in the NPS network. Subject to plan network limitations and restrictions.
- To know the terms and conditions of their prescription drug benefit plan, the content of preferred drug lists, and the procedures for obtaining exemptions or prior authorizations.
- To receive any legally prescribed product, realizing this may require them to bear the expense of such a choice.
- To ask for and receive any supplier's product that will legally fulfill a generically written prescription.
- To obtain relevant, current, and understandable information concerning their medication therapy and its relevance in the treatment plan from their healthcare provider.
- To discuss and request information related to their specific prescribed medication, the possible adverse side effects, and drug interactions.
- To expect that all records and discussions pertaining to their drug therapy will be treated as confidential.
- To expect that their specific information regarding pharmaceutical medications will not be extracted, provided, or sold to outside parties without their informed and expressed written consent.
- To have the opportunity to voice complaints or appeals about NPS, or the care provided at NPS Network Pharmacy Providers, and to an appeals process to ensure fair resolution of a complaint or grievance.

**A MEMBER'S RESPONSIBILITIES INCLUDE, BUT ARE NOT LIMITED TO THE FOLLOWING:**

- Knowing, understanding and abiding by the terms, conditions and provisions of the NPS-administered prescription drug benefit plan. This information is made available through the Plan Summary Document.
- Paying co-payments, coinsurance, or deductibles as stated in the Plan Summary Document at the time service is provided and accepting financial obligations for services rendered.
- Being knowledgeable about their prescription drug therapy, including risks and limitations.
- Complying with their prescribed drug therapy regimen and maintaining a healthy lifestyle.
- Disclosing relevant information that is necessary for appropriate selection of drug therapy including health status, lifestyle, food and drug allergies, and medication history.
- To participate effectively in decision making, members must take responsibility for requesting information or clarification about the drugs they are taking when they do not fully understand information and instructions.
- To accept personal responsibility if they refuse treatments, medications, or services.
- Carrying their NPS Network SmartCard™ identification card and identifying themselves as a SmartCard holder prior to receiving pharmaceutical products and/or services.



## INTRODUCCIÓN

Para la información más reciente de National Pharmaceutical Services' / Pharmaceutical Technologies, Inc.' (PTI) formulario (el formulario), por favor consulte la información de formulario en nuestra página web [www.pti-nps.com](http://www.pti-nps.com). Este formulario incluye la mayoría, pero no todas, las clases terapéuticas de los medicamentos recetados y está sujeta a cambios en cualquier momento mediante la revisión por PTI. Nuestro Formulario Nacional se revisa cada trimestre por un comité de Farmacia y Terapéuticos (P&T). El formulario sólo se aplica a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios dispensados por las farmacias participantes. No se aplica a los medicamentos de hospitalización o medicamentos obtenidos a partir de y / o administrados por un médico. Toda la información en el formulario se proporciona como una referencia para la selección de la terapia de drogas. Los médicos y los farmacéuticos se les anima a revisar el formulario y utilizarlo cuando se prescriba para nuestros miembros. Esto es extremadamente importante, ya que benefician a un miembro de la receta se basa en medicamentos que se prescriben en el formulario. El formulario no pretende interferir con el juicio médico independiente que se basa en la relación médico-paciente. La elección final de selección de medicamentos específicos para un paciente individual depende únicamente del prescriptor. Productos en el formulario no incluye todas las concentraciones o formas de administración asociados con el producto de marca. Todos los medicamentos incluidos en el formulario no están necesariamente cubiertos por el plan de medicamentos recetados a cada miembro de beneficios sociales. La inclusión de un medicamento en esta lista no implica la cobertura de todos los planes. La cobertura de los productos señalados estarán sujetos a las limitaciones del diseño del plan de beneficios de farmacia. Los miembros deben consultar a su manual de beneficios de medicamentos recetados o comuníquese con un representante de servicio al cliente para determinar la cobertura específica.

## DESARROLLO DEL FORMULARIO DE DROGAS

La gran cantidad de medicamentos disponibles en el mercado de consumo hace que sea obligatorio que los planes de introducir un programa racional de uso de drogas. Esta herramienta se ha desarrollado para asegurar que los miembros reciban la mejor atención y protección posible de una manera costo-efectivo. Dicho programa debe incluir la evaluación a fondo, la selección y el uso de agentes medicinales. Esta es la base para la terapia racional de los medicamentos. El concepto de un formulario proporciona un método para alcanzar la terapia racional de los medicamentos de una manera costo-efectiva, mientras que proporciona óptimos resultados terapéuticos para el miembro. El formulario es la piedra angular de la garantía de calidad de los medicamentos de terapia y los esfuerzos de contención de costos. Un formulario apoya y maximiza la eficacia de la prescripción de pautas y protocolos para la terapia. Como tal, el desarrollo y mantenimiento del Formulario es necesariamente una en curso y el proceso dinámico.

El formulario es una recopilación de los medicamentos revisados continuamente, lo que refleja el juicio clínico actual de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, ya que evaluar, y seleccionar entre los numerosos agentes disponibles medicamentos y formas farmacéuticas que se consideran más útiles en la atención al paciente. El comité de P&T considera los datos científicos publicados y clínicos, guías de tratamiento, aprobado por la FDA las indicaciones, la utilización del plan y el costo en el proceso de selección. Es el objetivo final del Comité de P & T para que el formulario completo, proactivo, y fácil de usar.

## LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL

La Ley Paridad de Salud Mental y Contra la Adicción de Igualdad referida como (MHPEA) de 2008 y sus reglas finales provisional que corresponden requiere que la administración de la salud mental y los medicamentos de abuso de sustancias sigan el mismo enfoque de desarrollo y las normas como los medicamentos para tratar otros síntomas.

El formulario (NPS) ha subdividido la clasificación de medicamentos recetados en niveles, y se aplica el requisito de la paridad en general por separado para cada nivel de beneficios de medicamentos recetados. Para los planes que imponen los diferentes niveles de las necesidades financieras de los distintos niveles (es decir, un plan de beneficios en niveles) de los medicamentos recetados, estos factores se basan en factores razonables (tales como el costo, la eficacia, nombre genérico de la marca contra, y frente a la farmacia de pedidos por correo de recogida), y se determina de acuerdo con los requisitos para las limitaciones del tratamiento no cuantitativa, y sin tener en cuenta si un medicamento se prescribe generalmente con respecto a médico / quirúrgico o beneficios de salud mental o beneficios de abuso de sustancias. Como la estructura y niveles de el formulario (NPS) se desarrolla lo mismo con los mismos principios aplicados a todas las categorías de la medicación, sin criterio preciso diferenciar los medicamentos de salud mental, y no requiere unos requisitos más restrictivos para los medicamentos prescritos para las condiciones de salud mental y abuso de sustancias que cualquier otro de medicina general / de consumo de drogas quirúrgica, el (NPS) en el formulario es el cumplimiento del presente Reglamento.

## COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICOS (P&T)

El Comité de P & T incluye médicos y farmacéuticos. Ellos deben cumplir con las normas de la política de ética establecidos por el Comité P & T. A la revisión de los medicamentos en cada clase terapéutica de eficacia, reacciones adversas, y el costo del tratamiento, a continuación, seleccione los agentes en cada categoría para la inclusión / exclusión en el formulario. El mantenimiento del Formulario es un proceso dinámico, y nuevos medicamentos y la información relativa a los medicamentos existentes son continuamente revisados por el Comité P & T.

## CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PRODUCTOS

Cuando un nuevo medicamento es considerado para su inclusión formulario, se intentará examinar las drogas en relación con las drogas similares actualmente en el formulario. Además, todas las clases terapéuticas son revisadas periódicamente. El proceso de revisión de clase puede dar lugar a la supresión o no-Formulario (NF) el estado de la droga (s) en una clase terapéutica particular, en un esfuerzo por promover continuamente la mayoría de los agentes clínicamente útil y costo efectivo.

Un factor central en la gestión exitosa del formulario es la revisión y evaluación de los productos farmacéuticos disponibles en el mercado de consumo y un medio para realizar cambios en el formulario en respuesta a las terapias de cambio y los factores económicos. El Comité P & T utiliza el siguiente criterio en la evaluación de selección de productos para el formulario:

- a) El medicamento debe demostrar la seguridad inequívoca para uso médico.
- b) El medicamento debe ser eficaz y ser médicamente necesarios para el tratamiento, el mantenimiento o la profilaxis de una enfermedad médica.
- c) El medicamento no tiene agentes alternativos / similar en el formulario que puede ser sustituido.
- d) El medicamento debe demostrar un resultado terapéutico.
- e) La comunidad médica debe aceptar el medicamento para su uso.
- f) El producto farmacéutico debe tener una relación equitativa de los costos para el tratamiento de la enfermedad médica.

Para promover la utilización más adecuada de riesgo seleccionados de alto costo o más medicamentos, PTI utiliza uno de o una combinación de estos procedimientos para hacer cumplir formulario. (1) de bloqueo del NDC y el bloque en el punto de venta, (2) Formulario de llenado incentivos tarifa para los farmacéuticos, (3) co-pago diferenciales para los miembros, (4) de mensajería en línea formulario, (5) la autorización previa, (6) límites en dólares por siniestro antes de la autorización previa y (7) las limitaciones cuantitativas. El Comité de P & T ha establecido criterios de formulario con el aporte de los médicos participantes y el examen de la literatura médica actual.

## MODIFICACIÓN / PREGUNTAS DEL FORMULARIO

Si un médico solicita que un medicamento nuevo o existente considerarse para su inclusión en el Formulario, una carta indicando las ventajas significativas del medicamento más actuales medicamentos del formulario en esta clase deben ser enviados por correo a la siguiente dirección: Presidente, Comité de Farmacia y Terapéutica • Pharmaceutical Technologies, Inc. • PO Box 407 • Boys Town, NE 68010. O por e-mail [formulary@pti-nps.com](mailto:formulary@pti-nps.com).

