2014 Member Formulary

2014 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

NPS℠
National Pharmaceutical Services®

NPS PROCESSING

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. 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.

© Copyrighted by Pharmaceutical Technologies, Inc. 2014 Illegal to reproduce.
Tradenames are the registered trademarks of their respective product manufacturers.

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.

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 unrated 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.

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.

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.

© Copyrighted by Pharmaceutical Technologies, Inc. 2014 Illegal to reproduce.
Tradenames are the registered trademarks of their respective product manufacturers.

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[sm] 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
Abilify	30 tabs/30 days
Abilify sol	750 ml/30 days
Acanya	1 jar/30 days
Accolate	60 tabs/30 days
Accuneb 0.63 mg	120 vials/30 days
Accuneb 1.25 mg	360 vials/30 days
Accutane	150 day supply/calendar yr
Accutane	30 days/presc. dispensed
Aciphex	30 tabs/30 days
Actifoam	120 sponges/30 days
Actiq	120 lozenges/30 days
Actoplus Met	60 tabs/30 days
Actoplus Met XR	60 tabs/30 days
Acuvail	30 vials/60 days
Actos	30 tabs/30 days
acyclovir 5% oint	30 gm/30 days
Adcirca	60 tabs/30 days
Advair Diskus	1 inhaler (60 blisters)/30 days
Advicor	60 tabs/30 days
Aerochamber	1/calendar yr
Afinitor	30 tabs/30 days
Afluria	1 injection/presc. dispensed
afluzosin	30 tabs/30 days
Agriflu	1 injection/presc. dispensed
albuterol 0.63%	120 vials/30 days
albuterol 1.25%	360 vials/30 days
aller-ease	30 tabs/30 days
Allegra 60 mg	60 tabs/30 days
Allegra 180 mg	30 tabs/30 days
allergy relief	30 tabs/30 days
Alora	8 patches/30 days
Altoprev	30 tablets/30 days
Alsuma	6 inj/30 days
amethia, amethia lo	91 tabs/91 days
Amitiza	60 capsules/30 days
Ampyra ER	60 tablets/30 days
Androgel 1.62%	150 gm/30 days
Androgel 1%-50 mg & Pump	300 gm/30 days
Androgel 1%-25 mg	75 gm/30 days
anexsia	360 tabs/30 days
Antara 130 mg	30 tabs/30 days
Antara 43 mg	60 tabs/30 days
Arcalyst	4 vials/30 days
Avonex	4 vials/30 days
Alvesco	1 inhaler/30 days
Ambien	30 tabs/30 days
Ambien CR	30 tabs/30 days
Amerge 1 mg tabs	18 tabs (2 boxes)/30 days
Amerge 2.5 mg tabs	9 tabs (1 box)/30 days
Amevive	Limited to 18 yrs and older
amlodipine	30 tabs/30 days
amlodipine/atorvastatin	30 tabs/30 days
amlodipine/benazepril	30 tabs/30 days
amnesteem	30 days/presc. dispensed
Amrix	30 caps/30 days
Amturnide	30 tabs/30 days
anastrazole	30 tabs/30 days
Anzemet tabs	10 tabs/presc. dispensed
Aplenzin	30 tabs/30 days
Apriso	120 caps/30 days
Arcapta	30 caps/30 days
Aricept	30 tabs/30 days
Arimidex	30 tabs/30 days
Asmanex	1 inhaler/30 days
Astepro	1 bottle/30 days
Atacand	30 tabs/30 days
Atacand HCT	30 tabs/30 days
Atelvia	4 tabs/28 days
atorvastatin	30 tabs/30 days
Avalide	30 tabs/30 days
Avandamet	60 tabs/30 days
Avandaryl	60 tabs/30 days
Avandia	60 tabs/30 days
Avapro	30 tabs/30 days
Avelox	14 tabs/presc.
Avinza	30 capsules/30 days
Avitene	120 syringes/30 days
Avodart	30 capsules/30 days
Axert 12.5 mg tabs	12 tabs (2 boxes)/30 days
Axert 6.25 mg tabs	18 tab (3 boxes)/30 days
Axiron	180 ml/30 days
Bancap-hc	240 caps/30 days
Benzaclin	1 unit/30 days
Banzel	240 tabs/30 days
Benicar	30 tabs/30 days
Benicar HCT	30 tabs/30 days
Bepreve	10 ml/30 days
Betaseron	15 vials/30 days
Beyaz	28 tabs/28 days
bicalutamide	30 tabs/30 days
Boniva 150 mg	1 tab/28 days
Breo Ellipta	1 inhaler/30 days
Brilinta	60 tabs/30 days
Bromday	3.4 ml/30 days
budeprion XL 150 mg	90 tabs/30 days
budeprion XL 300 mg	60 tabs/30 days
butal/APAP/caff/codeine	180 caps/30 days
butal/ASA/caff/codeine	180 tabs/30 days
butorphanol NS	2 bottles (2.5 ml ea.)/30 days
Butrans	4 patches/28 days
Bydureon	1 box or 4 trays/28 days
Byetta	2.4 ml/30 days
Bystolic	60 tabs/30 days
Caduet	30 tabs/30 days
Caldolor	240 vials/30 days
Cambia	9 packets/30 days
camrese, camrese lo	91 tabs/91 days
candesartan	30 tabs/30 days
candesartan/HCTZ	30 tabs/30 days
Caprelsa	300 mg 30 tabs/30 days
Caprelsa	100 mg 60 tabs/30 days
carisoprodol	120 tabs/30 days
carisoprodol/ASA	150 tabs/30 days
carisoprodol/ASA/codeine	120 tabs/30 days
Casodex	30 tabs/30 days
Caverject	6 injections/30 days
Cayston	84 vials/56 days
Celebrex	60 caps/30 days
Cetraxal	14 vials/presc dispensed
Chantix	60 tabs/30 days
Cialis	6 tabs/30 days
Cialis 2.5 mg and 5 mg	30 tabs/30 days
Cimzia Starter Kit	1 kit per 365 days
Cimzia	2-200 mg inj or 400 mg/28 days
claravis	30 days/presc. dispensed
Clarinex, Clarinex D	30 tabs/30 days
Climara, Climara Pro	4 patches/30 days
clopidogrel	30 tabs/30 days
clozapine	120 tabs/30 days
Clozaril	120 tabs/30 days
Coartem	24 tabs/30 days
Co-gesic	240 tabs/30 days
Cognex	120 capsules/30 days
colchicine	120 tabs/30 days
Colcrys	120 tabs/30 days
Combivent Respimat	1 inhaler/30 days
Cometriq	1 kit/28 days
Complera	30 tabs/30 days
Concerta 18 mg, 27 mg, & 54 mg	30 tabs/30 days
Concerta 36 mg	60 tabs/30 days
Copaxone	3 kits per 30 days
Cordran Patch	24/30 days
Cordran Tape	2 rolls/30 days

