



2007 Formulary 2007 Formulario

(List of Covered Drugs)

Please Read: This Document Contains Information
About The Drugs Covered By This Plan

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

This document includes the **YOURx PLAN** brought to you by Medco and Tennessee Valley Authority partial formulary as of January 01, 2007. For a complete, updated formulary, please visit our website at www.medco.com or call 1-800-592-4520, 24 hours a day, 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas). TTY/TDD users should call 1-800-716-3231.



2007 Formulario

(Lista de Medicamentos Cubiertos)

Lea Por Favor: Este Documento Contiene Información
Acerca de los Medicamentos Cubiertos Por Este Plan

Nota para los afiliados existentes: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor revise este documento para cerciorarse de que todavía contiene los medicamentos que toma.

Este documento incluye el formulario parcial de **YOURx PLAN** a partir de enero 01, 2007. Para obtener un formulario completo, actualizado, por favor visite nuestro sitio Web en www.medco.com o llame al 1-800-592-4520, las 24 horas del día, 7 días a la semana, (excepto en el Día de Acción de Gracias "Thanksgiving" y Navidad). Los usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-716-3231.

What is the YOURx PLAN Formulary?

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

This document is a partial formulary and includes only some of the drugs covered by **YOURx PLAN**. For a complete listing of all prescription drugs covered by **YOURx PLAN**, please visit our website at www.medco.com or call 1-800-592-4520, 24 hours a day, 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas). TTY/TDD users should call 1-800-716-3231.

Can the Formulary change?

Generally, if you are taking a drug on our 2007 formulary that was covered at the beginning of the year, we will not discontinue or reduce coverage of the drug during the 2007 coverage year except when a new, less expensive generic drug becomes available or when new adverse information about the safety or effectiveness of a drug is released. Other types of formulary changes, such as removing a drug from our formulary, will not affect members who are currently taking the drug. It will remain available at the same cost-sharing amount for those members taking it for the remainder of the coverage year. We feel it is important that you have continued access for the remainder of the coverage year to the formulary drugs that were available when you chose our plan, except for cases in which you can save additional money or improve the safety of your drugs.

If we remove drugs from our formulary, add prior authorization, quantity limits and/or step therapy restrictions on a drug, or move a drug to a higher cost-sharing tier, we must notify affected members of the change at least 60 days before the change becomes effective, or at the time the member requests a refill of the drug, at which time the member will receive a 60-day supply of the drug. If the Food and Drug Administration deems a drug on our formulary to be unsafe or the drug's manufacturer removes the drug from the market, we will immediately remove the drug from our formulary and provide notice to members who take the drug. The enclosed formulary is current as of January 01, 2007. To get updated information about the drugs covered by **YOURx PLAN**, please visit our website at www.medco.com or call Customer Service at 1-800-592-4520, 24 hours a day, 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas). TTY/TDD users should call 1-800-716-3231.

How do I use the Formulary?

There are two ways to find your drug within the formulary:

MEDICAL CONDITION

The formulary begins on page 5. The drugs in this formulary are grouped into categories according to type of medical conditions that they are used to treat. For example, drugs used to treat a heart condition are listed under the category "Cardiovascular Agents." If you know what your drug is used for, look for the category name in the list that begins on page 1. Then look under the category name for your drug.

ALPHABETICAL LISTING

If you are not sure what category to look under, you should look for your drug in the Index that begins on page 27. The Index provides an alphabetical list of all of the drugs included in this document. Both brand-name drugs and generic drugs are listed in the Index. Look in the Index and find your drug. Next to your drug, you will see the page number where you can find coverage information. Turn to the page listed in the Index and find the name of your drug in the first column of the list.

What are generic drugs?

YOURx PLAN covers both brand-name drugs and generic drugs. A generic drug has the same active-ingredient as the brand-name drug. Generic drugs usually cost less than brand-name drugs and are approved by the Food and Drug Administration (FDA).

Are there any restrictions on my coverage?

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

- **Prior Authorization:** **YOURx PLAN** requires you or your physician to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval from **YOURx PLAN** before you fill your prescriptions. If you don't get approval, **YOURx PLAN** may not cover the drug.
- **Quantity Limits:** For certain drugs, **YOURx PLAN** limits the amount of the drug that **YOURx PLAN** will cover. For example, **YOURx PLAN** provides 30 tablets per prescription for LIPITOR.
- **Step Therapy:** In some cases, **YOURx PLAN** requires you to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition. For example, if Drug A and Drug B both treat your medical condition, **YOURx PLAN** may not cover Drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, **YOURx PLAN** will then cover Drug B.

You can find out if your drug has any additional requirements or limits by looking in the formulary that begins on page 5.

You can ask **YOURx PLAN** to make an exception to these restrictions or limits. See the section "How do I request an exception to the **YOURx PLAN** formulary?" on page iii for information about how to request an exception.

What if my drug is not on the Formulary?