## ESTRUCTURA DE FORMULARIO DE TRES NIVELES DE CO-PAGO

Este formulario está dividido en tres niveles y está codificado por colores para identificar fácilmente el estado de un agente en particular en una categoría terapéutica en el formulario. La primera capa contiene los medicamentos genéricos. Todos los medicamentos genéricos están incluidos en el primer nivel y son considerados los agentes preferidos. Los medicamentos genéricos ofrecen un excelente valor para el consumidor, ya que son químicamente idénticos a los medicamentos de marca, pero cuestan una fracción del costo del medicamento de marca correspondiente. La administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA) exige que los medicamentos genéricos ofrecen la misma eficacia y la seguridad de que sus homólogos de marca. La FDA requiere fabricantes de medicamentos para demostrar que la versión genérica entra en el torrente sanguíneo de la misma manera, contiene la misma cantidad de ingrediente activo, viene en la misma forma de dosificación y se toma la misma forma que el medicamento de marca. Los asegurados pagarán el más bajo co-pago por medicamentos genéricos. Estos agentes pueden ser fácilmente identificados en el formulario como los agentes de la columna sombreada en verde. El segundo nivel contiene medicamentos de marca preferidos. Estos son medicamentos que todavía están protegidos por patentes y no puede haber alternativas genéricas disponibles. El Comité de P & T ha publicado opiniones de estos medicamentos y que se encuentran a ser terapéuticamente superior, ofrecen un mejor resultado para el miembro, o proporcionar el mismo efecto terapéutico, pero guardar el dinero de los patrocinadores del plan en comparación con un agente en el 3er nivel. Los miembros pagan el co-pago por medio preferido Marca de Medicamentos. Estos agentes pueden ser fácilmente identificados en el formulario como los agentes de la columna sombreada amarilla. La tercera lista de nivel de los medicamentos no recomendados de marca. Estos son los medicamentos de marca que, o bien tienen igual de eficaces y menos costosos equivalentes genéricos o pueden tener una o más alternativas preferidas medicamentos de marca disponible en el segundo nivel que proporcionan el mismo efecto terapéutico. Usted o su médico puede decidir que un medicamento en esta categoría es el mejor para usted. Si elige un tercio de drogas de nivel, puede ser objeto del más alto nivel de copago, que todavía representa un ahorro significativo para usted en comparación con el costo total al por menor de la medicación. Estos agentes pueden ser fácilmente identificados en el formulario como los agentes de la columna sombreada de color rojo. Consulte a los materiales su beneficio, o llame a la PTI / NPS Ayuda número de teléfono en el escritorio de su tarjeta de identificación, para determinar qué nivel de cobertura que usted tiene para sus medicamentos recetados.

## ALTERNATIVAS DEL FORMULARIO

Sugirió alternativas terapéuticas se seleccionan los medicamentos que representan opciones a los medicamentos fuera del formulario. El formulario en línea le da a los farmacéuticos alternativas para los agentes no preferidos. Alternativas formularias representan oportunidades para ayudar a los beneficios de farmacia patrocinador del plan mantener el beneficio económico y sostenible. En un formulario de tres niveles, las alternativas preferidas resultado en una menor co-pagos para los pacientes y salvar a los patrocinadores de planes de dólares de beneficios. alternativas Formulario requieran la autorización del médico y se recomienda sólo después de considerar los estados de enfermedad específica del paciente, las contraindicaciones, la historia terapéutica, los medicamentos actuales y otras circunstancias del caso.

## POLÍTICA DEL INTERCAMBIO TERAPÉUTICO (TI)

El uso de los programas de intercambio terapéutico como parte de un enfoque global de la calidad, la atención al paciente sea costo efectivo es recomendado. Intercambio terapéutico es la práctica de la sustitución, con la aprobación del médico que prescribe, un medicamento recetado originalmente previsto para un paciente con un medicamento recetado que es su equivalente terapéutico. Dos o más medicamentos se consideran terapéuticamente equivalentes si se puede esperar que producen niveles iguales de efectividad clínica y el sonido los resultados médicos de los pacientes. El intercambio terapéutico término debe distinguirse de la sustitución terapéutica plaza. sustitución terapéutica se ha definido como una práctica en la que el farmacéutico puede sustituir un medicamento por el farmacéutico cree tener un efecto similar terapéutica que el medicamento prescrito, sin la aprobación de su médico. Intercambio terapéutico implica la colaboración de los farmacéuticos y los prescriptores en el examen de los productos disponibles de drogas con efectos equivalentes terapéuticos con el fin de proporcionar a los pacientes con la más segura, más racional, y la mayoría de la terapia con medicamentos rentable. Intercambio terapéutico asegura que los prescriptores están informados sobre las opciones de tratamiento

farmacológico. El médico tiene la autoridad para decidir sobre el tratamiento final del paciente. programas de intercambio terapéutico se rigen por las normas de prescripción clínica basada en que son revisados por el Comité P & T. Sin embargo, de intercambio terapéutico no siempre se trata de costos de los medicamentos más bajos. Intercambio terapéutico a menudo ocurre cuando un ahorro global de salud se puede lograr. Sustitución de un fármaco por otro más caro puede ocasionar fallas en el tratamiento cuando, una mejor adherencia del paciente al plan de tratamiento y menos efectos secundarios. Tal uso eficiente de los recursos médicos ayuda a mantener los costos médicos hacia abajo, mejora el acceso del paciente a más cuidados de salud asequibles, y mejora la calidad del paciente de la vida. Intercambio terapéutico requiere la autorización del médico. Intercambio terapéutico requiere la evaluación de cada paciente antes de cambiar el orden de los medicamentos. Cuando sea posible, de intercambio terapéutico es prospectiva. Cuando intercambio terapéutico se lleva a cabo, es preferible dar el medicamento equivalente terapéutico antes de la primera dosis de la medicación prescrita. Realizar el intercambio terapéutico antes de la administración de la primera dosis al paciente mejora la eficiencia del programa y mejora la aceptación del paciente.

#### **POLÍTICA DE DROGAS GENÉRICAS**

Es la política del PTI de utilizar medicamentos genéricos de alta calidad que esté disponible. Un medicamento genérico es idéntico, o bioequivalente, a un medicamento de marca en forma de dosificación, seguridad, potencia, vía de administración, calidad, características de rendimiento y uso previsto. Aunque los medicamentos genéricos son químicamente idénticos a sus equivalentes de marca, por lo general son vendidos a importantes descuentos sobre el precio de marca. Es la política del PTI para alentar a las farmacias a utilizar el mismo producto genérico que fue distribuido por la misma empresa que se imparte en la receta original en todas las recargas posteriores para la selección de productos de drogas. Generalmente, los precios promedios de medicamentos genéricos son 30 a 80% menos que los precios promedios de los medicamentos de marca. Los farmacéuticos pueden medicamento seleccionar para una farmacéuticamente equivalente (según se define en el Libro Naranja FDA) cuando las regulaciones estatales permiten. De lo contrario, el farmacéutico debe obtener la aprobación del médico que prescribe el uso del producto equivalente genérico. PTI no recomienda que la sustitución por genéricos ejercerse con productos de múltiples fuentes que no pueden considerarse terapéuticamente equivalentes a otros en la misma categoría. También se recomienda que no se llevará a cabo la sustitución genérica para cualquier producto sin calificación que se podrían considerar estrecho índice terapéutico de drogas (NTI) o que se sabe que no son bioequivalentes. Por último, es importante señalar que las leyes estatales y reglamentos que rigen la práctica de la sustitución por genéricos de los medicamentos determinados. Las solicitudes de excepción a la política de genéricos deberán documentar claramente las razones específicas de necesidad médica y adecuación.

Los medicamentos que tienen equivalentes genéricos disponibles están cubiertos en un nivel de reembolso de genéricos y deben ser prescritos y dispensados en forma genérica. Costo Máximo Permitido (MAC) se han establecido límites para las formas farmacéuticas específicas de estos medicamentos. La lista MAC establece un precio máximo para el reembolso de ciertos medicamentos recetados de múltiples fuentes. Este precio normalmente cubrir la adquisición de la mayoría de los genéricos, pero no las versiones de marca de la misma droga. Los productos seleccionados para su inclusión en la lista de MAC son comúnmente prescritos y dispensados y han pasado por la revisión de la FDA y el proceso de aprobación.

Se recuerda a los proveedores de los siguientes:

1. Cuando los conflictos genéricos de sustitución con los reglamentos estatales o restricciones, el farmacéutico debe obtener la aprobación de las recetas para utilizar el equivalente genérico.
2. Los farmacéuticos se les recuerda que una droga precedidos de un asterisco indica que uno o más (pero no necesariamente todas) las formas de la droga están sujetos a un coste máximo admisible (MAC), y la lista de MAC debe ser consultado.
3. Si un miembro insiste en el producto de marca para una prescripción de un medicamento incluido en la lista de MAC después a su médico ha aprobado la versión genérica, el paciente tendrá que pagar la diferencia de costo entre el medicamento de marca y la cantidad MAC (con cargo auxiliares ). El caso prescindir como está escrito (DAW) de código de 2 debe ser utilizado al presentar la solicitud de prescripción para el reembolso.

#### **MEDICAMENTOS SIN RECETA (OTC)**

Over the counter (OTC) pueden ser cubiertos y algunos se muestran con fines informativos (cuando los productos disponibles sin receta puede ser menos costoso que el plan de un producto regulado). Si un producto de prescripción está disponible en la fuerza idéntica, la forma farmacéutica, y el ingrediente activo (s) como un producto de venta libre, el producto de prescripción no serán cubiertos. En estos casos, los médicos y los farmacéuticos deben consultar a los participantes a su equivalente de venta libre. Si el miembro o el médico insiste en que su equivalente de la prescripción, el miembro debe pagar el costo total de la receta.