continued on next page

continued from previous page

PRESCRIPTION DRUG	LIMIT
Coreg CR	30 tabs/30 days
Cozaar	30 tabs/30 days
Crestor	30 tabs/30 days
Cuvposa	1419 ml/30 days
CVS allergy relief 60 mg	60 tabs/30 days
CVS allergy relief 180 mg	30 tabs/30 days
CVS lansoprazole	30 tabs/30 days
cyclobenzparine ER	30 caps/30 days
Cymbalta 20 mg	90 capsules/30 days
Cymbalta 30 mg	30 capsules/30 days
Cymbalta 60 mg	30 capsules/30 days
Daliresp.	30 tabs/30 days
Daytrana	30 patches/30 days
Degarelix	1 injection/30 days
Denavir	5 gms/30 days
Depo-Provera	1 injection/90 days
desloratadine	30 tabs/30 days
Detrol	60 tabs/30 days
Detrol LA	30 capsules/30 days
Dexilant	30 caps/30 days
Diabetic Test Strips, Lancets, Syringes	800 units/3 mo. period
Diclegis	120 tabs/30 days
Diovan	30 tabs/30 days
Docefrez	1 box or 5 bottles/30 days
Dolacet	240 caps/30 days
Dolacet Forte	240 caps/30 days
donepezil	30 tabs/30 days
Diovan HCT	30 tabs/30 days
Duetact	30 tabs/30 days
Duexis	90 tabs/30 days
Dulera	1 inhaler/30 days
Duragesic	10 patches/30 days
Durezol	5 ml/30 days
Dutoprol	120 tabs/30 days
Dymista	1 bottle/30 days
Edarbi	30 tabs/30 days
Edarbyclor	30 tabs/30 days
Edex	6 injections/30 days
Edluar	30 tabs/30 days
Edurant	30 tabs/30 days
Effexor XR 37.5 mg	30 tabs/30 days
Effexor XR 75 mg	90 tabs/30 days
Effexor XR 150 mg	60 tabs/30 days
Effient	30 tabs/30 days
Elidel Cream	30 gms/presc. dispensed
Eliquis	60 tabs/30 days
Emend	5 tabs/presc. dispensed
Emsam	30 patches/30 days
Enablex	30 tabs./30 days
Enbrel 25 mg	16 injections/30 days
Enbrel 50 mg	8 injections/30 days
Endo Avitene	120 sheets/30 days
Endocet 7.5/500	240 tabs/30 days
Endocet 5/325	360 tabs/30 days
Endocet 10/650	180 tabs/30 days
Endocet 7.5/325	360 tabs/30 days
Endocet 10/325	360 tabs/30 days
enoxaparin	60 syringes/30 days
Epiduo	90 gms/30 days
Epipen, Epipen Jr	2 pens/30 days
Epivir HBV	30 tabs/30 days
eplerenone	60 tabs/30 days
EQ allergy relief	30 tabs/30 days
EQL aller-ease	30 tabs/30 days
Erectile Dysfunction Drugs	Limited to use in males only
Erectile Dysfunction Drugs (Cialis, Levitra, Viagra)	Combined limit of 6 tabs/30 days
Erivedge	30 caps/30 days
escitalopram	30 tabs/30 days
escitalopram soln	620 mL/30 days
Estring	1 ring/90 days
Evamist	1 box/30 days
Evista	30 tabs/30 days
Exalgo	30 tabs/30 days
Exelon	60 tabs/30 days
Exelon Patch	30 patches/30 days
Exforge	30 tabs/30 days
Exforge HCT	30 tabs/30 days
Extavia	15 vials/30 days
Eylea	0.05 ml/28 days
Factive	7 tabs/30 days
Fanapt	60 tabs/30 days
fenofibrate micro	30 caps/30 days
fenofibrate	30 tabs/30 days
fenofibric acid	30 caps/30 days
fentanyl	120 lollipops/30 days
Fentora	120 tabs/30 days
fexofenadine 30 mg & 60 mg	60 tabs/30 days
fexofenadine 180 mg	30 tabs/30 days
Fibricor	30 tabs/30 days
finasteride	30 tabs/30 days
finasteride	Limited to use in males only
Fioricet/codeine	180 caps/30 days
Flector	60 patches/30 days
Flomax	60 capsules/30 days
fluvastatin	60 caps/30 days
Flulaval	1 inj/presc. dispensed
Fluvirin	1 inj/calendar year
Flumist	1 treatment/presc. dispensed
fluvoxamine ER	30 caps/30 days
Fluzone intradermal	1 inj/ presc. dispensed
Foradil	1 inhaler (60 capsules)/30 days
Forfivo XL	30 tabs/30 days
Fortesta	120 gm/30 days
Fragmin 2500 U	12 syringes/30 days
Fragmin 5000 U	18 syringes/30 days
Fragmin 10,000 & 25,000 U	60 syringes/30 days
Frova 2.5 mg tabs.	18 tabs. (2 boxes)/30 days
Fulyzaq	60 tabs/30 days
galantamine ER	30 caps/30 days
Gardisil	Limited to females 13-26 yrs of age

PRESCRIPTION DRUG	LIMIT
Gelnique	30 gm/30 days
Gelnique 3%	92 gm/30 days
Geodon	60 capsules/30 days
Giazo	180 tabs/30 days
Giazo	Limited to use in males only
Gilenya	30 capsules/30 days
GNP allergy relief	30 tabs/30 days
GNP lansoprazole	30 tabs/30 days
Gralise 300mg	180 tab/30 days
Gralise 600mg	90 tab/30 days
granisetron	10 tabs./presc. dispensed
Helistat	120 sponges/30 days
Hepsera	30 tabs/30 days
HM fexofenadine 60 mg	60 tabs/30 days
HM fexofenadine 180 mg	30 tabs/30 days
Horizant	30 tabs/30 days
Humira 20 mg	8 injections/30 days
Humira 40 mg	4 injections/30 days
hydrocet	240 caps/30 days
hydrocodone/APAP	not to exceed 4000 mg of APAP/day
hydrocodone/APAP soln	3600 mL/30 days
Hydrogesic	240 caps/30 days
Hyzaar	30 tabs./30 days
Iclusig	30 tabs/30 days
Ilaris	1 vial/60 days
Ilevro	1.7 mL/14 days
Imitrex 25 mg tabs.	18 tabs (2 boxes)/30 days
Imitrex 50 mg tabs.	18 tabs (2 boxes)/30 days
Imitrex 100 mg tabs.	9 tabs (1 box)/30 days
Imitrex Injection	3 kits (6 injections)/30 days
Imitrex Nasal Spray	12 sprays (2 boxes)/30 days
Incivek	180 tabs/30 days for 12 weeks
Infergen	12 vials or syringes/30 days
Inlyta	120 tabs/30 days
Inspra	60 tabs/30 days
Intelence	120 tabs/30 days
Intermezzo	20 tabs/30 days
Intermezzo....(1.75 mg)	Limited to use in females only
Intermezzo..... (3.5 mg)	Limited to use in males only
introvale	91 tabs/91 days
Intuniv	30 tabs/30 days
Invega 3 mg & 9 mg	30 tabs/30 days
Invega 6 mg	60 tabs/30 days
Invokana	30 tabs/30 days
I-port	1 box/30 days
irbesartan	30 tabs/30 days
irbesartan/HCTZ	30 tabs/30 days
Iressa	30 tabs/30 days
Isentress	60 tabs/30 days
Isentress 25 mg chew	120 tabs/30 days
Isentress 100 mg chew	180 tabs/30 days
itraconazole	90 days supply/calendar yr
Jalyn	30 capsules/30 days
Jakafi	60 tabs/30 days
Janumet	60 tabs/30 days
Janumet XR	30 tabs/30 days
Januvia	30 tabs/30 days
jolessa	91 tabs/91 days
Jentadueto	60 tabs/30 days
Juxtapid	90 caps/30 days
Kadian	60 capsules/30 days
Kalydeco	60 tabs/30 days
Kapidex	30 caps/30 days
Kapvay	60 tabs/30 days
Kazano	60 tabs/30 days
Keppra XR 500mg	180 tabs/30 days
Keppra XR 750mg	120 tabs/30 days
Ketek	20 tabs/presc. dispensed
ketorolac tabs.	20 tabs/calendar yr
KLS aller-fex.	30 tabs/30 days
Kineret	30 syringes/30 days
Kombiglyze XR	60 tabs/30 days
KP fexofenadine 60 mg	60 tabs/30 days
KP fexofenadine 180 mg	30 tabs/30 days
Kynamro	4 inj/28 days
Kytril	10 tabs/presc. dispensed
Lamictal XR	30 tabs/30 days
Lamisil tabs.	90 days supply/calendar yr
lansoprazole	30 caps or ODT/30 days
latanoprost	5 mL/30 days
Latisse	3 ml/30 days
Latuda	30 tabs/30 days
Lescol	60 capsules/30 days
Lescol XL	30 capsules/30 days
levetiracetam ER 500 mg	180 tabs/30 days
levetiracetam ER 750 mg	120 tabs/30 days
levofloxacin	14 tabs/presc. dispensed
Letairis	30 tabs/30 days
Levaquin	14 tabs/presc.
Levitra	6 tabs/30 days
levonorgestrel	1 treatment/calendar yr
Lexapro	30 tabs/30 days
Lexapro soln	620 mL/30 days
Lialda	120 tabs/30 days
Lidoderm Patches	90 patches /30 days
Linzess	30 tabs/30 days
Lipitor	30 tabs/30 days
Liptruzet	30 tabs/30 days
Livalo	30 tabs/30 days
Lofibra	30 caps/30 days
Lo Loestrin Fe	28 tabs/28 days
Lorcet 10/650	180 tabs/30 days
Lortab	240 tabs/30 days
losartan	30 tabs/30 days
losartan/HCTZ	30 tabs/30 days
LoSeasonique	91 tabs/90 days
Lotrel	30 tabs/30 days
Lotronex	60 tabs/30 days
Lotronex	Limited to use in females only
Lovaza	120 capsules/30 days
Lovenox	60 syringes/30 days
Lumigan	5 ml/30 days
Lunesta	30 tabs/30 days
Luvox CR	30 caps/30 days
Lyrica	120 capsules/30 days