If your drug is not included in this formulary, you should first contact our Customer Service department and ask if your drug is covered. This document includes only a partial list of covered drugs, so **YOURx PLAN** may cover your drug. You can contact our Customer Service at 1-800-592-4520, 24 hours a day, 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas). TTY/TDD users should call 1-800-716-3231.

If you learn that **YOURx PLAN** does not cover your drug, you have two options:

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

NOTE: Due to a change in Medicare, most Medicare Drug Plans will no longer cover erectile dysfunction (ED) drugs like Viagra, Cialis, Levitra, and Caverject starting January 01, 2007. Call your Medicare Drug Plan for more information.

How do I request an exception to the YOURx PLAN Formulary?

You can ask **YOURx PLAN** to make an exception to our coverage rules. There are several types of exceptions that you can ask us to make.

- You can ask us to cover your drug even if it is not on our formulary.
- You can ask us to waive coverage restrictions or limits on your drug. For example, for certain drugs, **YOURx PLAN** limits the amount of the drug that we will cover. If your drug has a quantity limit, you can ask us to waive the limit and cover more.
- You can ask us to provide a higher level of coverage for your drug. If your drug is contained in our Tier 3, you can ask us to cover it at the cost-sharing amount that applies to drugs in Tier 2 instead. This would lower the amount you must pay for your drug. Please note, if we grant your request to cover a drug that is not on our formulary, you may not ask us to provide a higher level of coverage for the drug. Also, you may not ask us to provide a higher level of coverage for specialty drugs that are in Tier 5.

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

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

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

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

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

If you are a resident of a long-term care facility, we will cover a temporary 30-day transition supply (unless you have a prescription written for fewer days). We will cover more than one refill of these drugs for the first 90 days you are a member of our Plan. If you need a drug that is not on our formulary or if your ability to get your drugs is limited, but you are past the first 90 days of membership in our Plan, we will cover a 30-day emergency supply of that drug (unless you have a prescription written for fewer days) while you pursue a formulary exception.

Other times when we will cover a temporary 30-day transition supply (or less, if you have a prescription written for fewer days) include:

- When you enter a long-term care facility
- When you leave a long-term care facility
- When you are discharged from a hospital
- When you leave a skilled nursing facility
- When you cancel hospice care

YOURx PLAN will send you a letter within 3 business days of your filling a temporary transition supply notifying you that this was a temporary supply and explaining your options.

For more information

For more detailed information about your **YOURx PLAN** prescription drug coverage, please review your Evidence of Coverage and other plan materials.

If you have questions about **YOURx PLAN**, please call Customer Service at 1-800-592-4520, 24 hours a day, 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas). TTY/TDD users should call 1-800-716-3231. Or visit www.medco.com.

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

YOURx PLAN's Formulary

The formulary that begins on page 5 provides coverage information about some of the drugs covered by **YOURx PLAN**. If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Index that begins on page 27. Remember: This is only a partial list of drugs covered by **YOURx PLAN**. If your prescription is not in this partial formulary, please visit our website at www.medco.com or call Customer Service at 1-800-592-4520, 24 hours a day, 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas). TTY/TDD users should call 1-800-716-3231 for additional help.

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

The information in the Requirements/Limits column tells you if **YOURx PLAN** has any special requirements for coverage of your drug.

The tier level refers to the level of coverage for each medication. The amount you pay at each tier level during your initial coverage period is explained below. After you reach your \$50 deductible, you are responsible for paying these amounts for your medications until you reach a true out-of-pocket cost of \$3,850.

	Retail Co-payment 30-day supply	Mail-Order Co-payment 90-day supply
Generic drugs (Tier 1)	\$10.00	\$20.00
Plan-preferred brand-name drugs (Tier 2)	\$30.00	\$60.00
Non-preferred brand-name drugs (Tier 3)	\$50.00	\$100.00
Specialty (Tier 5)	\$50.00	\$100.00

If you are not sure whether your drug is covered, please visit our website at www.medco.com or call our Customer Service at 1-800-592-4520, 24 hours a day, 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas). TTY/TDD users should call 1-800-716-3231.

¿Qué es el Formulario de YOURx PLAN?

Un formulario es una lista de los medicamentos elegidos por **YOURx PLAN** en consulta con un equipo de proveedores del cuidado médico, quienes representan las terapias de prescripción que se creen ser una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. **YOURx PLAN** cubrirá generalmente los medicamentos listados en nuestro formulario mientras que el medicamento sea médicamente necesario, la prescripción sea llenada en una farmacia de la red de **YOURx PLAN** y otras reglas del plan sean seguidas. Para más información sobre cómo rellenar sus prescripciones, por favor revise su Evidencia de la Cobertura.

Este documento es un formulario parcial e incluye solo algunos de los medicamentos cubiertos por **YOURx PLAN**. Para obtener una lista completa de todos los medicamentos con receta cubiertos por **YOURx PLAN**, por favor visite nuestro sitio Web en www.medco.com o llame al 1-800-592-4520, las 24 horas del día, 7 días a la semana, (excepto en el Día de Acción de Gracias “Thanksgiving” y Navidad). Los usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-716-3231.