#### **FUERA DE LA ETIQUETA DEL USO DE MEDICAMENTOS**

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha requerido que los medicamentos utilizados en los Estados Unidos sea seguro y efectivo. La información de la etiqueta o el prospecto de un medicamento indica que el consumo de drogas sólo en ciertos "aprobado" dosis y vías de administración para una determinada condición o estado de la enfermedad. El uso de un medicamento para un estado de enfermedad o condición no aparece en la etiqueta, o en una dosis o por una ruta que no figuran en la etiqueta, es considerado como un "no aprobado" o "sin etiqueta" o fuera "la etiqueta" el uso de la droga. La autorización previa es necesaria cuando un medicamento se usa fuera de su FDA aprobó la vía de administración, dosis, o una indicación. La cobertura se determinará de la misma manera y con sujeción a las mismas condiciones y limitaciones como cualquier otra medicina. Las autorizaciones previas para los usos de los medicamentos sin etiqueta se podrá conceder siempre que: a) el medicamento está aprobado por la FDA, y b) dos o más revisados por profesionales de las revistas médicas han reconocido, en base a criterios científicos médicos, la seguridad y la eficacia de la medicamento o combinación de medicamentos para el tratamiento de la indicación de que ha sido la medicación prescrita a menos que dos de los principales artículos revisados por colegas profesionales revistas médicas han concluido, en base a criterios científicos o médicos, que la droga o la combinación de drogas no es seguro o ineficaz o la seguridad y la eficacia de la droga o la combinación de drogas no se puede determinar para el tratamiento de la indicación para la que ha sido la droga o la combinación de medicamentos prescritos.

#### **MEDICAMENTOS EPERIMENTADOS**

Cualquier medicamento o droga que no ha sido aprobado por la FDA para ser seguro y efectivo para su uso en los Estados Unidos no serán cubiertos. Esto incluye tanto los aprobados por la FDA y los medicamentos no autorizados que se encuentran en pruebas experimentales o de investigación para determinar las nuevas indicaciones, nuevas vías de administración, o nuevas formas de dosificación.

## PASTILLA PARA CORTAR

Medicamentos que aparecen en el formulario en negrita representan un potencial 01/02 oportunidades de la tableta de algunas fortalezas. En algunos casos, de corte más alta dosis de tabletas por la mitad puede ahorrar hasta un 50 por ciento del costo de medicamentos recetados. Su médico o farmacéutico le puede decir si la división tableta trabajará para usted y si hay un ahorro de costos para los medicamentos específicos que usted está tomando.

## AUTORIZACIÓN PREVIA

Para promover la utilización adecuada, seleccionados de alto riesgo o medicamentos de alto costo pueden requerir autorización previa para ser elegible para la cobertura de beneficios del miembro de medicamentos recetados. El Comité de P & T ha establecido criterios de autorización previa. Para que un miembro para recibir la cobertura para un medicamento que requiere autorización previa, el médico del miembro debe contactar al centro de servicio al cliente al 1-800-546-5677 para obtener un formulario de solicitud de autorización previa. Su médico entonces puede ser necesario para documentar la razón por la cual un medicamento formulario no es aceptable para el tratamiento de su estado de enfermedad o condición médica. Su médico querrá incluir en su carta su diagnóstico y las terapias anteriores que han fracasado.

## MANTENIMIENTO Y MEDICAMENTOS SIN MANTENIMIENTO

Beneficio de medicamentos recetados tarjeta de planes a menudo difieren en su diseño del plan. En algunos planes, los beneficios pueden variar dependiendo de si el medicamento es considerado como una enfermedad aguda o una medicación de mantenimiento. Su medicamento co-pago y la cantidad de medicamento que usted puede recibir en una receta puede variar dependiendo de la situación de los medicamentos. No Mantenimiento (aguda) Medicamentos: medicamentos aguda son medicamentos que se van a utilizar durante un corto período de tiempo. Esto puede incluir medicamentos que son administrados en una dosis de arranque. Una dosis inicial del medicamento es un medicamento que puede convertirse en un medicamento de mantenimiento en función de su nombre genérico y la fuerza y no se ha obtenido en el período anterior de seis meses. Los medicamentos tales como antibióticos u otros agentes que se dan para curar o tratar una condición de la que se prevé la recuperación se consideran tratamientos curativos y se clasifican como medicamentos sin mantenimiento, o un medicamento a corto plazo. Mantenimiento de medicamentos: medicamentos de mantenimiento también se puede denominar como los medicamentos a largo plazo. El siguiente es el criterio que se utiliza para determinar si un medicamento es un medicamento de mantenimiento: a) La droga tiene una baja probabilidad de cambio de dosis o la terapia debido a efectos secundarios, el seguimiento de suero de concentración del fármaco, o la respuesta terapéutica a lo largo de un curso de tratamiento prolongado b) la utilización más frecuente de la droga es para tratar un estado de enfermedad crónica en un extremo de terapéutica no puede ser determinada. (Un medicamento puede tener una indicación para la terapia de mantenimiento, pero carece del código de mantenimiento con droga, si esa indicación no es el uso más común de la droga), c) El tratamiento con la droga no es considerada curativa o la promoción de la recuperación, y d) El medicamento se administra de forma continua y no intermite. Los criterios antes mencionados se limitan al uso ambulatorio típico de una droga. Las formas de dosificación que no son prácticas para las grandes cantidades de dosificación (tales como líquidos) o de caducidad limitada citas son excluidos. Fármacos que se sabe de la toxicidad en peligro la vida cuando se toma en una dosis excesiva pueden ser excluidos. Los productos no-drogas y los medicamentos sin receta, con la excepción de la insulina (si está cubierto por el plan), son excluidos.

## NUEVOS MEDICAMENTOS INTRODUCIDOS AL MERCADO DE CONSUMO

Mientras los EE.UU. Food and Drug Administration (FDA) aprueba los nuevos medicamentos y terapias disponibles para el mercado de consumo después de los Resúmenes de Documentos del Plan se han distribuido, el Plan de Beneficios de Drogas se reserva el derecho de extender o negar la cobertura a estos medicamentos después de la impresión de este documento. El Plan de Beneficios de Medicamentos también se reserva el derecho de asignar un co-pago o coseguro único a estos medicamentos y / o limitar las cantidades de estos medicamentos.

Los miembros recibirán notificaciones con respecto a cualquier modificación del Plan de Beneficios de Medicamentos sobre las drogas o terapias en el momento en que se presente una receta que se ve afectado por modificaciones en el formulario. Farmacias de la red se cargan a comunicar estas actualizaciones o cambios en el programa que pueden afectar a un miembro. El P & T Comité revisará los nuevos medicamentos aprobados por la FDA en forma mensual. Los nuevos productos con una denominación de la FDA de 1P (revisión de la FDA prioridad - los avances en terapéutica sobre los fármacos actualmente comercializados) automáticamente se considerará para su inclusión en el formulario, incluso si no se solicita por un plan. Los nuevos productos con una denominación de la FDA de 1S (revisión de la FDA estándar - no podrán obtener beneficios terapéuticos sobre los fármacos actualmente comercializados) en general no serán considerados para la inclusión en el formulario, salvo que lo solicite un plan, o la clase de drogas es actualmente objeto de examen por el Comité P & T. Los miembros que desean tener nuevas terapias aprobadas considerados por el plan puede escribir y / o llame a la compañía SmartCardsm servicio del plan o puede comunicarse con el administrador del plan.

## TERAPIA DE PASO

Terapia de paso es un programa especialmente diseñado para las personas que toman medicamentos recetados regularmente para tratar una condición médica continua. El programa le ayuda a obtener los medicamentos recetados que necesita, con seguridad, costo y más importante-su salud en mente. En el paso terapia, los medicamentos cubiertos que usted tome se organizan en una serie de "pasos", con la aprobación de su médico y escribir sus recetas. El programa comienza generalmente con medicamentos genéricos en el Estos medicamentos genéricos-rigurosamente probado y aprobado por los EE.UU. Food and Drug Administration (FDA) le permiten iniciar o continuar el tratamiento con medicamentos seguros y eficaces que también son accesible "primer paso": Su copago es generalmente el más bajo con un fármaco de primera etapa. Más caros los medicamentos de marca suelen ser tratadas en el "segundo paso", a pesar de que los genéricos cubiertos han demostrado ser eficaces en el tratamiento de condiciones médicas. Su médico es consultado para su aprobación y escribe sus recetas sobre la base de la lista de medicamentos Terapia escalonada cubierto por el formulario. Terapia de Paso se desarrolla bajo la dirección y la dirección de médicos independientes, con licencia, farmacéuticos y otros expertos médicos. A la revisión de las investigaciones más recientes en miles de fármacos probados y aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos para la seguridad y eficacia. Luego se recomienda los medicamentos apropiados de prescripción para el programa de terapia escalonada. La primera vez que presenta una receta que no es un fármaco de primera mano, su farmacéutico le indicará que hay una nota sobre el sistema informático que indica que nuestro plan de usos Terapia escalonada. Esto simplemente significa que si usted prefiere pagar el precio completo de su medicamento, su médico debe escribir una nueva receta para un medicamento de primer paso. Con la terapia escalonada, los medicamentos de marca más caros suelen ser cubiertos en un paso posterior en el programa si: usted ya ha probado el "primer paso", los medicamentos genéricos incluidos en el programa, usted no puede tomar el "primer paso" de drogas (debido a una alergia, por ejemplo), o su médico decide que necesita un medicamento de marca, por razones médicas. Si alguno de estos

se aplica a usted, su médico puede solicitar una "autorización previa" para que usted tome un medicamento recetado segundo paso. Una vez que la autorización previa es aprobada, usted paga el copago de medicamentos apropiados para este formulario aprobado. Si la autorización previa no es aprobada, usted tendrá que pagar el precio completo de la droga.

#### LISTA DE LIMITACIÓN PARA DISPENSAR

Vea la lista en la página 4. La lista representa las P & T recomendaciones del Comité de las limitaciones de dispensación o la cantidad por una cantidad específica de tiempo. Límite de Cantidad de programación se ha convertido en una práctica del plan de farmacia aceptable que puede ser apropiado para colocar en algunos medicamentos. Las intenciones son de proteger la salud de los miembros y ahorrar el dinero del plan de beneficios. Este programa se asegura que miembros no reciben una receta para una cantidad que excede los límites del plan recomendado. Los límites son establecidos debido a que algunos medicamentos tienen el potencial de abuso, mal uso, residencia, o límite de un fabricante de la dosis máxima. Estos límites han sido revisados por nuestro personal médico y clínico, y el Comité de Farmacia y Terapéutica. Los límites se basan en la cantidad aprobada por la FDA esquemas de dosificación, las prácticas médicas actuales, basadas en la evidencia práctica y guías de la clínica, y revisada por expertos en la literatura médica relacionada con la droga en particular. La inclusión de un medicamento en esta lista no implica la cobertura de todos los planes, ni la inclusión de una limitación de distribución implica que su plan de beneficios específicos que también tiene la misma limitación. Los planes pueden elegir a sus propias limitaciones. Los miembros deben consultar a su manual de beneficios de medicamentos recetados o comuníquese con un representante de servicio al cliente para determinar la cobertura específica y / o la inclusión de un medicamento en la lista de limitaciones distribuidas, ya que la lista está sujeta a cambios.