PRESCRIPTION DRUG	LIMIT
Lyrica soln	900 ml/30 days
Lysteda	30 tabs/30 days
Magnacet	300 tabs/30 days
Margesic	240 caps/30 days
Maxalt, Maxalt MLT 5 mg tabs.	24 tabs (4 boxes)/30 days
Maxalt, Maxalt MLT 10 mg tabs.	12 tabs (2 boxes)/30 days
Maxidone	150 tabs/30 days
medroxyprogesterone	1 injection/90 days
Mekinist	30 tabs/30 days
methylphenidate ER 18, 27, 54 mg	30 tabs/30 days
methylphenidate ER 36 mg	60 tabs/30 days
methylphenidate ER	60 caps/30 days
Metozolv	120 tabs/30 days
Micardis	30 tabs/30 days
Micardis HCT	30 tabs/30 days
Migranal Nasal Spray	16 sprays (2 boxes)/30 days
Mirapex	90 tabs/30 days
Mirapex ER	30 tabs/30 days
mirtazapine	30 tabs/30 days
modafanil 100 mg	120 tabs/30 days
modafanil 200 mg	60 tabs/30 days
montelukast	30 tabs/30 days
morphine ER	60 caps/30 days
Moxeza	3 ml/30 days
Multaq	60 tabs/30 days
Muse	6 inserts/30 days
Namenda	60 tabs./30 days
Namenda XR	30 tabs/30 days
naratriptan 1 mg	18 tabs/30 days
naratriptan 2.5 mg	9 tabs/30 days
Natazia	28 tabs/28 days
nateglinide	90 tabs/30 days
Nebupent	1 inhaler/30 days
Nesina	30 tabs/30 days
next choice	1 treatment/calendar yr
Neulasta	2 syringes/30 days
Neumega	21 vials/30 days
Nexium	30 capsules/30 days
Niaspan	60 tabs/30 days
Norco	360 tabs/30 days
Norvasc	30 tabs/30 days
Noxafil	Limited to 13 yrs and older
Nucynta	180 tabs/30 days
Nucynta ER	60 tabs/30 days
Nuvaring	1 /30 days
Nuvigil	30 tabs/30 days
olanzapine	30 tabs/30 days
olanzapine/fluoxetine	30 caps/30 days
Oleptro	30 tabs/30 days
Omacor	120 caps/30 days
Omeclamox	1 box/year
omeprazole	60 capsules/30 days
omeprazole/sod bicarb	30 caps/30 days
Omnaris	2 inhalers/30 days
ondansetron ODT tabs.	90 tabs/30 days
ondansetron tabs.	90 tabs/30 days
ondansetron soln	100 mL/presc. dispensed
Onglyza	30 tabs/30 days
Onsolis	30 films/30 days
Oral Contraceptives	Limited to use in females only
Oravig	14 tabs/presc. dispensed
Ortho Evra	3 patches/28 days
Oseni	30 tabs/30 days
Osphena	30 tabs/30 days
Oxtellar XR	120 tabs/30 days
oxycodone/APAP	not to exceed 4000 mg of APAP/day
oxycodone ER	120 tabs/30 days
Oxycontin	120 tabs/30 days
Oxytrol	8 patches/30 days
pantoprazole	30 tabs/30 days
paroxetine CR	60 tabs/30 days
Patanase	1 bottle/30 days
Paxil CR	60 tabs/30 days
Pegasys	8/30 days
Peg-Intron	4 syringes/vials/30 days
Pennsaid	150 ml/30 days
Pentasa 250 mg.	120 caps/30 days
Pentasa 500 mg	240 caps/30 days
Percocet 2.5, 5, 10/325 mg	360 tabs/30 days
Percocet 7.5/500	240 tabs/30 days
Percocet 10/650	180 tabs/30 days
Pexeva 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	30 tabs/30 days
Phoslyra	1800 ml/30 days
Phrenelin/caff/codeine	180 caps/30 days
Picato	3 tubes of 0.015%/presc. dispensed
Picato	2 tubes of 0.05%/presc. dispensed
pioglitazone	30 tabs/30 days
pioglitazone/glimepiride	30 tabs/30 days
pioglitazone/metformin	60 tabs/30 days
Plan B	1 treatment/calendar yr
Plavix	30 tabs/30 days
Pneumovax	1 injection/ presc. dispensed
Polygesic	240 caps/30 days
Potiga	1200 mg/30 days
Pradaxa	60 capsules/30 days
pramipexole	90 tabs/30 days
Prandimet	60 tabs/30 days
Prandin	240 tabs/30 days
Pravachol	30 tabs/30 days
pravastatin	30 tabs/30 days
Pregnyl	3 vials/30 days
Prevacid	30 tabs/30 days
Prilosec	60 caps/30 days
Pristiq	30 tabs/30 days
ProAir HFA	2 inhalers/30 days
Procrit 2000, 3000, 4000 unit only	12/30 days
Profasi	3 vials/30 days
Prolensa	1 bottle/presc dispensed
Promacta	90 tabs/30 days
Proscar	30 tabs/30 days
Protonix	30 tabs/30 days
Proventil HFA	2 inhalers/30 days
Provigil 100 mg	120 tabs/30 days

continued from previous page

PRESCRIPTION DRUG	LIMIT
Provigil 200 mg	60 tabs/30 days
Pulmicort Respules	60 ampules/30 days
Pulmozyme	30 ampules/30 days
Qnasl	1 bottle/30 days
Qualaquin	42 caps/365 days
quasense	91 tabs/91 days
quetiapine	60 tabs/30 days
Quillivant XR	360 ml/30 days
Qutenza	4 patches/84 days
RA allergy relief	30 tabs/30 days
RA lansoprazole	30 caps/30 days
RA omeprazole/sod bicarb	30 caps/30 days
Ranexa	120 tabs/30 days
Rapaflo	30 caps/30 days
Raptiva	Limited to 18 yrs and older
Razadyne ER	30 capsules/30 days
Rebif	12 injections/30 days
Regranex	15 gms/presc. dispensed
Relenza	1 treatment every 180 days
Relistor	2 kits or 15 vials/30 days
Relpax 20 mg	12 tabs/30 days
Relpax 40 mg	6 tabs/30 days
repaglinide	240 tabs/30 days
Requip XL	30 tabs/30 days
Restasis	60 vials/30 days
Revatio	90 tabs/30 days
Risperdal 4mg	120 tabs/30 days
Risperdal all strengths except 4 mg	60 tabs/30 days
risperidone 4 mg	120 tabs/30 days
risperidone all strengths except 4 mg	60 tabs/30 days
Ritalin LA	60 capsules/30 days
rivastigmine	60 caps/30 days
rizatriptan, rizatriptan ODT 5 mg tabs	24 tabs/30 days
rizatriptan, rizatriptan ODT 10 mg tabs	12 tabs/30 days
ropinirole ER	30 tabs/30 days
Rozerem	30 tabs/30 days
Roxicet 5/325	360 tabs/30 days
Roxicet 5/500	240 tabs/30 days
Rybix ODT	240 tabs/30 days
Ryzolt	30 tabs/30 days
Sabril	180 tabs/30 days
Safyral	28 tabs/28 days
Samsca	60 tabs/30 days
Sanctura	60 tabs/30 days
Sanctura XR	30 capsules/30 days
Sancuso	4 transdermal patches/30 days
Santyl	30 grams/presc. dispensed
Saphris	60 sublingual tabs/30 days
Savella	60 tabs/30 days
Seasonale	91 tabs/91 days
Seasonique	91 tabs/91 days
Serevent Diskus	1 inhaler (60 blisters)/30 days
Seroquel	60 tabs/30 days
Seroquel XR	60 tabs/30 days
sildenafil 20 mg	90 tabs/30 days
Silenor	30 tabs/30 days
Simbrinza	1 bottle/30 days
Simcor	60 tabs/30 days
simvastatin	30 tabs/30 days
Singulair	30 tabs/packets/30 days
Singulair Chewables	Limited to 15 yrs and under
Skelid	60 tabs/30 days
Sklice	120 ml/7 days
SM fexofenadine 60 mg	60 tabs/30 days
SM fexofenadine 180 mg	30 tabs/30 days
Solaraze	100 gm/30 days
Soma	120 tabs/30 days
Soma compound	150 tabs/30 days
Soma compound/codeine	120 tabs/30 days
Sonata tabs	30 tabs/30 days
Sorilux	120 gms/30 days
sotret	30 days/presc. dispensed
Spiriva	1 inhaler (30 capsules)/30 days
Sporanox	90 day supply/calendar year
Sprix	5 bottles/30 days
Stadol NS	2 bottles (2.5 ml each)/30 days
Stagesic	240 caps/30 days
Starlix	90 tabs/30 days
Staxyn	6 tabs/30 days
Stivarga	84 tabs/28 days
Strattera	60 capsules/30 days
sumatriptan	3 kits (6 inj)/30 days
sumatriptan 100 mg	9 tabs/30 days
sumatriptan 25 and 50 mg	18 tabs/30 days
sumatriptan NS	12 sprays (2 boxes)/30 days
Sumavel DosePro	6 injections/30 days
Suprenza	30 tabs/30 days
Sylatron	4 syringes/30 days
Symbicort	1 inhaler/30 days
Symbyax	30 capsules/30 days
Symlin Pen 60	1 pack or 3 ml/30 days
Symlin Pen 120	1 pack or 5.4 ml/30 days
Tafinlar	120 caps/30 days
Tamiflu	1 treatment every 180 days
Tamiflu susp	75 mL/180 days
tamsulosin	60 caps/30 days
Tarka	30 tabs/30 days
Tasmar	90 tabs/30 days
Tecfidera	60 caps/30 days
Teflaro	30 vials/30 days
Tekturna	30 tabs/30 days
Tekturna HCT	30 tabs/30 days
Terazol 3	1 tube/30 days
Terazol 7	1 tube/30 days
Tekamlo	30 tabs/30 days
terbinafine tabs	90 days supply/calendar yr
terconazole 3	1 tube/30 days
terconazole 7	1 tube/30 days
TGT allergy relief	30 tabs/30 days
TOBI	56 ampules/30 days
Tobradex ST	5 ml/30 days
tolterodine	60 tabs/30 days
Toradol	20 tabs/calendar yr
Toviaz	30 tabs/30 days
Tradjenta	30 tabs/30 days
tramadol	240 tabs/30 days
tramadol ER	30 tabs/30 days
tramadol/APAP	240 tabs/30 days
trandolopril/verapamil	30 tabs/30 days
tranexamic acid	30 tabs/30 days
Transderm SCOP	10 patches/30 days
Travatan Z	5 ml/30 days
Treximet	9 tabs/30 days
Tribenzor	30 tabs/30 days
Tricor	30 tabs/30 days
Triglide	30 tabs/30 days
Trilipix	30 caps/30 days
trospium	60 tabs/30 days
trospium er	30 caps/30 days
Twynsta	30 tabs/30 days
Tylox	240 caps/30 days
Uceris	30 tabs/30 days
Ulesfia	1362 mL/30 days
Uloric	30 tabs/30 days
Ultram ER	30 tabs/30 days
Ultram/Ultracet	240 tabs/30 days
Uroxatral	30 tabs/30 days
valsartan	30 tabs/30 days
valsartan/HCTZ	30 tabs/30 days
Valturna	30 tabs/30 days
Vanacet	240 tabs/30 days
vandetanib 100 mg	60 tabs/30 days
vandetanib 300 mg	30 tabs/30 days
Vascepa	120 caps/30 days
Veltin	30 grams/30 days
venlafaxine ER 37.5 mg	30 caps/30 days
venlafaxine ER 75 mg	90 caps/30 days
venlafaxine ER 150 mg	60 caps/30 days
Ventolin HFA	2 inhalers/30 days
Veregin oin	15 gm/30 days
Vesicare	30 tabs/30 days
Viagra	6 tabs/30 days
Vicodin 5/500	240 tabs/30 days
Vicodin HP	180 tabs/30 days
Vicodin ES	150 tabs/30 days
Victoza	3 pens/30 days
Viibryd	30 tabs/30 days
Vimovo	60 tabs/30 days
Vimpat	60 tabs/30 days
Viramune XR	30 tabs/30 days
Voltaren Gel	960 gm/30 days
Vytorin	30 tabs/30 days
wal-fex allergy 60 mg	60 tabs/30 days
wal-fex allergy 180 mg	30 tabs/30 days
Wellbutrin XL 150 mg	90 tabs/30 days
Wellbutrin XL 300 mg	60 tabs/30 days
Xalatan	5 ml/30 days
Xalkori	60 caps/30 days
Xarelto	30 tabs/30 days
Xeljanz	60 tabs/30 days
Xerese	5 gm/30 days
zafirlukast	60 tabs/30 days
zaleplon	30 tabs/30 days
Zazole	1 tube/30 days
Zegerid capsules/powder	30/30 days
Zetia	30 tabs/30 days
Zelboraf	240 tabs/30 days
Zetonna	1 bottle/30 days
Ziana	30 gm/30 days
ziprasidone	60 caps/30 days
Zipsor	120 caps/30 days
Zocor	30 tabs/30 days
Zofran ODT tabs.	90 tabs/30 days
Zofran tabs.	90 tabs/30 days
Zofran soln	100 ml/presc. dispensed
zolmitriptan 2.5 mg	12 tabs/30 days
zolmitriptan 5 mg	6 tabs/30 days
zolpidem	30 tabs/30 days
Zolpimist	1 canister/30 days
Zomig Nasal Spray	12 sprays (2 boxes)/30 days
Zomig, Zomig ZMT 2.5 mg tabs.	12 tabs (2 boxes)/30 days
Zomig, Zomig ZMT 5 mg tabs.	6 tabs (2 boxes)/30 days
Zortress	60 tabs/30 days
Zostavax	Limited to 50 yrs and older
Zovirax ointment	30 grams (2 x 15 gm tubes)/30 days
Zydone	300 tabs/30 days
Zyflo CR	120 tabs/30 days
Zymaxid	1 bottle/30 days
Zyprexa	30 tabs/30 days
Zyprexa Relprevv 210, 300 mg	1 inj/14 days
Zyprexa Relprevv 405 mg	1 inj/28 days
Zyvox	56 tabs/28 days
Zytiga	120 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 período de 6 meses.