¿Puede cambiar el Formulario?

Generalmente, si usted está tomando un medicamento de nuestro formulario del 2007 que fue cubierto al principio del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura del 2007 excepto cuando un medicamento genérico nuevo y menos costoso llegara a estar disponible o cuando nueva información adversa sobre la seguridad o la eficacia de un medicamento es lanzada. Otros tipos de cambios en el formulario, tales como quitar un medicamento de nuestro formulario, no afectarán a los afiliados que estén tomando actualmente el medicamento. Seguirá estando disponible a la misma cantidad de costo compartidos para aquellos miembros que la tomen por el resto del año de cobertura. Sentimos que es importante que obtenga acceso continuo para el resto del año de cobertura a los medicamentos del formulario que estaban disponibles cuando eligió nuestro plan, a excepción de los casos en los cuales puede ahorrar dinero adicional o mejoramos la seguridad de sus medicamentos.

Si retiramos medicamentos de nuestro formulario, o añadimos con autorización previa, límites de la cantidad y/o restricciones de terapia de un medicamento, o movemos un medicamento a un nivel más alto de reparto de gastos, debemos notificar a los miembros que toman el medicamento que éste será retirado, por lo menos 60 días antes de la fecha en la que el cambio sea efectivo, o cuando el miembro solicite un repuesto del medicamento, en cuyo momento el miembro recibirá una fuente de 60 días del medicamento. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) juzga que un medicamento en nuestro formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, removeremos inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y proporcionaremos un aviso a los miembros que lo estén tomando. El formulario incluido se encuentra al día a partir del enero 01, 2007. Para obtener información detallada acerca de **YOURx PLAN**, por favor visite nuestro sitio Web en www.medco.com o llame a Servicios al Afiliado al 1-800-592-4520, las 24 horas del día, 7 días a la semana, (excepto en el Día de Acción de Gracias “Thanksgiving” y Navidad). Los usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-716-3231.

¿Cómo puedo utilizar el Formulario?

Existen dos maneras de hallar su medicamento en el formulario:

CONDICIÓN MÉDICA

El formulario comienza en la página 5. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías dependiendo del tipo de condición médica que pueden tratar. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición del corazón están listados bajo la categoría “Agentes Cardiovasculares.” Si usted sabe para lo que es utilizado su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Después observe bajo el nombre de categoría de su medicamento.

LISTADO ALFABÉTICO

Si no está seguro(a) de en qué categoría buscar, usted debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 27. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Ambos los medicamentos de marca de fábrica y los medicamentos genéricos están listados en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, usted verá la página donde puede hallar la información acerca de la cobertura. Acuda a la página listada en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

YOURx PLAN cubre ambos, los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Un medicamento genérico contiene el mismo ingrediente activo en la fórmula que el medicamento de marca. Los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca y están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

¿Existe alguna otra restricción en la cobertura?

Algunos de los medicamentos cubiertos podrían contar con requerimientos adicionales o límites en la cobertura. Estos requerimientos y límites podrían incluir:

- **Autorización Previa:** **YOURx PLAN** requiere de autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará obtener la aprobación de **YOURx PLAN** antes de que rellene sus prescripciones. Si usted no obtiene aprobación, **YOURx PLAN** podría no cubrir el medicamento.
- **Límites de Cantidad:** Para ciertos medicamentos, **YOURx PLAN** limita la cantidad que **YOURx PLAN** cubrirá. Por ejemplo, **YOURx PLAN** provee 30 píldoras por prescripción de LIPITOR.
- **Terapia de Paso:** En algunos casos, **YOURx PLAN** requiere que usted pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que podamos cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B ambos tratan su condición médica, **YOURx PLAN** podría no cubrir el medicamento B a menos que usted intente el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, **YOURx PLAN** cubrirá entonces el medicamento B.

Usted puede enterarse de su medicamento cuenta con requerimientos adicionales o límites al buscar en el formulario que comienza en la página 5.

Usted puede solicitar que **YOURx PLAN** haga una excepción a esos límites o restricciones. Observe la sección, “Cómo puedo solicitar una excepción al formulario de **YOURx PLAN**?” en la página ix para obtener más información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Qué pasa si mi medicamento no se encuentra en el Formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario, usted debe de primero llamar a Servicios al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto. Este documento contiene solo una lista parcial de los medicamentos cubiertos, así que **YOURx PLAN** podría cubrir su medicamento. Usted puede llamar a Servicios al Cliente al 1-800-592-4520, las 24 horas del día, 7 días a la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias “Thanksgiving” y Navidad). Los usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-716-3231.

Si se entera de que **YOURx PLAN** no cubre el medicamento, usted cuenta con dos opciones:

- Puede solicitar una lista de los medicamentos similares que están cubiertos por **YOURx PLAN** a Servicios al Cliente. Cuando reciba la lista, muéstrela a su doctor y pídale que le prescriba un medicamento similar que esté cubierto por **YOURx PLAN**.
- Puede solicitarle a **YOURx PLAN** que haga una excepción y cubra su medicamento. Observe abajo para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

NOTA: Debido a un cambio en Medicare, la mayoría de los Planes de Medicamentos de Medicare ya no cubrirán los medicamentos de la disfunción eréctil (ED) como Viagra, Cialis, Levitra, y Caverject a partir del 01 de enero del 2007. Llame a su Plan de Medicamentos de Medicare para más información.