#### MIEMBROS DE PROYECTO DE LEY DE DERECHOS

En un esfuerzo por reconocer los derechos de los miembros con respecto a los proveedores de asistencia sanitaria, productos y servicios de farmacia, National Pharmaceutical Services (NPS) ha adoptado la siguiente proposición de ley de Derechos.

#### DERECHOS DE UN MIEMBRO INCLUIEN, PERO NO SE LIMITAN A LO SIGUIENTE:

- Para ejercer los anteriores derechos sin tener en cuenta edad, sexo, estado civil, orientación sexual, raza, color, religión, etnicidad, ascendencia, origen nacional, discapacidad mental o física, la información genética, estado de salud, fuente de pago, o la utilización de los servicios.
- Ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y su necesidad de privacidad.
- Para que sus recetas dispensadas y servicios de farmacia siempre desde la elección de los proveedores de farmacia en la red de NPS. Sin perjuicio de plan de limitaciones de la red y las restricciones.
- Para conocer los términos y condiciones de su plan de beneficios de medicamentos recetados, el contenido de las listas de medicamentos preferidos, y los procedimientos para la obtención de exenciones o autorizaciones previas.
- Para recibir cualquier producto legalmente establecido, dándose cuenta de esto puede exigirles que absorban los gastos de una elección.
- Para solicitar y recibir cualquier producto del proveedor que legalmente cumplirá una receta genérica por escrito.
- Para obtener información relevante, actualizada y comprensible sobre su terapia de la medicación y su relevancia en el plan de tratamiento de su proveedor de atención médica.
- Discutir y solicitar información relacionada con sus medicamentos específicos recetados, los posibles efectos secundarios adversos, y las interacciones medicamentosas.
- Esperar que todos los registros y los debates relativos a la terapia de drogas serán tratados como confidenciales.
- Para esperar que su información específica respecto a los medicamentos farmacéuticos no se extraerá, a condición, o vendidos al exterior partes sin su consentimiento informado por escrito y expresado.
- Tener la oportunidad de exponer las quejas o apelaciones sobre NPS, o la atención recibida al NPS Proveedores de la Red de Farmacia, y un proceso de apelación para garantizar la resolución justa de una reclamación o queja.

#### RESPONSABILIDADES DE UN MIEMBRO DE INCLUIR, PERO NO SE LIMITAN A LO SIGUIENTE:

- Conocer, comprender y acatar los términos, condiciones y disposiciones del plan de beneficio NPS de medicamentos administrados con receta. Esta información está disponible a través del Documento Resumen del Plan.
- Pagar los copagos, co-seguros o deducibles como se indica en el documento de resumen del plan en el tiempo de servicio es proporcionado aceptar las obligaciones financieras por los servicios prestados.
- El estar bien informado acerca de su terapia con medicamentos con receta, incluyendo los riesgos y limitaciones.
- Cumpliendo con su régimen de tratamiento farmacológico prescrito y mantener un estilo de vida saludable.
- Divulgar la información pertinente que sea necesaria para la selección adecuada de la terapia de drogas, incluyendo el estado de salud, estilo de vida, la alimentación y alergia a medicamentos, y la historia del medicamento.
- Para participar efectivamente en la toma de decisiones, los miembros deben asumir la responsabilidad de solicitar información o aclaraciones sobre los medicamentos que está tomando, cuando no entienden completamente la información e instrucciones.
- Para aceptar la responsabilidad personal si se niegan los tratamientos, medicamentos o servicios.
- Continuando con sus red de NPS SmartCard™ tarjeta de identificación y que se identificaron como titular de tarjeta inteligente antes de recibir productos farmacéuticos y / o servicios.

Therapeutic Class	First Tier Generics	Second Tier Preferred Brands	Third Tier Non-Preferred Brands			
<b>ACNE PRODUCTS Coverage Depends On Benefit Design</b>						
Non-Maintenance	Adapalene Amnesteem Avita Benzoyl Peroxide Benzoyl Peroxide/ Clindamycin Benzoyl Peroxide/ Erythromycin BPO	Clarith Clindamycin Erythromycin Metronidazole Minocycline ER Sulfacetamide Sodium Sulfur Tretinoin	Metrogel Topical 1%  Acanya Accutane Atralin Azelex Benzac Benzac AC Benzacilin Benzamycin Gel Benziq Cleocin	Cleocin T Topical Clindagel Desquam-X Differin Differin 0.3% Duac Gel Epiduo Inova Klaron Metrocream	Metro lotion Noritate Nuox Plexion Retin-A Solodyn Triaz Veltin Ziana	
<b>ALZHEIMER'S MEDICATIONS</b>						
Non-Maintenance	Donepezil Galantamine Galantamine ER	Rivastigmine Capsules	Namenda Namenda XR Exelon Patches	Aricept Exelon Capsules Razadyne	Razadyne ER	
<b>ANAL/RECTAL PRODUCTS</b>						
Non-Maintenance	Hydrocortisone Pramoxine Hydrochloride			Analpram HC Anusol HC Cortenema	Cortifoam Proctocort Proctofoam	
<b>ANTI-ARRHYTHMIC (TO REGULATE HEART RHYTHM)</b>						
Maintenance	Amiodarone Disopyramide Flecainide Mexiletine Procainamide	Pacerone Propafenone Quinidine Sotalol Sotalol AF	Tikosyn	Betapace Betapace AF Cardorane Multaq Norpace	Norpace CR Rythmol Rythmol SR	
<b>ANTIBIOTICS</b>						
Non-Maintenance	Amoxicillin Amoxicillin/ Clavulanate Amoxicillin/ Clavulanate ER Ampicillin Azithromycin Cefador Cefadroxil Cefdinir Cefditoren Cefixime Cefpodoxime Cefprozil Cefuroxime Cephalexin Ciprofloxacin Clindamycin Clarithromycin Dicloxacillin Doxycycline Doxycycline ER EES	Ery-tab Erythromycin Gentamicin Kanamycin Levofloxacin Methenamine Metronidazole Minocycline Moxifloxacin Neomycin Sulfate Nitrofurantoin Nystatin Ofloxacin Penicillin Primsol Rifampin SMX/TMP Sulfadiazine Tetracycline Tinidazole Tobramycin Trimethoprim Vancomycin	Ketek Zmax	Amoxil Augmentin Augmentin XR Avelox Bactrim Bactrim DS Biaxin Biaxin XL Cedax Ceftin Cefzil Cipro Cipro XR Cleocin Declomycin Difidol Doryx	Elmiron Flagyl Flagyl ER Fluorin Furadantin Hiprex Keflex Levaquin Lincocin Macro-dantzin Minocin Monodox Monurol Moxatag Noroxin Omnicef	Spectracef Tefaro Tindamax Vancocin Vantin Xifaxan Z-Pak Zithromax Zyvox
<b>ANTIBIOTICS-TOPICAL</b>						
Non-Maintenance	Bacitracin Gentamicin Ketoconazole Foam	Mupirocin Polymyxin B	Cortisporin	Altabax Bactroban Extina		
<b>ANTICONVULSANTS</b>						
Maintenance (all suspension forms are non-maintenance)	Carbamazepine Carbamazepine ER Clonazepam Diazepam Divalproex Divalproex ER Ethosuximide Felbamate Susp. Gabapentin Lamotrigine Levetiracetam	Oxcarbazepine Phenelzine Phenobarbital Phenytek Phenytoin Primidone Tiagabine Topiramate Valproate Sodium Valproic Acid Zonisamide	Dilantin Felbatol Gabitril 12 mg Gabitril 16 mg Lyrica Tegretol Tegretol XR	Aptiom Banzel Carbatrol Depakene Depakote Depakote ER Equetro Fycempa Gabitril 2 mg Gabitril 4 mg Keppra	Keppra XR Klonopin Lamictal Lamictal ODT Lamictal XR Myosline Neurontin Onfi Oxtellar XR Phenytek Potiga	Sabril Stavzor Topamax Triptal Trokendi XR Vimpat Zarontin Zonegran
Non-Maintenance	Ethosuximide Suspension Phenytoin Suspension Valproic Acid Suspension		Diastat			
<b>ANTIDEPRESSANTS</b>						
Maintenance	Amitriptyline Amoxapine Bupropion SR, XL Citalopram Clomipramine Chlordiazepoxide/ Amitriptyline Desipramine Doxepin Duloxetine Escitalopram Fluoxetine Fluvoxamine Fluvoxamine ER Imipramine	Maprotiline Mirtazapine Nefazodone Nortriptyline Narxetine Paroxetine ER Perphenazine/ Amitriptyline Sertraline Tranylcypromine Trazodone Venlafaxine Venlafaxine ER	Pristiq	Anafranil Aplenzin Brintellix Celexa Cymbalta Desvenlafaxine ER Effxor Effxor XR Emsam Fetzima Forvivo XL Khedezla	Lexapro Luvox CR Marplan Nardil Norpramin Oleptro Pamelor Partrate Paxil Paxil CR Prozac Prozac Wkly Remeron	Remeron Sol Tab Surmontil Tofranil Tofranil PM Vibryd Vivactil Wellbutrin Wellbutrin SR Wellbutrin XL Zoloft
<b>ANTI-DIARRHEALS</b>						
Non-Maintenance	Diphenoxylate/ Atropine	Lonox Loperamide		Alinia Imodium Lomotil	Motofen Xifaxan	



THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS	SECOND TIER PREFERRED BRANDS	THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS
<b>ANTIEMETICS (FOR NAUSEA AND/OR VOMITING)</b>			
Non-Maintenance	Granisetron Meclizine Ondansetron Phenergan Prochlorperazine	Promethazine Trimethobenzamide	Antivert Anzemet Diclegis Emend Marinol Sancuso Tigan TranSDerm Scop Zofran Zofran ODT Zuplenz
<b>ANTIFUNGALS</b>			
Non-Maintenance	Amphotericin B Fluconazole Griseofulvin Itraconazole Ketoconazole Nystatin	Terbinafine Voriconazole	Ancobon Bio-Statin Diflucan Grifulvin Gris-Peg Lamisil Nizoral Noxafil Sporanox Sporanox Pulse Pak Vfend
<b>ANTIFUNGALS - TOPICAL</b>			
Non-Maintenance	Ciclopirox Clotrimazole/ Clotrimazole/ Betamethasone Econazole Fungoid Ketoconazole	Miconazole Nystatin Nystatin/ Triamcinolone Terbinafine	Ecoza Exelderm Jublia Lamisil Loprox Lotrimin Lotrisone Luzu Mentax Naftin Nizoral Oxistat Penlac Nail Lacquer
<b>ANTI PSYCHOTICS</b>			
Maintenance	Chlorpromazine Clozapine Fluphenazine Haloperidol Lithium Loxapine Olanzapine Olanzapine/ Fluoxetine Perphenazine Perphenazine/ Amitriptyline	Quetiapine Fumarate Risperidone Risperidone ODT Thioridazine Thiothixene Trifluoperazine Trimipramine Ziprasidone	Orap Abilify Clozaril Fanapt Fazaclon Geodon Invega Invega Sustenna Invega ER Latuda Lithobid Loxitane Navane Risperdal Risperdal M Risperdal Consta Saphris Seroquel Seroquel XR Symbyax Zyprexa Zyprexa Relprevv Zyprexa Zydys
<b>ANTIVIRALS</b>			
Maintenance	Abacavir Abacavir/Lamivudine/Zidovudine Acyclovir Acyclovir 5% Ointment Amantadine Didanosine Famciclovir Ganciclovir Lamivudine Lamivudine/Zidovudine Nevirapine Rimantadine Stavudine Valacyclovir Zidovudine	Aptivus Atripla Complera Crixivan Edurant Emtriva Epivir Solution Epizcom Fuzeon Intencele Invirase Isentress Kaletra Lexiva Norvir Prezista	Rescriptor Reyataz Selzentry Stribild Sustiva Tamiflu Tivicay Truvada Viracept Viread Ziagen Solution Zovirax Cream Combivir Denavir Topical Epivir Epivir HBV Famvir Incivek Olysio Relenza Diskhaler Retrovir Stavivir Sovaldi Trizivir Valtrex Victrelis Videx Viramune Viramune XR Xerese topical Zerit Ziagen Tablets Zovirax Ointment Zovirax Tablets/ Capsules
<b>ASTHMA/COPD INHALERS AND NEBULIZER SOLUTIONS</b>			
Non-Maintenance	Albuterol Metaproterenol Levalbuterol	Ventolin HFA	Proair HFA Proventil HFA Xopenex Xopenex HFA
Maintenance	Budesonide Cromolyn Sodium Ipratropium Bromide Ipratropium/Albuterol	Advair Anoro Arcapta Atrovent HFA Breo Ellipta Flovent	Pulmicort Inhaler Qvar Serevent Spiriva Symbicort Aerospan HFA Airesco Asmanex Brovana Combivent RespiMat Dulera Foradil Perforomist Pulmicort Suspension Tudorza
<b>ASTHMA/COPD - ORAL MEDICATIONS</b>			
Maintenance	Albuterol Aminophylline Dyphylline Metaproterenol Montelukast	Terbutaline Theophylline Zafirlukast	Accolate Daliresp Lufyllin Singulair Theo-24 Zyflo CR
<b>BLOOD MODIFIERS</b>			
Non-Maintenance	Enoxaparin Heparin	Warfarin	Coumadin Arixtra Fragmin Lovenox
Maintenance	Anagrelide Clostazol Clopidogrel	Dipyridamole Pentoxifylline Ticlopidine	Aggrenox Briiinta Effient Eliquis Pradaxa Xarelto Agyrin Amicar Plavix Pletal Trental Zontivity
<b>CHOLESTEROL LOWERING AGENTS - STATINS</b>			
Maintenance	Amlodipine/ Atorvastatin Atorvastatin Fluvastatin	Lovastatin Pravastatin Simvastatin	Crestor Livalo Advicor Altoprev Lescol Lescol XL Lipitor Liptruzet Mevacor Pravachol Vytorin Zocor
<b>CHOLESTEROL LOWERING AGENTS - OTHER</b>			
	Colestipol Cholestyramine Fenofibric Acid Fenofibrate	Gemfibrozil Niacin ER Omega-3 Acid Prevalite	Simcor Antara Colestid Fibricor Lipofen Lofibra Lipid Lovaza Niaspan Tricor Triglide Trilipix Vascepa Welchol Zetia

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented. As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status. The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

Therapeutic Class	First Tier Generics	Second Tier Preferred Brands	Third Tier Non-Preferred Brands			
<b>CONTRACEPTIVES (BIRTH CONTROL) Coverage Depends On Benefit Design</b>						
Maintenance	Amethia Lo Amethyst Apri Aranelle Aviane Aubra Azurette Balziva Briellyn Camila Camrese Lo Chateal Cryselle Cyclafem Emoquette Enpresse Enskyce Errin Falmina Glanva Introvale Jencycla Jolesa Junel	Kariva Kelnor Larin Lessina Levonest Levora Lomedia 24 Fe Loryna Low- Ogestrel Lutera Microgestin Myzilia Norlyroc Nortrel Ocella Ogestrel Pirmella Portia Previfem Quasense Reclipsen Sharobel	Sprintec Syeda Tilia FE Tri-Estarylla Tri-Legest FE Tri-Linyah Tri-Lo- Sprintec Tri-Sprintec Trivora Trivora Velivet Xulane Zenchent FE Zovia	Bayaz Brevicon Cesia Cyclessa Desogen Estrostep FE Falessa Femcon FE Geness FE Jolivette Leena Lo-Seasonique Loestrin Lo Loestrin Fe Minastrin Modicon Mononessa Natazia Necon Nora-Be Nordette Norinyl Nor-QD	Nuva Ring Ortho-Cyclen Ortho-EVRA Ortho-Novum 1/35 Ortho-Novum 7/7/7 OrthoTriCyclen Ortho TriCyclen Lo Ovcon 35 Quartette Safaryl Seasonale Seasonique Solia Trinessa Tri-Norinyl Yasmin Yaz	
<b>CORTICOSTEROIDS - ORAL</b>						
Non-Maintenance	Cortisone Acetate Dexamethasone Hydrocortisone Methylprednisolone	Pedialpred Prednisolone Prednisone Triamcinolone	Celestone Cortef Dexamethasone Intensol	Liquid Pred Medrol Prelone Rayos		
<b>CORTICOSTEROIDS - TOPICAL (FOR RASH, INFLAMMATION)</b>						
Non-Maintenance	Alclometasone Amincinonide Betamethasone Clobetasol Desonide Desoximetasone Diflorasone Diacetate Fluocinonide	Fluticasone Halobetasol Hydrocortisone Mometasone Pramoxine Prednicarbate Repaglinide Triamcinolone	Kenalog Spray	Aclovate Cloderm Cordran Cordran Tape Curtivate Derma- Smoothe/FS Dermatop	Desonate Desowen Diprolene Elocon Halog Kenalog Spray Locoid Luxiq	Olux-E Temovate Texacort Topicort Ultravate Vanos Westcort
<b>COUGH/COLD/ALLERGY PRODUCTS</b>						
Non-Maintenance	Generic Cough/Cold/Allergy Combination Products Falgic		Norel Tussionex Tussi-Organidin			
<b>DIABETIC ORAL AGENTS</b>						
Maintenance	Acarbose Chlorpropamide Glimepiride Glipizide Glipizide/ Metformin Glyburide Glyburide/ Metformin Glyburide, Micronized Metformin	Nateglinide Pioglitazone Pioglitazone/ Glimepiride Pioglitazone/ Metformin Repaglinide Tolazamide Tolbutamide	Farxiga Glyset Janumet Janumet XR Januvia	Actoplus-Met Actos Amaryl Avandamet Avandaryl Avandia DiaBeta Duetact Fortamet Glucophage	Glucophage XR Glucotrol Glucotrol XL Glucovance Glynaese Invokana Jentadueto Kazano Metaglip	Nesina Onglyza Oseni Prandin Prandimet Precose Starlix Tadjenta
Non-Maintenance			Proglycem			
<b>DIABETIC SUPPLIES (Meters, Test Strips)</b>						
Non-Maintenance		FreeStyle Lite FreeStyle Freedom Lite FreeStyle Insulinx Precision Xtra				
<b>DIGESTANTS</b>						
Maintenance		Creon	Pancrease Pertzye Ultrasa	Viokace Zenpep		
<b>DIURETICS (Water Pills)</b>						
Maintenance	Acetazolamide Acetazolamide ER Amloride/HCTZ Bumetanide Chlorothiazide Chlorothiazide/ HCTZ Chlorthalidone Furosemide Hydrochloro- thiazide	Indapamide Metolazone Methylothiazide Spironolactone Spironolactone/ HCTZ Torsemide Triamterene Triamterene/HCTZ		Aldactazide Aldactone Amiloride Diamox Sequel Cap Diuril Suspension Dyazide Dyrenium Edecrin	Lasix Maxzide Zaroxolyn	