MEMBER BILL OF RIGHTS

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.

EN ESPAÑOL

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. 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.

© Copyrighted by Pharmaceutical Technologies, Inc. 2014 Illegal to reproduce.
Tradenames are the registered trademarks of their respective product manufacturers.

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, toda clases terapéuticas son revisados 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.

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 menos, 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. Generamente, los precios promedios de medicamentos geneticos 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.

© Copyrighted by Pharmaceutical Technologies, Inc. 2014 Illegal to reproduce.
Tradenames are the registered trademarks of their respective product manufacturers.

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 intermitente. 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 Resumes 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 afectar 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 pagina 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 ejercitar 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.

© Copyrighted by Pharmaceutical Technologies, Inc. 2014 Illegal to reproduce.
Tradenames are the registered trademarks of their respective product manufacturers.

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS		SECOND TIER PREFERRED BRANDS	THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS		
ACNE PRODUCTS *Coverage Depends On Benefit Design*						
Non-Maintenance	Adapalene Amnesteem Avita Benzoyl Peroxide Benzoyl peroxide/ clindamycin Benzoyl peroxide/ erythromycin BPO	Claravis Clindamycin Erythromycin Metronidazole Minocycline ER Pacnex Sulfacetamide Sodium Sulfur Tretinoin Tretinoin microspheres	Metrogel Topical 1%	Acanya Accutane Atralin Azelex Benzac Benzac AC Benzaclin Benzamycin Gel Benziq Cleocin	Cleocin T Topical Clindagel Desquam-X Differin Differin 0.3% Duac Gel Epiduo Inova Klaron Metrocream	Metrolotion Neobenz Noritate Nuox Plexion Retin-A Rosac Solodyn Triaz Veltin Ziana
ALZHEIMER'S MEDICATIONS						
Non-Maintenance	Donepezil Galantamine Galantamine ER	Rivastigmine Capsules	Namenda Exelon Patches Namenda XR	Aricept Cognex Exelon Capsules		Razadyne Razadyne ER
ANAL/RECTAL PRODUCTS						
Non-Maintenance	Hydrocortisone Pramoxine Hydrochloride			Analpram HC Anusol HC Cortenema		Cortifoam Proctocort Proctofoam
ANTI-ARRHYTHMIC (TO REGULATE HEART RHYTHM)						
Maintenance	Amiodarone Disopyramide Flecainide Mexiletine Procainamide	Pacerone Propafenone Quinidine Sotalol Sotalol AF	Tikosyn	Betapace Betapace AF Cordarone Multaq Norpace		Norpace CR Rythmol Rythmol SR Tambocor
ANTIBIOTICS						
Non-Maintenance	Amoxicillin Amoxicillin/ Clavulanate Amoxicillin/ Clavulanate ER Ampicillin Azithromycin Cefaclor 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 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 Dificid Doryx Elmiron Flagyl Flagyl ER Floxin	Furadantin Hiprex Keflex Levaquin Lincocin Macro-dantin Minocin Monodox Monurol Moxatag Noroxin Omnicef PCE Spectracef Septra Teflaro Tindamax Vancocin Vantin Vibratab	Xifaxan Z-Pak Zithromax Zyvox
ANTIBIOTICS-TOPICAL						
Non-Maintenance	Bacitracin Gentamicin Ketoconazole foam	Mupirocin Polymyxin B	Akne-Mycin Cortisporin	Altabax Bactroban Extina		
ANTICONVULSANTS						
Maintenance (all suspension forms are non-maintenance)	Carbamazepine Carbamazepine ER Clonazepam Diazepam Divalproex Divalproex ER Ethosuximide Felbamate Susp. Gabapentin Lamotrigine Levetiracetam	Oxcarbazepine Phenelzine Phenobarbital Phenytoin Primidone Tiagabine Topiramate Valproate Sodium Valproic Acid Zonisamide	Dilantin Felbatol Gabitril Lyrica Tegretol Tegretol XR	Banzel Carbatrol Depakene Depakote Depakote ER Equetro Fycompa Keppra Keppra XR Klonopin Lamictal	Lamictal ODT Lamictal XR Mysoline Neurontin Onfi Oxtellar XR Phenytek Potiga Sabril Stavzor	Topamax Trileptal Vimpat Zarontin Zonegran
Non-Maintenance	Ethosuximide Suspension Phenytoin Suspension Valproic Acid Suspension		Diastat			
ANTIDEPRESSANTS						
Maintenance	Amitriptyline Amoxapine Bupropion, SR, XL Citalopram Clomipramine Chlordiazepoxide/ Amitriptyline Desipramine Doxepin Escitalopram Fluoxetine Fluvoxamine Fluvoxamine ER	Imipramine Maprotiline Mirtazapine Nefazodone Nortriptyline Paroxetine Paroxetine ER Perphenazine/ Amitriptyline Sertraline Tranylcypromine Trazodone Venlafaxine Venlafaxine ER	Cymbalta Pristiq	Anafranil Aplenzin Celexa Effexor Effexor XR Emsam Forfivo XL Lexapro Luvox CR Marplan Nardil Norpramin Oleptro Pamelor	Parnate Paxil Paxil CR Prozac Prozac Wkly Remeron Remeron Sol Tab Sarafem Surmontil Tofranil Tofranil PM Viibryd Vivactil	Wellbutrin Wellbutrin SR Wellbutrin XL Zoloft
ANTIDIARRHEALS						
Non-Maintenance	Diphenoxylate/ Atropine	Lonox Loperamide		Alinia Imodium Lomotil		Motofen Xifaxan