¿Cómo puedo solicitar una excepción al Formulario de YOURx PLAN?

Usted puede solicitarle a **YOURx PLAN** que haga una excepción y cubra su medicamento. Observe abajo para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

- Puede solicitar que cubramos su medicamento incluso si no se encuentra en nuestro formulario.
- Puede solicitarnos que renunciemos a las restricciones o límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, **YOURx PLAN** limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Si su medicamento cuenta con un límite de cantidad, usted puede solicitar que renunciemos al límite y que cubramos más.
- Puede solicitar que proporcionemos un nivel más alto de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, si su medicamento generalmente es considerado un medicamento del Nivel 3, usted puede pedir que en lugar la cubramos como si fuera del Nivel 2. Esto disminuiría la cantidad que debe pagar su medicamento. Por favor tome nota de que si concedemos su petición de cubrir un medicamento que no esté en nuestro formulario, no podrá pedir que proporcionemos un nivel más alto de cobertura para el medicamento. También, no puede solicitar que proporcionemos un nivel más alto de cobertura para medicamentos de especialidad que están en el Nivel 5.

Generalmente, **YOURx PLAN** solo aprobará su petición de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, los medicamentos en niveles más bajos, o restricciones adicionales de la utilización no fueran tan eficaces para tratar su condición y/o le causarían efectos médicos adversos.

Usted debe llamarnos para solicitar una decisión inicial de la cobertura para una excepción al formulario, nivel, o restricción de la utilización. Cuando solicite una excepción al formulario, nivel, o restricción de la utilización, usted debería incluir una declaración de su médico que apoye su petición. Generalmente, debemos tomar nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de la petición de su médico recetante. Usted puede solicitar una excepción (rápida) apresurada si usted o su doctor piensa que su salud podría ser dañada seriamente si espera hasta 72 horas por una decisión. Si se concede su petición de apresurar, debemos darle una decisión no más tarde de 24 horas después de que obtengamos la declaración de soporte de su médico que prescribe.

¿Qué hago antes de que pueda hablar con mi doctor sobre cambiar mis medicamentos o la petición de una excepción?

Como afiliado(a) nuevo(a) de nuestro plan, usted podría estar tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O podría estar tomando un medicamento que esté en nuestro formulario, pero su capacidad de conseguirlo es limitada. Por ejemplo, podría necesitar una autorización previa de nosotros antes de que pueda rellenar s receta. Debe hablar con su doctor para decidir si cambiar a un medicamento apropiado que cubrimos o solicitar una excepción al formulario de modo que cubramos el medicamento que toma.

Por cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o si su capacidad de obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos una fuente temporal de 30 días (a menos que tenga una receta escrita por pocos días) cuando vaya a una farmacia en la red. Después de su primer fuente de 30 días, nosotros no pagaremos por estos medicamentos.

Si usted es residente en una facilidad de cuidado a largo plazo, cubriremos una fuente temporal de transición de 30 días (a menos que tenga una prescripción escrita por pocos días). Cubriremos más de un reelno de estos medicamentos por los primeros 90 días que sea afiliado de nuestro plan. Si necesita un medicamento que no esté en nuestro formulario o si su capacidad de conseguir sus medicamentos es limitada, pero está más allá de los primeros 90 días de la calidad de afiliado en nuestro plan, cubriremos una fuente de emergencia de 30 días de ese medicamento (a menos que tenga una receta escrita por pocos días) mientras que persigue una excepción al formulario.

Otras ocasiones en las que cubriremos una fuente de transición temporal de 30 días (o menos, si tiene una receta escrita por pocos días) incluyen:

- Cuando entra a una facilidad de cuidado a largo plazo
- Cuando deja una facilidad de cuidado a largo plazo
- Cuando le dan de alta de un hospital
- Cuando deja una facilidad de enfermería experta
- Cuando cancela el cuidado de hospicio

YOURx PLAN le enviará una carta dentro de 3 días laborales de su relleno de una fuente de transición temporal que le notificará que ésta es una fuente temporal y explicará sus opciones.

Para más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos de prescripción de **YOURx PLAN**, por favor observe su Evidencia la Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas acerca de **YOURx PLAN**, por favor llame a Servicios al Cliente al 1-800-592-4520, las 24 horas del día, 7 días a la semana, (excepto en el Día de Acción de Gracias “Thanksgiving” y Navidad). Los usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-716-3231. O visitar www.medco.com.

Si tiene preguntas generales acerca de la cobertura de medicamentos de prescripción de Medicare, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. O visitar www.medicare.gov.