Therapeutic Class	First Tier Generics	Second Tier Preferred Brands	Third Tier Non-Preferred Brands
<b>ECZEMA/PSORIASIS MEDICATIONS</b>			
Non-Maintenance	Acitretin Anthralin Calcipotriene Calcipotriene/ Betamethasone	Selenium Sulfide Tazarotene	Dovonex Ointment
			Altabax Dovonex Cream Drithrocreme HP Fabiocr Taclonex
			Tazorac Sorlatane Sorlux Vectical
<b>ERECTILE DYSFUNCTION (Impotency) Coverage Depends On Benefit Design</b>			
Non-Maintenance	Alprostadil Yohimbine	Viagra Cialis	Caverject Edex Levitra
			Muse Staxyn Stendra
<b>GASTROINTESTINAL (HEARTBURN, ULCERS) Coverage Depends On Benefit Design</b>			
Maintenance	Cimetidine Dicyclomine Famotidine Lansoprazole Misoprostol Nizatidine Omeprazole	Omeprazole/ Carbonate OTC Prilosec Pantoprazole Rabeprazole Ranitidine Sucralfate	Nexium
			Aciphex Acid Bentyl Carafate Cytotec Dexilant
			Metozolv ODT Omeclamox Pepcid Prevacid Prevpac
			Prilosec Protonix Tagamet Zantac Zegerid
<b>GASTROINTESTINAL MISC PRODUCTS</b>			
Non-Maintenance	Dicyclomine Glycopyrrolate Hyoscyamine Metoclopramide	Propantheline Bromide Scopolamine	Pylera
			Amitiza Bentyl Cantil Difcid
			Donnatal Fulyzaq Humira Levsin
			Linzess Reglan Robinul
<b>GOUT MEDICATIONS</b>			
Maintenance	Allopurinol Colchicine/ Probenecid	Probenecid	
			Krystexxa Uloric Zyloprim
Non-Maintenance			Colcry
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ACE INHIBITORS</b>			
Maintenance	Benazepril Captopril Enalapril Fosinopril Lisinopril	Moexipril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril	
			Accupril Aceon Altace Capoten
			Epaned Lotensin Mavik Prinivil
			Univasc Vasotec Zestril
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ACE INHIBITORS + DIURETIC</b>			
Maintenance	Benazepril/HCTZ Captopril/HCTZ Enalapril/HCTZ Fosinopril/HCTZ	Lisinopril/HCTZ Moexipril/HCTZ Quinapril/HCTZ	
			Accuretic Lotensin HCT Vaseretic
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST (ARB)</b>			
Maintenance	Candesartan Eprosartan Irbesartan	Losartan Telmisartan Valsartan	
			Atacand Avapro Benicar
			Cozaar Diovan Edarbi
			Micardis Teveten
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST (ARB) + CALCIUM CHANNEL BLOCKER</b>			
Maintenance	Amlodipine/Telmisartan		
			Azor
			Twynsta
			Exforge
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ARB + DIURETIC</b>			
Maintenance	Candesartan/HCTZ Irbesartan/HCTZ Losartan/HCTZ	Telmisartan/HCTZ Valsartan/HCTZ	
			Atacand HCT Avalide Benicar HCT
			Diovan HCT Edarbyclor Hyzaar
			Micardis HCT Teveten HCT
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: CALCIUM CHANNEL BLOCKERS</b>			
Maintenance	Amlodipine Amlodipine/ Atorvastatin Cartia XT Diltiazem Felodipine Isradipine Nicardipine	Nifedipine Nifedipine ER Nimodipine Nisoldipine Nisoldipine ER Verapamil Verapamil ER	
			Adalat Caduet Calan Cardene SR Cardizem
			Cardizem CD Cardizem LA Covera-HS Isoptin Norvasc
			Nymalize Procardia XL Verelan PM
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ACE-INHIBITOR + CALCIUM CHANNEL BLOCKER</b>			
Maintenance	Amlodipine/Benazepril Trandolapril/Verapamil	Tarka	
			Lotrel
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: BETA-BLOCKERS</b>			
Maintenance	Acebutolol Atenolol Betaxolol Bisoprolol Carvedilol Labetalol Metoprolol Metoprolol XL Nadolol Pindolol Propranolol	Propranolol XL Sotalol Timolol	Coreg CR
			Betapace Bystolic Coreg Corgard Innderal LA Innopran XL
			Kerlone Lopressor Sectral Tenormin Trandate Toprol XL
			Zebeta
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: BETA-BLOCKERS + DIURETIC</b>			
Maintenance	Atenolol/ Chlorthalidone Bisoprolol/HCTZ	Metoprolol/HCTZ Propranolol/HCTZ	Dutoprol
			Lopressor HCT Tenoretic Ziac

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented. As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status. The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS	SECOND TIER PREFERRED BRANDS	THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS
<b>HIGH BLOOD PRESSURE- MISCELLANEOUS</b>			
Maintenance	Clonidine Clonidine/ Chlorthalidone Digoxin Doxazosin Eplerenone Hydralazine Isosuprine Methyldopa/HCTZ Minoxidil	Nadolol/Bendro Prazosin Reserpine Terazosin	Amturnide Exforge HCT Lanoxin Tekturna Tekturna HCT Tekamlo
<b>HORMONES</b>			
Maintenance	Estradiol Estradiol/Norethindrone Etopipate Jinteli Medroxyprogesterone Methyltestosterone	Alora Cenestin Combipatch Femhrt 0.5/2.5 Prefest Premarin Premphase	Prempro Vivelle-Dot
Non-Maintenance	Norethindrone Progesterone		Aygestin Prometrium
<b>INFLAMMATORY BOWEL AGENTS</b>			
Maintenance	Sulfasalazine	Asacol HD Delzicol	Amitiza Apriso Azulfidine Dipentum Lialda
Non-Maintenance	Budesonide Mesalamine	Canasa	Colazal Giazo
<b>INSULINS</b>			
Maintenance		Apidra Humalog Humulin Humulin 70/30 Humulin N	Humulin R Lantus Levemir Tanzeum
			Byetta Bydureon Novolog Novolin 70/30
			Novolin N Novolin R Victoza
<b>MIGRAINE MEDICATIONS Quantity Limitations May Apply</b>			
Non-Maintenance	Butorphanol NS Dihydroer- gotamine Epidrin Ergotamine Ergotamine/ Caffeine Isomethetene/ Dichloraphena- zone/APAP Naratriptan	Propranolol Rizatriptan Rizatriptan ODT Sumatriptan Topiramate Zolmitriptan Zolmitriptan ODT	Relpax Treximet
			Alsuma Axert Botox Cafegot Cambia Depakote ER D.H.E. 45 Ergomar Frova Imitrex Inderal LA
			Maxalt Maxalt-MLT Migergot Migranal Nasal Spray Sumavel Dosepro Topamax Zomig Zomig ZMT
<b>MUSCLE RELAXANTS</b>			
Non-Maintenance	Carisoprodol Carisoprodol/ ASA Chlorzoxazone Cyclobenzaprine Dantrolene Metaxalone Methocarbamol	Orphenadrine Citrate	Amrix Dantrium Flexril Norflex
Maintenance	Baclofen	Tizanidine	Zanaflex
<b>NARCOTIC ANALGESICS (PAIN RELIEVERS-SEDATING)</b>			
Non-Maintenance	Acetaminophen/Codeine Acetaminophen/Hydrocodone Acetaminophen/Oxycodone Aspirin/Oxycodone Codeine Fentanyl Hydromorphone Hydromorphone ER Ibuprofen/Hydrocodone Lortab Meperidine Methadone Morphine Morphine ER Oxycodone Oxymorphone Oxymorphone ER Tramadol Tramadol/APAP Tramadol ER	Oxycontin	Abstral Actiq Avinza Butrans Capital And Codeine Demerol Dilaudid Duragesic Embeda Exalgo Fentora Fioricet Fiorinal Kadian Lazanda MS Contin Norco Nucynta Nucynta ER
			Percocet Percodan Opana Opana ER Roxicodone Subsys Synalgos Tylenol With Codeine Ultracet Ultram Vicoprofen Xartemis XR Zohydro ER
<b>NASAL PRODUCTS</b>			
Non-Maintenance	Azelastine Budesonide Flunisolide	Ipratropium Fluticasone Triamcinolone	Veramyst
			Astelin Astepro Atrovent NS Beconase AQ Dymista
			Flonase Nasacort AQ Nasonex Patanase Qnasl
			Rhinocort Aqua Zetonna



THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS	SECOND TIER PREFERRED BRANDS	THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS			
<b>OTIC PRODUCTS (FOR THE EAR)</b>						
Non-Maintenance	Acetic Acid Antipyrine/Benzocaine Hydrocortisone Neomycin Sulfate Ofloxacin Phenylephrine Hydrochloride Polymyxin B Sulfate Pramoxine Hydrochloride	Ciprodex Cipro HC Coly-Mycin-S Cortisporin TC Cresylate	Cetralax Cortane-B Cortisporin Oticin HC Pramotic			
<b>PARKINSON'S DRUGS</b>						
Maintenance	Benztrapine Cabergoline Carbidopa Levodopa Entacapone	Pramipexole Rivastigmine Ropinirole Trihexyphenidyl	Exelon Patches Stalevo Tasmar	Azlect Comtan Exelon Capsules	Mirapex Mirapex ER Neupro Parcopa	Requip Requip XL Sinemet Avodart
Non-Maintenance	Amantadine Bromocriptine	Carbidopa Selegiline		Cogentin Eldepryl	Lodosyn Parlodel	Zelapar
<b>PROSTATE MEDICATIONS</b>						
Maintenance	Alfuzosin Doxazosin Finasteride	Prazosin Tamsulosin Terazosin	Jalyn	Cardura Flomax	Minipress Proscar	Rapaflo Uroxatral
<b>SEDATIVE/HYPNOTICS AND ANTIANXIETY DRUGS</b>						
Maintenance	Clonazepam					
Non-Maintenance	Alprazolam Alprazolam ODT Alprazolam XR Buspirone Chloral Hydrate Chlordiazepoxide Chlordiazepoxide/ Am triptyline Clorazepate Diazepam Droperidol Estazolam	Eszopiclone Flurazepam Hydroxyzine Lorazepam Meprobamate Oxazepam Phenobarbital Temazepam Triazolam Zaleplon Zolpidem Zolpidem ER		Ambien Ambien CR Ativan Buspar Butisol Sodium Doral Eduar Halcion Intermezzo Librax	Lunesta Nembutal Niravam Restoril Rozerem Seconal Silenor Sonata Tranxene Valium Vistaril	Xanax Xanax XR Zolpimist
<b>SMOKING DETERRENTS Coverage Depends On Benefit Design</b>						
Non-Maintenance	Bupropion			Chantix Nicotrol	Nicotrol Inhaler	Nicotrol NS Zyban
<b>STIMULANTS (AMPHETAMINES)</b>						
Maintenance	Amphetamine ER Amphetamine Salt Combo Clonidine ER Dexmethylpheni- date Dexmethylpheni- date XR	Dextroamphet- amine Methyl Methylphenidate Methylphenidate ER Modafinil	Strattera	Adderall Adderall XR Concerta Daytrana Desoxyn Dexedrine Focalin	Focalin XR Intuniv Kayway Metadate CD Nuvigil Provigil Quillivant XR	Ritalin Ritalin LA Ritalin SR Vyvanse Xyrem
<b>TESTOSTERONE REPLACEMENT MEDICATIONS</b>						
Maintenance	Android Danazol Testosterone Cyp Inj Testosterone Enan Inj Testred		Androgel Axiron	Androderm Androxy Aveed Depo-Testosterone	Fortesta Striant Testim Vogelxo	
<b>THYROID MEDICATIONS</b>						
Maintenance	Levothyroxine Liothyronine Methimazole Propylthiouracil Unithroid		Levoxyll Synthroid	Armour Thyroid	Cytomel Tapazole	Thyrolar Tirosint
<b>URINARY INCONTINENCE</b>						
Maintenance	Flavoxate Oxybutynin Oxybutynin XL Tolterodine	Tolterodine ER Trospium Trospium ER	Enablex Toviaz Vesicare	Detrol Detrol LA Ditropan XL	Gelnique Myrbetriq Oxytrol	Sanctura Sanctura XR
Non-Maintenance	Bethanechol	Hyoscyamine		Urecholine		
<b>VAGINAL PRODUCTS</b>						
Non-Maintenance	Gynazole-1 Metronidazole Miconazole Nitrate Nystatin Terconazole Urea (Carbamide) Vagistat Combo Pack		Cleocin Vaginal Suppository Crinone Estring Premarin	AVC Cleocin Vaginal Cream Endometrin Estrace Vaginal Femring	Metrogel Vaginal Terazol 3 Terazol 7 Vagifem	
<b>WEIGHT LOSS PRODUCTS Coverage Depends On Benefit Design</b>						
Non-Maintenance	Benzphetamine Diethylpropion Phendimetrazine Phentermine			Adipex-P Belviq Bontril Dilidex Qsymia	Suprenza Xenical	