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		
ANTIEMETICS (FOR NAUSEA AND/OR VOMITING)							
Non-Maintenance	Dolasetron Granisetron **Meclizine** Ondansetron Prochlorperazine **Promethazine**	Trimethobenzamide			Antivert Anzemet Diclegis Emend Kytril Marinol	Phenergan Sancuso Tigan Transderm Scop Zofran	Zofran ODT Zuplenz
ANTIFUNGALS							
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
ANTIFUNGALS - TOPICAL							
Non-Maintenance	Ciclopirox Clotrimazole Clotrimazole/ Betamethasone Econazole Fungoid Ketoconazole	Miconazole Nystatin Nystatin/ Triamcinolone Terbinafine			Exelderm Lamisil Loprox Lotrimin Lotrisone Mentax Naftin	Nizoral Oxistat Penlac Nail Lacquer	
ANTIPSYCHOTICS							
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 Fazaclo Geodon Invega Invega Sustenna Invega ER Latuda Lithobid Loxitane Navane	Risperdal Risperdal M Risperdal Consta Saphris Seroquel Seroquel XR Symbyax Zyprexa Zyprexa Relprevv Zyprexa Zydis	
ANTIVIRALS							
Maintenance	Abacavir Acyclovir Acyclovir 5% ointment Amantadine Didanosine Famciclovir Ganciclovir Lamivudine Lamivudine/zidovudine Nevirapine Rimantadine Stavudine Valacyclovir Zidovudine		Aptivus Atripla Complera Crixivan Edurant Emtriva Epivir HBV Epivir Soln. Epzicom Fuzeon Intelence Invirase Isentress Kaletra Lexiva Norvir	Prezista Rescriptor Reyataz Selzentry Stribild Sustiva Tamiflu Trizivir Truvada Viracept Viramune XR Viread Ziagen Solution Zovirax Cream	Combivir Cytovene Denavir Topical Epivir Famvir Incivek Relenza Diskhaler Retrovir Valtrex Victrelis Videx Viramune Xerese topical Zerit	Ziagen Tablets Zovirax Ointment Zovirax Tablets/ Capsules	
ASTHMA/COPD INHALERS AND NEBULIZER SOLUTIONS							
Non-Maintenance	Albuterol Metaproterenol Levalbuterol		Ventolin HFA		Proair HFA Proventil HFA	Xopenex Xopenex HFA	
Maintenance	Budesonide Cromolyn Sodium Ipratropium Bromide Ipratropium/Albuterol		Advair Diskus Arcapta Atrovent HFA Breo Ellipta Combivent Flovent	Pulmicort Qvar Serevent Spiriva Symbicort	Alvesco Asmanex Brovana Combivent Respimat	Dulera Foradil Perforomist Tudorza	
ASTHMA/COPD - ORAL MEDICATIONS							
Maintenance	Albuterol Aminophylline Dyphylline Metaproterenol Montelukast	Terbutaline Theophylline Zafirlukast			Accolate Daliresp Lufyllin Singulair Theo-24	Zyflo CR	
BLOOD MODIFIERS							
Non-Maintenance	Enoxaparin Heparin	**Warfarin**	**Coumadin**		Arixtra Fragmin	Innohep Lovenox	
Maintenance	Anagrelide Cilostazol Clopidogrel	Dipyridamole Pentoxifylline Ticlopidine	Aggrenox Brilinta Effient Pradaxa	Xarelto	Agrylin Amicar Eliquis Plavix	Pletal Trental	
CHOLESTEROL LOWERING AGENTS - STATINS							
Maintenance	Amlodipine/ atorvastatin Atorvastatin Fluvastatin	Lovastatin Pravastatin Simvastatin	**Crestor** **Livalo**		Advicor Altoprev Lescol Lescol XL	Lipitor Liptruzet Mevacor Pravachol	Vytorin Zocor
CHOLESTEROL LOWERING AGENTS - OTHER							
	Colestipol Cholestyramine Fenofibric acid	Fenofibrate Gemfibrozil Prevalite	Lovaza Niaspan Simcor		Antara Colestid Fibricor Lipofen	Lofibra Lopid Tricor Triglide	Trilipix Vascepa Welchol Zetia

© Copyrighted by Pharmaceutical Technologies, Inc. 2014 Illegal to reproduce.
Tradenames are the registered trademarks of their respective product manufacturers.

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS		SECOND TIER PREFERRED BRANDS		THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS		
CONTRACEPTIVES (BIRTH CONTROL) Coverage Depends On Benefit Design							
Maintenance	Amethyst Apri Aranelle Aviane Balziva Camila Cryselle Enpresse Errin Gianvi Jolessa Junel Kariva Kelnor Lessina Levora Low-Ogestrel Lutera Microgestin Nortrel Ocella	Ogestrel Portia Previfem Reclipsen Sprintec Tilia FE Tri-Legest FE Tri-lo Sprintec Tri-Previfen-M Tri-Sprintec Trivora Velivet Zeosa Zovia			Alesse Angeliq Beyaz Brevicon Cesia Cyclessa Desogen Estrostep FE Femcon FE Jolivette Leena Lo/Ovral Lo-Seasonique Loestrin Lo Loestrin Fe Lybrel Mircette Modicon Mononessa Natazia Necon Nor-Be Nordette	Norinyl Nor-QD Nuva Ring Ortho-Cept Ortho-Cyclen Ortho-EVRA Ortho-Micron Ortho-Novum 1/35 Ortho-Novum 1/50 Ortho-Novum 10/11 Ortho-Novum 7/7/7 OrthoTriCyclen Ortho TriCyclen Lo Ovcon 35 Safyral Seasonale Seasonique Solia Trinessa Tri-Norinyl Yasmin Yaz
CORTICOSTEROIDS - ORAL							
Non-Maintenance	Cortisone Acetate Dexamethasone Hydrocortisone Methylprednisolone	Prednisolone **Prednisone** Triamcinolone			Aristocort Celestone Cortef Decadron	Dexam-ethasone Intensol Liquid Pred Medrol	Pediapred Prelone Rayos
CORTICOSTEROIDS - TOPICAL (FOR RASH, INFLAMMATION)							
Non-Maintenance	Alclometasone Amcinonide Betamethasone Clobetasol Desonide Desoximeta-sone Diflorasone Diacetate	Fluocinonide Fluticasone Halobetasol Hydrocortisone Mometasone Pramoxine Prednicarbate Repaglinide Triamcinolone			Aclovate Cloderm Cordran Cordran Tape Cutivate Derma-Smoothe/FS Dermatop Desonate Desowen Diprolene	Elocon Halog Kenalog Spray Locoid Luxiq Olux-E Temovate Texacort Topicort Ultravate Vanos	Westcort
COUGH/COLD/ALLERGY PRODUCTS							
Non-Maintenance	Generic Cough/Cold/Allergy Combination Products				Allerx Allfen DM Allfen Atuss Donatussin Syrup Maxifed Nalex-A	Norel Palgic Phenergan Tussionex Tussi-Organidin	
DIABETIC ORAL AGENTS							
Maintenance	Acarbose Chlorpropamide Glimepiride Glipizide Glipizide/ Metformin Glyburide Glyburide/ Metformin Glyburide, Micronized Metformin	Nateglinide Pioglitazone Pioglitazone/ glimepiride Pioglitazone/ metformin Repaglinide Tolazamide Tolbutamide	Glyset Janumet Janumet XR Januvia		Actoplus-met Actos Amaryl Avandamet Avandaryl Avandia DiaBeta Duetact Fortamet Glucophage	Glucophage XR Glucotrol Glucotrol XL Glucovance Glynase Invokana Jentadueto Kazano Metaglip Nesina	Onglyza Oseni Prandin Prandimet Precose Proglycem (non-maint.) Starlix Tradjenta
DIABETIC SUPPLIES (Meters, Test Strips)							
Non-Maintenance			FreeStyle Lite FreeStyle Freedom Lite FreeStyle Insulinx Precision Xtra				
DIGESTANTS							
Maintenance			Creon		Pancreaze Pertzye Ultresa	Viokace Zenpep	
DIURETICS (Water Pills)							
Maintenance	Acetazolamide Acetazolamide ER Amiloride/HCTZ Bumetanide Chlorothiazide Chlorothiazide/ HCTZ Chlorthalidone Furosemide Hydrochloro-thiazide	Indapamide Metolazone Methyclothiazide Spironolactone Spironolactone/ HCTZ Torsemide Triamterene Triamterene/ HCTZ			Aldactazide Aldactone Amiloride Demadex Diamox Sequel Cap Diuril Suspension Dyazide Dyrenium	Edecrin Lasix Maxzide Zaroxolyn	