Formulario de YOURx PLAN

El formulario que comienza en la página 5 proporciona información acerca de la cobertura de algunos de los medicamentos cubiertos por **YOURx PLAN**. Si usted tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, lea el índice que comienza en la página 27. Recuerde: Este documento es un formulario parcial e incluye solo algunos de los medicamentos cubiertos por **YOURx PLAN**. Si su medicamento no se encuentra en este formulario parcial por favor visite nuestro sitio Web en www.medco.com o llame a Servicios al Afiliado al 1-800-592-4520, las 24 horas del día, 7 días a la semana, (excepto en el Día de Acción de Gracias “Thanksgiving” y Navidad). Los usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-716-3231.

La primera columna en la tabla lista el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están listados en letra mayúscula (ej., **PRILOSEC**) y los medicamentos genéricos están listados en letra itálica minúscula (ej., *omeprazole*).

La información en la columna de Requerimientos/Limites le indica si **YOURx PLAN** tiene cualquier requisito especial para la cobertura de su medicamento.

El nivel mencionado en la tabla abajo se refiere al nivel de cobertura para cada medicamento. La cantidad que usted paga en cada nivel durante su período inicial de cobertura se explica abajo. Después de que alcance su deducible de \$50, usted es responsable de pagar estas cantidades por sus medicamentos hasta que alcance un costo verdadero de fuera de bolsillo de \$3,850.

	Copago de venta al público por una fuente de 30 días	Copago de orden por correo por una fuente de 90 días
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10.00	\$20.00
Medicamentos de marca preferidos por el plan (Nivel 2)	\$30.00	\$60.00
Medicamentos de marca no preferidos por el plan (Nivel 3)	\$50.00	\$100.00
Medicamento de especialidad (Nivel 5)	\$50.00	\$100.00

Si usted no está seguro(a) de si su medicamento está cubierto, por favor visite nuestro sitio Web en www.medco.com o llame a Servicios al Cliente al 1-800-592-4520, 24 horas al día, 7 días a la semana, (excepto en el Día de Acción de Gracias “Thanksgiving” y Navidad). Los usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-716-3231.

COMMONLY PRESCRIBED THERAPEUTIC DRUG CATEGORIES

Anti - Infectives.....	5
Antifungal Agents.....	5
Antivirals.....	5
Cephalosporins.....	5
Erythromycins & Other Macrolides.....	6
Miscellaneous Anti-Infectives.....	6
Penicillins.....	6
Quinolones.....	6
Sulfa's & Related Agents.....	6
Tetracyclines.....	7
Urinary Tract Agents.....	7
Vancomycin.....	7
Antineoplastic & Immunosuppressant Drugs.....	7
Adjunctive Agents.....	7
Antineoplastic & Immunosuppressant Drugs.....	7
Autonomic & CNS Drugs, Neurology & Psych.....	8
Anticonvulsants.....	8
Antiparkinsonism Agents.....	9
Migraine & Cluster Headache Therapy.....	9
Miscellaneous Neurological Therapy.....	9
Muscle Relaxants & Antispasmodic Therapy.....	9
Narcotic Analgesics.....	9
Non-Narcotic Analgesics.....	10
Propoxyphene.....	10
Psychotherapeutic Drugs.....	10
ANTIDEPRESSANT AGENTS.....	10
ANTIPSYCHOTICS.....	11
ANXIOLYTICS.....	11
HYPNOTIC AGENTS.....	11
MISCELLANEOUS PSYCHOTHERAPEUTIC AGENTS.....	11
Cardiovascular, Hypertension & Lipids.....	11

Antiarrhythmic Agents.....	11
Antihypertensive Therapy.....	11
Cardiac Glycosides.....	12
Coagulation Therapy.....	12
Hemostatics.....	13
Lipid/Cholesterol Lowering Agents.....	13
Miscellaneous Cardiovascular Agents.....	13
Nitrates.....	13
Dermatologicals/Topical Therapy.....	13
Antipsoriatic / Antiseborrheic.....	13
Burn Therapy.....	14
Miscellaneous Dermatologicals.....	14
Therapy For Acne.....	14
Topical Anesthetics.....	14
Topical Antibacterials.....	14
Topical Antifungals.....	14
Topical Antivirals.....	15
Topical Corticosteroids.....	15
Topical Enzymes.....	15
Topical Scabicides / Pediculicides.....	15
Diagnostics & Miscellaneous Agents.....	15
Miscellaneous Agents.....	15
Smoking Deterrents.....	16
Ear, Nose & Throat Medications.....	16
Miscellaneous Agents.....	16
Miscellaneous Otic Preparations.....	16
Otic Steroid / Antibiotic.....	16
Endocrine/Diabetes.....	16
Adrenal Hormones.....	16
Antithyroid Agents.....	16
Diabetes Therapy.....	17