**SPECIALTY PHARMACY PRODUCTS Coverage Depends On Benefit Design**

Your pharmacy benefit program may include coverage for certain products that are referred to as Specialty Medication. Most Specialty Medications are injectables, however some may be oral or transdermal. Specialty Medications may be medications that you administer to yourself or have a healthcare provider administer for you. The following is a list of medications that are considered Specialty Medications. As new medications that have similar indications enter the market these products may be added to the program without notice. (This list is subject to change – please consult Customer Service for an updated list) In many cases, these medications require prior authorization before dispensed. Medications marked with an (LD) are medications with a limited distribution program and distribution of these medications is usually from select specialty pharmacies directly to the patient, caregiver or institution. Medications listed in italics and underlined are considered preferred.

**Non-Restricted Specialty – Specialty co-pay and plan benefit provisions apply, however product is not limited to Specialty Pharmacies.**

<b>ANTICOAGULANTS</b>		<b>ANTINEOPLASTICS</b>			
ARIIXTRA ENOXAPARIN	FONDAPARINUX FRAGMIN	HEPARIN SODIUM LOVENOX	METHOTREXATE SODIUM	RHEUMATREX	
<b>ASSORTED CLASSES</b>		<b>ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.</b>			
ABSTRAL ACTEMRA ACTIQ FENTORA	LAZANDA LEVAQUIN SABRIL (LD) SIVEXTRO	STELARA SUBSYS VALCYTE ZYVOX	FEMARA PAMIDRONATE DISODIUM		
<b>GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.</b>		<b>HEMATOPOIETIC AGENTS</b>			
ENTYVIO REMICADE			CYANOCOBALAMIN CYANOJECT FERAHEME	HYDROXOCOBALAMIN INJECTAFER VITAMIN B-12	VENOFER
<b>HEMOSTATICS</b>		<b>MIGRAINE PRODUCTS</b>			
CYKLOKAPRON	CYSTAGON		DIHYDROERGOTAMINE MESYLATE		

**Specialty Medications – Plan benefit parameters may limit to Specialty Pharmacies only.**

<b>AMINOGLYCOSIDES</b>					
BETHKIS	TOBI	TOBRAMYCIN	XOLAIR		
<b>ANTIDOTES</b>					
DEFEROXAMINE DEXRAZOXANE	EXJADE (LD) FERRIPROX (LD)		MESNEX TOTECT	VORAXAZE	
<b>ANTINEOPLASTICS</b>					
8-MOP ABRAXANE ACTIMMUNE ADCETRIS ADRIAMYCIN ADRUCLIL AFINITOR ALFERON N ALIMTA ALKERAN ARINFOSTINE ARIMIDEX AROMASIN ARRANON ARZERRA AVASTIN AZACITADINE BELEODAQ BICNU BLEOMYCIN SULFATE BOSULIF BUSULFEX CALCIUM FOLINATE CAMPATH CAMPTOSAR CAPECITABINE CAPRELSA (LD) CARBOPLATIN CASODEX CENUU CISPLATIN CLADRIBINE COLLAR COMETRIQ (LD) COSMEGEN	CYCLOPHOSPHAMIDE CYRAMZA CYTARABINE DACARBAZINE DACOGEN (LD) DAUNORUBICIN DAUNOXOME DECITABINE (LD) DEPOCYT DOCEFREZ DOCETAXEL DOXIL DOXORUBICIN ELIGARD ELLENC ELOXATIN ELSPAR EMCYT EPIRUBICIN HCL ERBITUX ERIVEDGE ERWINAZE ETHYOL ETOPOSPHOS ETOPOSIDE FARESTON FASLODEX FIRMAGON FLOXURIDINE FLUDARA FLUDARABINE SULFATE FLUOROURACIL FOLOTYN FUDR FUSILEV	GAZYVA GEMCITABINE GEMZAR GILOTRIF GLEEVEC HALAVEN HERCEPTIN HEXALEN HYCAMTIN HYDREA ICLUSIG (LD) IDAMYCIN PFS IDARUBICIN HCL IFEX IFEX/MESNEX IFOSFAMIDE IFOSFAMIDE/MESNA IMBRUVICA INLYTA INTRON-A IRINOTECAN ISTODAX IXEMPRA JAKAFI JEVTANA KADCYLA KEPIVANCE KYPROLIS LEUCOVORIN LEUCOVORIN LEUKERAN LEUKINE LEUPROLIDE ACETATE LIPODOX LIPODOX 50	LUPANETA LUPRON DEPOT LYSDREN MAROIBO MATULANE MEKINIST MELPHALAN HCL MESNA METHOXSALEN MITOMYCIN MITOXANTRONE HCL MUSTARGEN MYLERAN NAVELBINE NEXAVAR (LD) NILANDRON NIPENT NOVANTRONE ONCASPAR OXALIPLATIN OXSORALEN ULTRA PACLITAXEL PANRETIN PERJETA (LD) PHOTOFRIN POMALYST (LD) PROLEUKIN PROVGENE PURINETHOL QUADRAMET RITUXAN SPRYCEL STIVARGA (LD) SUTENT SYLVANT	SYNRIBO TABLOID TAFINLAR TARCEVA TARGRETIN TASIGNA TAXOTERE TEMODAR THERACYS THIOTEPA THYROGEN TICE BCG TOPOSAR TOTECAN TORISEL TREANDA TRELSTAR DEPOT TRELSTAR LA TRETINOIN TREXALL TRISENOX TYKERB UVADEX VALCHLOR (LD) VALSTAR VANTAS VECTIBIX VELCADE VIDAZA VINBLASTINE SULFATE VINCASAR PFS VINCRISTINE SULFATE VINORELBINE TAR- TRATE VOTRIENT	XALKORI (LD) XELODA XTANDI (LD) YERVOY (LD) ZALTRAP ZANOSAR ZELBORAF (LD) ZEVALIN ZINECARD ZOLADEX ZOLINZA ZORTRESS ZYKADIA
<b>ANTIPARKINSON AGENTS</b>			<b>ANTIPSYCHOTIC AGENTS</b>		
APOKYN (LD)			GEODON RISPERDAL CONSTA	ZYPREXA INJ ZYPREXA RELPREVV	
<b>ANTIVIRALS</b>					
ABACAV/LAMIV/ZIDOVUD ABACAVIR ADEFOVIR APTIVUS ATRIPLA BARAFLUDE COMBIVIR COMPLERA COPEGUS CRIXIVAN CYTOVENE DIDANOSINE EDURANT EMTRIVA	EPIVIR EPIVIR HBV EPZICOM FOSCAVIR FUZEON GANCICLOVIR HEPAGAM HEPSERA HYPERHEP B S-D HYPERHAB S-D INCIVEK INFERGEN INVIKASE ISENTRESS	INTELENCE KALETRA LAMIVUDINE LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE LEXIVA NABI-HB NEVIRAPINE NORVIR OLYSIO PEGASYS PEG-INTRON PREZISTA REBETOL RESCRIPTOR	RETROVIR IV REVATAZ RIBAPAK RIBASPHERE RIBATAB RIBAVIRIN SELZENTRY SIMULECT SOVALDI STAVUDINE STRIBILD SUSTIVA TIVICAY TRIZIVIR	TRUVADA TYZEKA VICTRELIS VIDEX VIDEX EC VIRACEPT VIRAMUNE VIRAMUNE XR VIREAD VISTIDE ZERIT ZIAGEN ZIDOVUDINE	

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented. As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status. The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

**ASSORTED CLASSES**

ACTHREL ADAGEN AMMI AMBISOME ANZEMET ARCALYST (LD) ARGATROBAN ASTAGRAF XL ATGAM BENLYSTA BICILLIN	CAVERJECT CELLCEPT CLUVOSA CYCLOSPORINE DALVANCE DESFERAL ELAPRASE GENGRAF HECORIA HETLIOZ HYLENEX	ILARIS (LD) IMITREX INJ IMOGAM RABIES-HT IMURAN JUXTAPID (LD) KORLYM (LD) KRYSTEXXA (LD) KYNAMRO (LD) LEVAQUIN LUMIZYME MAKENA	MYCOPHENOLATE MYFORTIC MYOZYME NEORAL NEXAVIR NULOJIX OFIRMEV PARICALCITOL PRIALT PROGRAF PROLIA	RAPAMUNE REVLIMID SANDIMMUNE SIROLIMUS SIRTURO (LD) SIVEXTRO SODIUM CHLORIDE SOLESTA SUCRAID (LD) SOLIRIS SYLATRON	TACROLIMUS THALOMID VANCOMYCIN VIVITROL XIAFLEX (LD) XGEVA XYREM (LD) ZEMPLAR ZENAPAX ZYVOX
---	--	--	--	--	--