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		
ECZEMA/PSORIASIS MEDICATIONS						
Non-Maintenance	Acitretin Anthralin Calcipotriene	Selenium Sulfide Tazarotene	Dovonex Cream/Ointment	Altabax Dovonex Drithrocreme HP Fabior Taclonex	Tazorac Soriatane Sorilux Vectical	
ERECTILE DYSFUNCTION (Impotency) Coverage Depends On Benefit Design						
Non-Maintenance	Alprostadil Sildenafil citrate	Yohimbine	**Viagra** **Cialis**	Caverject Edex **Levitra**	Muse Staxyn Stendra	
GASTROINTESTINAL (HEARTBURN, ULCERS) Coverage Depends On Benefit Design						
Maintenance	Cimetidine Dicyclomine Famotidine Lansoprazole Misoprostol Nizatidine Omeprazole	Omeprazole/ Bicarbonate OTC Prilosec Pantoprazole Ranitidine Sucralfate	Nexium	Aciphex Axid Bentyl Carafate Cytotec Dexilant	Helidac Metozolv ODT Omeclamox Pepcid Prevacid	Prevpac Prilosec Protonix Tagamet Zantac Zegerid
GASTROINTESTINAL MISC PRODUCTS						
Non-Maintenance	Dicyclomine Glycopyrrolate Hyoscyamine Metoclo-pramide	Propantheline Bromide Scopolamine	Pylera	Amitiza Bentyl Cantil Dificid Donnatal Fulyzaq	Levsin Linzess Pamine Reglan Robinul	
GOUT MEDICATIONS						
Maintenance	**Allopurinol** Colchicine/ Probenecid	Probenecid		Krystexxa Uloric Zyloprim		
Non-Maintenance				Colcrys		
HIGH BLOOD PRESSURE: ACE INHIBITORS						
Maintenance	Benazepril Captopril Enalapril Fosinopril Lisinopril	Moexipril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril		Accupril Aceon Altace Capoten	Lotensin Mavik Monopril Prinivil	Univasc Vasotec Zestril
HIGH BLOOD PRESSURE: ACE INHIBITORS + DIURETIC						
Maintenance	Benazepril/ HCTZ Captopril/HCTZ Enalapril/HCTZ	Fosinopril/HCTZ Lisinopril/HCTZ Moexipril/HCTZ Quinapril/HCTZ		Accuretic Capozide Lotensin HCT	Prinzide Uniretic Vaseretic Zestoretic	
HIGH BLOOD PRESSURE: ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST (ARB)						
Maintenance	Candesartan Eprosartan	Irbesartan Losartan	**Diovan**	Atacand Avapro Benicar	Cozaar Edarbi Micardis	Teveten
HIGH BLOOD PRESSURE: ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST (ARB) + CALCIUM CHANNEL BLOCKER						
Maintenance			Exforge	Azor	Twynsta	
HIGH BLOOD PRESSURE: ARB + DIURETIC						
Maintenance	Candesartan/ HCTZ Irbesartan/HCTZ	Losartan/HCTZ Valsartan/HCTZ		Atacand HCT Avalide Benicar HCT	Diovan HCT Edarbyclor Hyzaar	Micardis HCT Teveten HCT
HIGH BLOOD PRESSURE: CALCIUM CHANNEL BLOCKERS						
Maintenance	Amlodipine Cartia XT Diltia 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 Dilacor XR Dynacirc CR Isoptin Nimotop Norvasc Procardia XL	Sular Verelan PM
HIGH BLOOD PRESSURE: ACE-INHIBITOR + CALCIUM CHANNEL BLOCKER						
Maintenance	Amlodipine/Benazepril Trandolapril/Verapamil		Tarka	Lotrel		
HIGH BLOOD PRESSURE: BETA-BLOCKERS						
Maintenance	Acebutolol Atenolol Betaxolol Bisoprolol Carvedilol Labetalol Metoprolol Metoprolol XL Nadolol Pindolol Propranolol	Propranolol XL Sotalol Timolol	Coreg CR	Betapace Bystolic Coreg Corgard Inderal Inderal LA	Innopran XL Kerlone Levatol Lopressor Sectral Tenormin	Trandate Toprol XL Zebeta
HIGH BLOOD PRESSURE: BETA-BLOCKERS + DIURETIC						
Maintenance	Atenolol/ chlorthalidone Bisoprolol/ HCTZ	Metoprolol/ HCTZ Propranolol/ HCTZ	Dutoprol	Lopressor HCT Tenoretic Ziac		

© Copyrighted by Pharmaceutical Technologies, Inc. 2014 Illegal to reproduce.
Tradenames are the registered trademarks of their respective product manufacturers.

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS	SECOND TIER PREFERRED BRANDS	THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS
HIGH BLOOD PRESSURE: MISCELLANEOUS			
Maintenance	Clonidine Clonidine/ Chlorthalidone Digoxin Doxazosin Eplerenone Guanfacine Hydralazine Hydralazine/ HCTZ Hydralazine/ HCTZ/ Reserpine Isoxsuprine Methyldopa/ HCTZ Minoxidil Nadolol/Bendro Papaverine Prazosin Reserpine Terazosin	Amturnide Exforge HCT Lanoxin Tekturna Tekturna HCT Tekamlo	Bidil Cardura Catapres Catapres-TTS Corzide Inspra Minipress Tenex Tribenzor
HORMONES			
Maintenance	Estradiol Estradiol/Norethindrone Estropipate Jinteli Medroxyprogesterone Methyltestosterone	Alora Cenestin Combipatch Femhrt 0.5/2.5 Prefest Premarin Premphase Prempro Vivelle-Dot	Activella Climara Climara Pro Divigel Elestrin Enjuvia Estrace Estrasorb Estrogel Evamist Femhrt 1/5 Femtrace Makena Menostar Osphena Provera
Non-Maintenance	Norethindrone Progesterone		Aygestin Prometrium
INFLAMMATORY BOWEL AGENTS			
Maintenance	Sulfasalazine	Asacol Asacol HD	Amitiza Apriso Azulfidine Dipentum Lialda Linzess Lotronex Pentasa Uceris
Non-Maintenance	Budesonide Mesalamine	Canasa	Colazal Entocort EC Giazo Rowasa
INSULINS			
Maintenance		Apidra Humalog Humulin Humulin 70/30 Humulin N Humulin R Lantus Levemir	Byetta Bydureon Novolog Novolin 70/30 Novolin N Novolin R
MIGRAINE MEDICATIONS *Quantity Limitations May Apply*			
Non-Maintenance	Butorphanol NS Dihydroergotamine Epidrin Ergotamine Ergotamine/ Caffeine Isomethetene/ Dichlora phenazone/APAP Naratriptan Propranolol Rizatriptan Rizatriptan ODT Sumatriptan Topiramate Zolmitriptan Zolmitriptan ODT	Relpax Treximet	Alsuma Axert Botox Cafergot Cambia Depakote ER D.H.E. 45 Ergomar Frova Imitrex Inderal LA Maxalt Maxalt-MLT Migergot Migranal Nasal Spray Phrenilin Forte Sumavel Dosepro Topamax Zomig Zomig ZMT
MUSCLE RELAXANTS			
Non-Maintenance	Carisoprodol Carisoprodol/ ASA Chlorzoxazone Cyclobenzaprine Dantrolene Metaxalone Methocarbamol Orphenadrine Citrate		Amrix Dantrium Flexeril Norflex Parafon Forte Robaxin Skelaxin Soma Soma Compound
Maintenance	Baclofen Tizanidine		Lioresal Zanaflex
NARCOTIC ANALGESICS (PAIN RELIEVERS-SEDATING)			
Non-Maintenance	Acetaminophen/Codeine Acetaminophen/Hydrocodone Acetaminophen/Oxycodone Aspirin/Oxycodone Codeine Fentanyl Hydrocodone Hydromorphone Ibuprofen/Hydrocodone Meperidine Methadone Morphine Morphine ER Oxycodone Oxymorphone Oxymorphone ER Pentazocine Promethazine Tramadol Tramadol/APAP Tramadol ER	Oxycontin	Abstral Actiq Avinza Butrans Capital And Codeine Demerol Dilaudid Duragesic Embeda Exalgo Fentora Fioricet Fiorinal Kadian Lazanda Lorcet Lortab Maxidone MS Contin Norco Nucynta Nucynta ER Percocet Percodan Onsolis Opana Opana ER Oxecta Roxicodone Rybix ODT Ryzolt Subsys Synalgos Talacen Talwin Talwin NX Tylenol With Codeine Tylox Ultracet Ultram Vicodin Vicoprofen Zydone
NASAL PRODUCTS			
Non-Maintenance	Azelastine Flunisolide Ipratropium Fluticasone Triamcinolone	Rhinocort Aqua Veramyst	Astelin Astepro Atrovent NS Beconase AQ Dymista Flonase Nasacort AQ Nasonex Patanase Qnasl Zetonna