Diabetic Supplies, Misc.....	17
Miscellaneous Hormones.....	17
Thyroid Hormones.....	17
Gastroenterology.....	18
Antidiarrheals & Antispasmodics.....	18
Miscellaneous Gastrointestinal Agents.....	18
Ulcer Therapy.....	18
Immunology, Vaccines & Biotechnology.....	19
Biotechnology Drugs.....	19
Vaccines & Miscellaneous Immunologicals.....	19
Musculoskeletal & Rheumatology.....	19
Gout Therapy.....	19
Osteoporosis Therapy.....	19
Other Rheumatologicals.....	19
Obstetrics & Gynecology.....	20
Estrogens & Progestins.....	20
Miscellaneous Ob/Gyn.....	20
Oral Contraceptives & Related Agents.....	20
Oxytocics.....	21
Ophthalmology.....	21
Antibiotics.....	21
Antivirals.....	21
Beta-Blockers.....	21
Cycloplegic Mydriatics.....	21
Direct Acting Miotics.....	21
Miscellaneous Ophthalmologics.....	21
Non-Steroidal Anti-Inflammatory Agents.....	21
Oral Drugs For Glaucoma.....	22
Other Glaucoma Drugs.....	22
Steroid-Antibiotic Combinations.....	22
Steroids.....	22

Steroid-Sulfonamide Combinations.....	22
Sulfonamides.....	22
Sympathomimetics.....	22
Vasoconstrictor Decongestants.....	22
Respiratory And Allergy.....	23
Antihistamine & Antiallergenic Agents.....	23
ADRENERGICS.....	23
ANTI HISTAMINES.....	23
Antihistamines.....	23
Pulmonary Agents.....	23
ADRENERGICS.....	23
INHALED BETA AGONISTS.....	23
INHALED CORTICOSTEROIDS.....	23
INTRANASAL STEROIDS.....	24
MISCELLANEOUS PULMONARY AGENTS.....	24
ORAL BETA AGONISTS.....	24
XANTHINES.....	24
Urologicals.....	24
Anticholinergics & Antispasmodics.....	24
Benign Prostatic Hyperplasia(BPH) Therapy.....	24
Cholinergic Stimulants.....	24
Miscellaneous Urologicals.....	25
Urinary Anesthetics.....	25
Vitamins, Hematinics & Electrolytes.....	25
Electrolytes.....	25
Vitamins & Hematinics.....	25
INDEX.....	27

COMMONLY PRESCRIBED THERAPEUTIC DRUG CATEGORIES

ANTI - INFECTIVES

Antifungal Agents

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
-----------	-----------	--------------

Generics

<i>clotrimazole</i>	1	
<i>fluconazole</i>	1	QL
<i>fluconazole suspension</i>	1	
<i>nystatin</i>	1	

Brands

ERAXIS	5	
--------	---	--

Antivirals

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
-----------	-----------	--------------

Generics

<i>zidovudine</i>	1	
-------------------	---	--

Brands

AGENERASE	2	
COMBIVIR	2	
EPIVIR	2	
EPIVIR HBV	2	
EPZICOM	2	
FAMVIR	2	QL
INVIRASE	2	
LEXIVA	2	
PREZISTA	5	
RELENZA	2	QL
RETROVIR	2	
RETROVIR IV	2	
REYATAZ	2	

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
-----------	-----------	--------------

SUSTIVA	2	
TRIZIVIR	2	
VALTREX	2	QL
VIDEX	2	
VIDEX EC	2	
ZERIT	2	
ZIAGEN	2	

Cephalosporins

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
-----------	-----------	--------------

Generics

<i>cefaclor</i>	1	
<i>cefadroxil</i>	1	
<i>ceftriaxone</i>	1	
<i>cefuroxime axetil</i>	1	
<i>cefuroxime sodium</i>	1	
<i>cephalexin</i>	1	

Brands

CEFTAZIDIME	2	
CEFTRIAXONE IV PIGGYBACK	2	
CEFUROXIME 1.5GM/50ML	2	
CEFUROXIME SODIUM INTRAVENOUS BAG	2	
LORABID	2	
OMNICEF	2	
ROCEPHIN VIAL	2	

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Erythromycins & Other Macrolides		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>azithromycin</i>	1	
<i>azithromycin suspension</i>	1	
<i>clarithromycin</i>	1	
<i>erythromycin capsule</i>	1	
Brands		
BIAXIN XL	2	
ERYTHROMYCIN TABLET	2	
ZITHROMAX PACKET	2	
Miscellaneous Anti-Infectives		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>clindamycin HCl</i>	1	
<i>isoniazid</i>	1	
<i>mebendazole</i>	1	
<i>mefloquine HCl</i>	1	
<i>metronidazole</i>	1	
<i>neomycin sulfate</i>	1	
<i>quinine sulfate</i>	1	
<i>rifampin</i>	1	
Brands		
ALINIA	2	QL
CLEOCIN PALMITATE	2	
ISONIAZID SYRUP	2	
KETEK	2	QL
MEPRON	2	
PRIMAXIN	2	
PRIMAXIN I.M.	2	
QUININE SULFATE 200MG	2	