**BIOLOGICS**

ENBREL EXTAVIA HUMIRA KINERET ORENCIA SIMPONI	SIMPONI ARIA XELJANZ
--	-------------------------

**CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.**

ADCIRCA ADEMPAS (LD) DOBUTAMINE EPOPROSTENOL FIRAZYR (LD) FLOLAN (LD)	LETAIRIS (LD) NATRECOR OPSUMIT (LD) ORENITRAM (LD) REMODULIN (LD) REVATIO	SILDENAFIL TIKOSYN TRACLEER (LD) TYVASO (LD) VELETRI (LD) VENTAVIS (LD)
--	--	--

**CYSTIC FIBROSIS AGENTS**

CAYSTON (LD) KALYDECO (LD)
-------------------------------

**DERMATOLOGICALS**

ACITRETIN OTEZLA	QUTENZA SORIATANE
---------------------	----------------------

**ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.**

ADAGEN (LD) ALDURAZYME AMMONIOL BONIVA CALCIJEX CALCITONIN CALCITRIOL CARBAGLU (LD) CARNITOR CERYSE CYTADANE DANIV DELAESTRYL DEPOESTRADIOL DEPO PROVERA DEPOTESTOSTERONE	DESMOPRESSIN ACETATE DOXERCALCIFEROL EGRIFTA (LD) ELELYSO (LD) ELITEK EUFLEXXA FABRAZYME FIRAZYR FIRMAGON FORTEO GANITE GENOTROPIN GEL-ONE HECTOROL HUMATROPE	HYALGAN IBANDRONATE INCRELEX KALBITOR KUVAN LUVERIS MIACALCIN MIRENA MYALEPT (LD) NAGLAZYME NEXPLANON NORBITROPIN NPLATE NUTROPIN NUTROPIN AQ OCTROTIDE ACETATE	OMNITROPE ORFADIN (LD) ORTHOVISC PITRESSIN SYNTHETIC PROCYSBI (LD) PROMACTA RUVICTI (LD) RECLAST REFLUDAN RIMS0-50 SAIZEN SAMSCA SANDOSTATIN SAR DEPO SENSIPAR	SEROSTIM (LD) SIGNIFOR (LD) SKYLA SOMATULINE SOMAVERT (LD) SUPARTZ SUPPRELIN LA SYNREL SYNVISC TEV-TROPIN VAPRISOL VPRIV ZAVESCA (LD) ZOLEDRONIC ACID ZOMETA ZORBTIVE (LD) ZYTIGA
--	--	--	--	--

**GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.**

CHENODAL (LD) CIMZIA	DIFICID EMEND	GATTEX (LD) RELISTOR
-------------------------	------------------	-------------------------

**HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.**

ADVATE ALBUMIN HUMAN ALBUMINAR ALBUMIN-ZLB ALBUTEIN ALPHANATE ALPHANINE SD ARALAST (LD) BEBULIN VH BENEFIX	BERINERT BUMINATE CEPROTIN CINRYZE (LD) CORIFACT ELOCTATE FEIBA FLEXBUMIN GLASSIA (LD) HELIXATE FS	HEMOFIL M HYPERRHO S-D IPRIVASK KOATE-DVI KOGENATE FS MICRHOGAM MONOCLATE-P MONONINE NOVOSEVEN NOVOSEVEN RT	PANHEMATIN PLASBUMIN PLASMANATE PROFILNINE SD PROLASTIN-C RECOMBINATE RHOGAM RHOGAM PLUS RHOPHYLAC RIASTAP	RIXUBIS STIMATE THROMBATE III WINRHO XYNTHA WILATE ZEMAIRA
---	---	--	---	--

**HEMATOPOIETIC AGENTS**

ARANESP EPOGEN GRANIX	MOZOBL NEULASTA NEUMEGA	NEUPOGEN OMONTYS PROCRIT
-----------------------------	-------------------------------	--------------------------------

**HEMOSTATICS**

AMICAR AMINOCAPROIC ACID
-----------------------------

**INFERTILITY AGENTS**

BRAVELLE CETROTIDE CHORIONIC GONADOTROPIN CLOMID CLOMIPHENE	ESTRADIOL DELESTROGEN FOLLISTIM AQ GANIRELIX GONAL-F MENOPUR	NOVAREL OVIDREL PREGNYL PROGESTERONE IN OIL REPRONEX SEROPHENE
--	---	---

**INTRAOCULAR**

AMVISC AMVISC PLUS BSS PLUS CELLUGEL CYSTARAN DISCOVISC DUOVISC	EYLEA (LD) HEALON JETREA (LD) LUCENTIS (LD) MACUGEN OZURDEX PROVISC	RETISERT SHELLEL VISCOCAT VISUDYNE VITRASERT
---	---	--

**IVIG**

BIVIGAM CARIMUNE CYTOGAM FLEBOGAMMA GAMASTAN GAMMAGARD S/D GAMMAKED	GAMMAPLEX GAMUNEX HIZENTRA PRIVIGEN THYMOGLOBULIN VARIZIG
---	--

**PASSIVE IMMUNIZING AGENTS**

SYNAGIS
---------

**NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.**

ACTHAR HP (LD) AMPYRA (LD) AUBAGIO (LD) AVONEX BETASERON BOTOX	COPAXONE DYSPORT EXTAVIA GILENYA MYOBLOC REBIF	RILUTEK RILUZOLE TECFIDERA (LD) TYSABRI (LD) XENAZINE (LD) XEOMIN
---	---	--

**RESPIRATORY AGENTS - MISC.**

BETHKIS	PULMOZYME	TOBRAMYCIN	TOSBI
---------	-----------	------------	-------

## NON-PREFERRED FORMULARY MEDICATIONS AND THEIR PREFERRED FORMULARY ALTERNATIVE

NON-PREFERRED FORMULARY MEDICATION	PREFERRED FORMULARY ALTERNATIVE	NON-PREFERRED FORMULARY MEDICATION	PREFERRED FORMULARY ALTERNATIVE
Abilify.....	risperidone	Foradil.....	Serevent
Accu-Check.....	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra, FreeStyle Insulinx	Frova.....	sumatriptan, naratriptan, Relpax
Advicor.....	lovastatin, simvastatin, pravastatin, Crestor	Lescol.....	lovastatin, simvastatin, pravastatin, Crestor
Apriso.....	Asacol HD	Lescol XL.....	lovastatin, simvastatin, pravastatin, Crestor
Bayer Breeze.....	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra, FreeStyle Insulinx	Lialda.....	Asacol HD
Bayer Contour.....	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra, FreeStyle Insulinx	Lumigan.....	latanoprost
Benicar.....	losartan, irbesartan	Nasonex.....	flunisolide, fluticasone, Veramyst
Bydureon, Byetta.....	Tanzeum	One Touch Ultra.....	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra, FreeStyle Insulinx
Dulera.....	Advair, Breo Ellipta, Symbicort	Onglyza.....	Januvia
Dymista.....	flunisolide, fluticasone, Veramyst	Patanol.....	OTC Zaditor, ketotifen, azelastine
Enbrel.....	Humira	ProAir HFA.....	Ventolin HFA
		Tradjenta.....	Januvia
		Vytorin.....	lovastatin, simvastatin, pravastatin, Crestor

## PREFERRED DRUG LIST MEDICATIONS

This list contains the Preferred Brand Name Medications listed on the third tier of the formulary.

Actonel	Complera	Forteo	Namenda	Tamiflu
Advair Diskus	Coreg CR	Freestyle Light	Namenda XR	Tanzeum
Advair HFA	Cortisporin	Freestyle Freedom	Nexium	Tarka
Aggrenox	Cortisporin TC	Light	Nitrostat	Tasmar
Alocril	Coumadin	Freestyle Insulinx	Norvir	Tegretol
Alomide	Creon	Fuzeon	Orap	Tegretol XR
Alora	Crestor	Gabitril 12 mg, 16 mg	Oxycontin	Tekamlo
Alrex	Cresylate	Glyset	Pradaxa	Tekturna
Amturnide	Crinone	Humalog	Precision Xtra	Tekturna HCT
Androgel	Crixivan	Humulin	Prefest	Tikosyn
Anoro	Delzicol	Humulin 70/30	Premarin	Tivicay
Apidra	Diastat	Humulin N	Premphase	Tobradex Oint.
Aptivus	Dilantin	Humulin R	Prempro	Toviaz
Arcapta	Dovonex Ointment	Intencele	Prezista	Treximet
Asacol HD	Duavee	Invirase	Pristiq	Truvada
Atripla	Dutoprol	Isentress	Pulmicort Inhaler	Ventolin HFA
Atrovent HFA	Edurant	Jalyn	Pylera	Veramyst
Avodart	Effient	Janumet	Qvar	Vesicare
Axiron	Eliquis	Janumet XR	Ranexa	Viagra
Azopt	Emtriva	Januvia	Relpax	Viracept
Betoptic S	Enablex	Kaletra	Rescriptor	Viread
Breo Ellipta	Epivir Soln.	Kenalog Spray	Reyataz	Vivelle - Dot
Brilinta	Epzicom	Ketek	Selzentry	Xarelto
Canasa	Estring	Lanoxin	Serevent	Ziagen Solution
Celebrex	Exelon Patches	Lantus	Simcor	Zmax
Cenestin	Exforge HCT	Levemir	Spiriva	Zovirax Cream
Cialis	Farxiga	Levoxyl	Stalevo	
Cipro HC	Felbatol	Lexiva	Strattera	
Ciprodex	Femhrt 0.5/2.5	Livalo	Stribild	
Cleocin Vaginal Sup.	Flarex	Lotemax	Sustiva	
Coly-Mycin-S	Flovent	Lyrica	Symbicort	
Combipatch	FML Forte	Metrogel Topical 1%	Synthroid	



PO Box 407  
Boys Town, NE 68010  
TF 800 546 5677  
[www.pti-nps.com](http://www.pti-nps.com)