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
NITRATES (FOR HEART/ANGINA)			
Maintenance *(except for sublingual and inhaled dosage forms)*	Amyl Nitrite Dipyridamole Isosorbide Dinitrate Isosorbide Mononitrate Nitroglycerin	Ranexa Nitrostat	Imdur Isordil Nitro-Dur Nitrolingual
NON-NARCOTIC ANALGESICS (PAIN)			
Non-Maintenance	Choline Magnesium Diflunisal Salsalate		Dolobid Equagesic
NON-SEDATING ANTIHISTAMINES Coverage Depends On Benefit Design			
Non-Maintenance	Cetirizine Cetirizine D Desloratadine Fexofenadine OTC Fexofenadine/ PSE Loratadine Loratadine D OTC Generic Claritin OTC Generic Zyrtec		Allegra Allegra D Clarinex Clarinex D Xyzal Zyrtec Zyrtec D
NON-STEROIDAL ANTIINFLAMMATORY AGENTS (NSAIDS) AND ANTI-RHEUMATIC AGENTS			
Non-Maintenance	Ibuprofen Suspension Indomethacin Suspension Ketorolac Methotrexate		Enbrel Humira Kineret Motrin Suspension Naprosyn Susp. Pennsaid Sprix Toradol Xeljanz
Maintenance	Diclofenac Diclofenac/ Misoprostol Etodolac Fenoprofen Flurbiprofen Ibuprofen Indomethacin Ketoprofen Leflunomide Meclofenamate Meloxicam Mefenam Nabumetone Naproxen Piroxicam Oxaprozin Sulindac Tolmetin	Celebrex	Anaprox Anaprox DS Ansaid Arava Arthrotec Cataflam Clinoril Daypro Duexis Feldene Flector Indocin Mobic Motrin Nalfon Naprelan Naprosyn Naprosyn EC Ponstel Ridaura Vimovo Voltaren Voltaren XR Zipsor
OPHTHALMIC PRODUCTS - GLAUCOMA			
Non-Maintenance	Apraclonidine Betaxolol Brimonidine Carteolol Dipivefrin Dorzolamide Dorzolamide/ Timolol Latanoprost Levobunolol Metipranolol Pilocarpine Timolol Travaprost	Azopt Betoptic S	Alphagan Alphagan P Betagan Betimol Betoptic Combigan Cosopt Iopidine Isopto Carbachol Isopto Carpine Istalol Lumigan Optipranolol Pilopine HS Simbrinza Timoptic Travatan Z Trusopt Xalatan Zioptan
OPHTHALMIC PRODUCTS - PAIN/INFLAMMATION			
Non-Maintenance	Bromfenac Dexamethasone Diclofenac Fluorometholone Flurbiprofen Ketorolac Levofloxacin Prednisolone Tetracaine Tobramycin/Dexamethasone	Alrex Flarex FML Forte FML S FML SOP Lotemax Tobradex Oint	Acular Acuvail Alcaine Alrex Blephamide Bromday Decadron Durezol Econopred Flarex FML Forte FML Liquifilm FML S FML SOP Ilevro Lotemax Maxidex Maxitrol Nevanac Ocufen Poly-Pred Pontocaine Pred Forte Pred G Pred Mild Prolensa Tobradex Susp. Tobradex ST Vexol Voltaren
OPHTHALMIC PRODUCTS - ANTI-INFECTIVES			
Non-Maintenance	Bacitracin Ciprofloxacin Erythromycin Gentamicin Gramicidin Neomycin Ofloxacin Polymyxin B Sulfacetamide Sod Tobramycin Tobramycin/ Dexamethasone Trifluridine Trimethoprim	Tobradex Oint.	AzaSite Besivance Betadine Bleph-10 Ciloxan Moxeza Natacyn Ocuflox Polysporin Polytrim Tobradex ST Tobradex Susp. Tobrex Vigamox Viroptic Vitrasert Zirgan Zylet Zymar Zymaxid
OPHTHALMIC PRODUCTS - ANTI-ALLERGICS *Coverage Depends On Benefit Design*			
Non-Maintenance	Azelastine Cromolyn Epinastine Ketotifen	Alamast Alocril Alomide	Bepreve Crolom Elestat Emadine Optivar Pataday Patanol Zaditor
OPHTHALMIC PRODUCTS - MISCELLANEOUS			
Non-Maintenance	Atropine Cyclopentolate Homatropine Naphazoline Phenylephrine Tropicamide		Cyclogyl Cyclomydril Homatropine Isopto Atropine Isopto Hyoscine Mydfrin Mydriacyl Restasis
OSTEOPOROSIS DRUGS			
Maintenance	Alendronate Calcitonin Etidronate Ibandronate	Actonel Evista Forteo	Atelvia Binosto Boniva Tablet Didronel Fortical Fosamax Fosamax+D Miacalcin Spray Skelid

© Copyrighted by Pharmaceutical Technologies, Inc. 2014 Illegal to reproduce.
Tradenames are the registered trademarks of their respective product manufacturers.

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

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.

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. Medication 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.

ANTICOAGULANTS

ARIXTRA
ENOXAPARIN
FONDAPARINUX
FRAGMIN
HEPARIN SODIUM
INNOHEP
LOVENOX

ANTINEOPLASTICS

METHOTREXATE SODIUM
RHEUMATREX

ASSORTED CLASSES

ABSTRAL
ACTEMRA
ACTIQ
FENTORA
LAZANDA
LEVAQUIN
ONSOLIS
SABRIL (LD)
STELARA
SUBSYS
VALCYTE
ZYVOX

ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.

AREDIA
FEMARA
PAMIDRONATE DISODIUM

GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.

REMICADE

HEMATOPOIETIC AGENTS

CYANOCOBALAMIN
CYANOJECT
HYDROXOCOBALAMIN
VITAMIN B-12
SHOVITE

HEMOSTATICS

CYKLOKAPRON

MIGRAINE PRODUCTS

DIHYDROERGOTAMINE MESYLATE

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

AMINOGLYCOSIDES

TOBI

ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS

XOLAIR

ANTIDOTES

DEFEROXAMINE
DEXRAZOXANE
EXJADE (LD)
FERRIPROX (LD)
MESNEX
TOTECT
VORAXAZE

ANTINEOPLASTICS

8-MOP
ABRAXANE
ACTIMMUNE
ADCETRIS
ADRIAMYCIN
ADRUCIL
AFINITOR
ALFERON N
ALIMTA
ALKERAN
AMIFOSTINE
ARIMIDEX
AROMASIN
ARRANON
ARZERRA
AVASTIN
BEXXAR
BICNU
BLEOMYCIN SULFATE
BOSULIF
BUSULFEX
CALCIUM FOLINATE
CAMPATH
CAMPTOSAR
CAPRELSA (LD)
CARBOPLATIN
CASODEX
CEENU
CERUBIDINE
CISPLATIN
CLADRIBINE
CLOLAR
COMETRIQ (LD)
COSMEGEN
CYCLOPHOSPHAMIDE
CYTARABINE
DACARBAZINE
DACOGEN (LD)
DAUNORUBICIN
DAUNOXOME
DECITABINE (LD)
DEPOCYT
DOCEFREZ
DOCETAXEL
DOXIL
DOXORUBICIN
ELLENCE
ELIGARD
ELOXATIN
ELSPAR
EMCYT
EPIRUBICIN HCL
ERBITUX
ERIVEDGE
ERWINAZE (LD)
ETHYOL
ETOPOPHOS
ETOPOSIDE
FARESTON
FASLODEX
FIRMAGON
FLUOROURACIL
FLOXURIDINE
FLUDARA
FLUDARABINE SULFATE
FOLOTYN
FUDR
FUSILEV
GEMCITABINE
GEMZAR
GLEEVEC
HALAVEN
HERCEPTIN
HEXALEN
HYCAMTIN
HYDREA
ICLUSIG
IDAMYCIN PFS
IDARUBICIN HCL
IFEX
IFEX/MESNEX
IFOSFAMIDE
IFOSFAMIDE/MESNA
INLYTA
INTRON-A
IRESSA (LD)
IRINOTECAN
ISTODAX
IXEMPRA
JAKAFI
JEVTANA
KADCYLA
KEPIVANCE
KYPROLIS
LETROZOLE
LEUCOVORIN
LEUKERAN
LEUKINE
LEUPROLIDE ACETATE
LIPODOX
LIPODOX 50
LUPRON DEPOT
LYSODREN
MATULANE
MEKINIST
MELPHALAN HCL
MESNA
MITOMYCIN
MITOXANTRONE HCL
MUSTARGEN
MYLERAN
MYLOTARG
NAVELBINE
NEXAVAR (LD)
NILANDRON
NIPENT
NOVANTRONE
ONCASPAR
ONTAK
ONXOL
OXALIPLATIN
OXSORALEN ULTRA
PACLITAXEL
PANRETIN
PENTOSTATIN
PERJETA (LD)
PHOTOFRIN
PLENAXIS
POMALYST
PROLEUKIN
PROVENGE
PURINETHOL
QUADRAMET
RITUXAN
SPRYCEL
STIVARGA (LD)
SUTENT
SYNRIBO
TABLOID
TAFINLAR
TARCEVA
TARGRETIN
TASIGNA
TAXOTERE
TEMODAR
THERACYS
THIOTEPA
THYROGEN
TICE BCG
TOPOSAR
TOPOTECAN
TORISEL
TREANDA
TRELSTAR DEPOT
TRELSTAR LA
TRETINOIN
TREXALL
TRISENOX
TYKERB
UVADEX
VALSTAR
VANTAS
VANDETANIB (LD)
VECTIBIX
VELCADE
VESANOID
VIDAZA
VINBLASTINE SULFATE
VINCASAR PFS
VINCRISTINE SULFATE
VINORELBINE TARTRATE
VOTRIENT
VUMON
XALKORI (LD)
XELODA
XTANDI (LD)
YERVOY (LD)
ZALTRAP
ZANOSAR
ZELBORAF (LD)
ZEVALIN
ZINECARD
ZOLADEX
ZOLINZA
ZORTRESS