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
TYGACIL	2	
ZYVOX	2	QL,PA
ZYVOX INJECTION	2	PA
Penicillins		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>amoxicillin</i>	1	
Brands		
AUGMENTIN XR	2	
Quinolones		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>ciprofloxacin HCl</i>	1	
Brands		
AVELOX	2	
LEVAQUIN	2	
Sulfa's & Related Agents		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>sulfadiazine</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim DS</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Tetracyclines		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>doxycycline hyclate</i>	1	
<i>tetracycline HCl</i>	1	
Urinary Tract Agents		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>methenamine</i>	1	
<i>nitrofurantoin</i>	1	
Brands		
PRIMSOL	3	
Vancomycin		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>vancomycin HCl</i>	1	
Brands		
VANCOGIN HCl	2	
VANCOMYCIN HCl 10GM VIAL	2	

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
ANTINEOPLASTIC & IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS		
Adjunctive Agents		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>leucovorin calcium 100mg vial</i>	1	
<i>leucovorin calcium 200mg vial</i>	1	
<i>leucovorin calcium 25mg tablet</i>	1	
<i>leucovorin calcium 350mg vial</i>	1	
<i>leucovorin calcium 50mg vial</i>	1	
<i>leucovorin calcium 5mg tablet</i>	1	
Brands		
LEUCOVORIN CALCIUM 10MG TABLET	2	
LEUCOVORIN CALCIUM 10MG/ML	2	
LEUCOVORIN CALCIUM 15MG TABLET	2	
LEUCOVORIN CALCIUM 500MG VIAL	2	
MESNEX	2	PA
Antineoplastic & Immunosuppressant Drugs		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>bleomycin sulfate 30 unit</i>	1	PA
<i>carboplatin</i>	1	PA
<i>cisplatin</i>	1	PA
<i>cyclophosphamide</i>	1	PA
<i>cyclosporine</i>	1	PA

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
<i>cytarabine</i>	1	PA
<i>dacarbazine</i>	1	PA
<i>daunorubicin HCl</i>	1	PA
<i>doxorubicin HCl</i>	1	PA
<i>flutamide</i>	1	
<i>hydroxyurea</i>	1	
<i>ifosfamide/mesna</i>	1	PA
<i>megestrol acetate</i>	1	
<i>mercaptopurine</i>	1	
<i>methotrexate</i>	1	PA
<i>mitomycin</i>	1	PA
<i>octreotide acetate 1000mcg/ml</i>	1	PA
<i>octreotide acetate 200mcg/ml</i>	1	PA
<i>tamoxifen citrate</i>	1	
<i>vinblastine sulfate</i>	1	PA
<i>vincristine sulfate</i>	1	PA
Brands		
ARIMIDEX	2	
AROMASIN	2	
BICNU	3	PA
BLEOMYCIN SULFATE 15 UNIT	3	PA
CASODEX	2	
CELLCEPT	2	PA
CYCLOSPORINE AMPULE	2	PA
CYTARABINE 100MG/ML INJECTION	3	PA
ELIGARD	3	PA
FLOXURIDINE	3	PA
FLUOROURACIL	3	PA
GLEEVEC	5	PA
IFOSFAMIDE	3	PA
IFOSFAMIDE/MESNA 3-1G	3	PA
LEUKERAN	2	

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
METHOTREXATE SODIUM 1GM VIAL	3	PA
MUSTARGEN	3	PA
MYFORTIC	2	PA
MYLOTARG	3	PA
NEORAL	2	PA
OCTREOTIDE ACETATE 100MCG/ML	2	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500MCG/ML	2	PA
OCTREOTIDE ACETATE 50MCG/ML	2	PA
PACLITAXEL	3	PA
REVLIMID	5	PA
RITUXAN	3	PA
SANDIMMUNE	2	PA
SPRYCEL	5	QL,PA
SUTENT	5	QL,PA
TESLAC	3	
THIOTEPA	3	PA
AUTONOMIC & CNS DRUGS, NEUROLOGY & PSYCH		
Anticonvulsants		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>carbamazepine</i>	1	
<i>phenytoin</i>	1	
<i>valproic acid capsule</i>	1	
<i>valproic acid syrup</i>	1	
Brands		
DEPAKOTE	2	
DEPAKOTE ER	2	

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
KEPPRA	2	
LAMICTAL	2	
LYRICA	2	QL
PHENYTEK	3	
TEGRETOL XR	2	
TOPAMAX	2	
VALPROIC ACID LIQUID	2	
Antiparkinsonism Agents		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>carbidopa/levodopa</i>	1	
<i>selegiline HCl</i>	1	
Brands		
APOKYN	2	QL,PA
COMTAN	2	
MIRAPEX	2	
REQUIP	2	
STALEVO	2	
Migraine & Cluster Headache Therapy		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>ergotamine-caffeine</i>	1	
Brands		
AMERGE	2	QL
IMITREX	2	QL
IMITREX INJECTION	2	QL
IMITREX NASAL SPRAY	2	QL
IMITREX STATDOSE	2	QL
MAXALT	2	QL
MAXALT MLT	2	QL