ANTIPARKINSON AGENTS

APOKYN (LD)

ANTIPSYCHOTIC AGENTS

GEODON
RISPERDAL CONSTA
ZYPREXA INJ
ZYPREXA RELPREVV

ANTIVIRALS

ABACAVIR
APTIVUS
ATRIPLA
BARACLUDE
COMBIVIR
COMPLERA
COPEGUS
CRIXIVAN
CYTOVENE
DIDANOSINE
EDURANT
EMTRIVA
EPIVIR
EPIVIR HBV
EPZICOM
FOSCAVIR
FUZEON
GANCICLOVIR
HEPAGAM
HEPSERA
HYPERHEP B S-D
HYPERRAB S-D
INCIVEK
INFERGEN
INVIRASE
ISENTRESS
INTELENCE
KALETRA
LAMIVUDINE
LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE
LEXIVA
NABI-HB
NEVIRAPINE
NORVIR
PEGASYS
PREZISTA
PEG-INTRON
REBETOL
RESCRIPTOR
RETROVIR IV
REYATAZ
RIBAPAK
RIBASPHERE
RIBATAB
RIBAVIRIN
SELZENTRY
SIMULECT
STAVUDINE
STRIBILD
SUSTIVA
TRIZIVIR
TRUVADA
TYZEKA
VICTRELIS
VIDEX
VIDEX EC
VIRACEPT
VIRAMUNE
VIRAMUNE XR
VIREAD
VISTIDE
ZERIT
ZIAGEN
ZIDOVUDINE

© Copyrighted by Pharmaceutical Technologies, Inc. 2014 Illegal to reproduce.
Tradenames are the registered trademarks of their respective product manufacturers.

ASSORTED CLASSES

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

BIOLOGICS

ENBREL
EXTAVIA
GILENYA
HUMIRA
KINERET
ORENCIA
SIMPONI
XELJANZ

CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.

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

CYSTIC FIBROSIS AGENTS

CAYSTON (LD)
KALYDECO

DERMATOLOGICALS

ACITRETIN
AMEVIVE
QUTENZA
SORIATANE

ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.

ADAGEN (LD)
ALDURAZYME
AMMONUL
AREDIA
BONIVA
CALCIJEX
CALCITONIN
CALCITRIOL
CARBAGLU (LD)
CARNITOR
CEREDASE
CEREZYME
CRINONE
CYSTADANE
DDAVP
DELATESTRYL
DEPOESTRADIOL
DEPO PROVERA
DEPOTESTOSTERONE
DESMOPRESSIN ACETATE
EGRIFTA (LD)
ELELYSO (LD)
ELITEK
EUFLEXXA
FABRAZYME
FIRAZYR (LD)
FIRMAGON
FORTEO
GANITE
GENOTROPIN
HECTOROL
HUMATROPE
HYALGAN
INCRELEX
KALBITOR
KUVAN
LUVERIS
MIACALCIN
MIRENA
NAGLAZYME
NORDITROPIN
NPLATE
NUTROPIN
NUTROPIN AQ
OCTREOTIDE ACETATE
OMNITROPE
ORFADIN (LD)
ORTHOVISC
PITRESSIN SYNTHETIC
PROMACTA
RAVICTI (LD)
RECLAST
REFACTO
REFLUDAN
RIMSO-50
SAIZEN
SAMSCA
SANDOSTATIN
SANDOSTATIN LAR DEPOT
SENSIPAR
SEROSTIM (LD)
SIGNIFOR (LD)
SOMATULINE
SOMAVERT (LD)
STIMATE
SUPARTZ
SUPPRELIN LA
SYNAREL
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)
ATRYN
BEBULIN VH
BENEFIX
BERINERT
BUMINATE
CEPROTIN
CINRYZE (LD)
CORIFACT
FEIBA VH IMMUNO
FLEXBUMIN
GLASSIA (LD)
HELIXATE FS
HEMOFIL M
HUMATE-P
HYPERRHO S-D
IPRIVASK
KOATE-DVI
KOGENATE FS
MICRHOGAM
MONOCLATE-P
MONONINE
NOVOSEVEN
NOVOSEVEN RT
PANHEMATIN
PLASBUMIN
PLASMANATE
PROFILNINE SD
PROLASTIN
PROLASTIN-C
RECOMBINATE
RHOGAM
RHOPHYLAC
RIASTAP
THROMBATE III
WINRHO
XYNTHA
WILATE
ZEMAIRA

HEMATOPOIETIC AGENTS

ARANESP
EPOGEN
MOZOBIL
NEULASTA
NEUMEGA
NEUPOGEN
OMONTYS
PROCRIT

HEMOSTATICS

AMICAR
AMINOCAPROIC ACID

INFERTILITY AGENTS

BRAVELLE
CETROTIDE
CHORIONIC GONADOTROPIN
CLOMID
CLOMIPHENE
ESTRADIOL
DELESTROGEN
FOLLISTIM AQ
GANIRELIX
GONAL-F
IMPLANON
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 (LD)
OZURDEX
PROVISC
RETISERT
SHELLGEL
VISCOAT
VISUDYNE (LD)
VITRASERT

IVIG

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

PASSIVE IMMUNIZING AGENTS

SYNAGIS

NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.

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

RESPIRATORY AGENTS - MISC.

PULMOZYME
TOBI

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.

NON-PREFERRED FORMULARY MEDICATIONS AND THEIR PREFERRED FORMULARY ALTERNATIVE

NON-PREFERRED FORMULARY MEDICATION	PREFERRED FORMULARY ALTERNATIVE
Abilify	Risperidone
Accu-Check	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra, FreeStyle Insulinx
Advicor	lovastatin, simvastatin, pravastatin, Crestor
Allegra-D	loratadine D, cetirizine D, fexofenadine/pse
Amerge	sumatriptan, naratriptan, Relpax
Avalide	losartan/hctz, valsartan/hctz
Avapro	losartan, valsartan
Bayer Contour	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra, FreeStyle Insulinx
Bayer Breeze	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra, FreeStyle Insulinx
Benicar	losartan, valsartan
Clarinex	loratadine, fexofenadine, cetirizine
Clarinex D	loratadine D, cetirizine D, fexofenadine/pse
Enbrel	Humira
Foradil	Serevent
Frova	sumatriptan, naratriptan, Relpax
Lescol	lovastatin, simvastatin, pravastatin, Crestor
Lescol XL	lovastatin, simvastatin, pravastatin, Crestor
Lexapro	citalopram, paroxetine, fluoxetine, sertraline
Lumigan	latanoprost
Maxalt	sumatriptan, naratriptan, Relpax
Nasacort AQ	flunisolide, fluticasone, Rhinocort Aqua, Veramyst
Nasonex	fluticasone, Rhinocort Aqua, Veramyst
Patanol	OTC Zaditor, ketotifen, azelastine
Prevacid	OTC Prilosec, omeprazole, Nexium, lansoprazole
One Touch Ultra	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra, FreeStyle Insulinx
Vytorin	lovastatin, simvastatin, pravastatin, Crestor

© Copyrighted by Pharmaceutical Technologies, Inc. 2014 Illegal to reproduce.
Tradenames are the registered trademarks of their respective product manufacturers.

PREFERRED DRUG LIST MEDICATIONS

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

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

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.

PO Box 407
Boys Town, NE 68010
TF 800 | 546 | 5677

www.pti-nps.com

00016-13