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
RELPAK	2	QL
ZOMIG	2	QL
ZOMIG NASAL SPRAY	2	QL
ZOMIG ZMT	2	QL
Miscellaneous Neurological Therapy		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Brands		
ARICEPT	2	QL,PA
COPAXONE	2	QL,PA
EXELON	2	QL,PA
EXELON SOLUTION	2	PA
RAZADYNE	2	QL,PA
RAZADYNE ER	2	QL,PA
RAZADYNE SOLUTION	2	PA
Muscle Relaxants & Antispasmodic Therapy		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>baclofen</i>	1	
<i>neostigmine methylsulfate</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide</i>	1	
<i>tizanidine HCl</i>	1	
Narcotic Analgesics		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>acetaminophen/codeine</i>	1	
<i>acetaminophen/hydrocodone</i>	1	
<i>acetaminophen/oxycodone</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
<i>codeine sulfate</i>	1	
<i>methadone HCl</i>	1	
<i>morphine sulfate</i>	1	
<i>morphine sulfate ER</i>	1	
<i>oxycodone HCl</i>	1	
<i>oxycodone HCl extended release</i>	1	
Brands		
ACTIQ	2	QL,PA
AVINZA	2	
METHADONE HCl SOLUTION	2	
MORPHINE SULFATE 10MG/ML AMPULE	2	
MORPHINE SULFATE 250MG/10ML VIAL	2	
MORPHINE SULFATE HYPODERMIC TABLET	2	
MORPHINE SULFATE SOLUTION	2	
OXYCONTIN	2	
Non-Narcotic Analgesics		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>butorphanol tartrate</i>	1	QL,PA
<i>choline magnesium trisalicylate</i>	1	
<i>diclofenac sodium</i>	1	
<i>diflunisal</i>	1	
<i>ibuprofen suspension</i>	1	
<i>meloxicam</i>	1	
<i>naloxone HCl</i>	1	
<i>salsalate</i>	1	
<i>tramadol HCl</i>	1	

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Brands		
CELEBREX	2	QL
SUBOXONE	2	
Propoxyphene		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>propoxyphene HCl</i>	1	
<i>propoxyphene hcl/acetaminophen</i>	1	
Psychotherapeutic Drugs		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>tranylcypromine sulfate</i>	1	
ANTIDEPRESSANT AGENTS		
Generics		
<i>amitriptyline HCl</i>	1	
<i>bupropion HCl</i>	1	
<i>bupropion HCl ER</i>	1	QL
<i>citalopram hydrobromide</i>	1	QL
<i>citalopram hydrobromide solution</i>	1	
<i>doxepin HCl</i>	1	
<i>fluoxetine HCl</i>	1	QL
<i>fluoxetine HCl solution</i>	1	
<i>paroxetine HCl</i>	1	QL
<i>sertraline concentrate</i>	1	
<i>sertraline HCl</i>	1	QL
<i>trazodone HCl</i>	1	
Brands		
CYMBALTA	2	QL
NARDIL	2	

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
PAXIL	2	
PAXIL CR	2	QL
WELLBUTRIN XL	2	QL
ANTIPSYCHOTICS		
Generics		
<i>chlorpromazine HCl</i>	1	PA
<i>haloperidol</i>	1	
Brands		
ABILIFY	3	QL
GEODON	2	QL
SEROQUEL	2	QL
SEROQUEL 400MG	2	
SEROQUEL 50MG	2	
ZYPREXA	2	QL
ZYPREXA ZYDIS	2	QL
ANXIOLYTICS		
Generics		
<i>bupirone HCl</i>	1	
HYPNOTIC AGENTS		
Brands		
AMBIEN	2	QL
SONATA	3	QL
MISCELLANEOUS PSYCHOTHERAPEUTIC AGENTS		
Brands		
FOCALIN	2	PA
PROVIGIL	2	QL,PA
RITALIN LA	2	PA
STRATTERA	2	PA

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
CARDIOVASCULAR, HYPERTENSION & LIPIDS		
Antiarrhythmic Agents		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>mexiletine HCl</i>	1	
<i>procainamide HCl</i>	1	
<i>quinidine sulfate</i>	1	
Brands		
PROCAINAMIDE HCl SUSTAINED RELEASE	2	
RYTHMOL SR	2	
Antihypertensive Therapy		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>amiloride HCl</i>	1	
<i>captopril</i>	1	QL
<i>clonidine HCl</i>	1	
<i>diltiazem HCl</i>	1	
<i>doxazosin mesylate</i>	1	QL
<i>enalapril maleate</i>	1	QL
<i>felodipine ER</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	QL
<i>furosemide</i>	1	
<i>hydralazine HCl</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>labetalol HCl</i>	1	
<i>lisinopril</i>	1	QL
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	QL

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
<i>metolazone</i>	1	
<i>metoprolol tartrate</i>	1	
<i>minoxidil</i>	1	
<i>nifedipine</i>	1	
<i>nifedipine ER</i>	1	
<i>quinapril</i>	1	QL
<i>terazosin HCl</i>	1	QL
<i>timolol maleate</i>	1	
<i>verapamil HCl</i>	1	
Brands		
ACEON	2	QL
ALTACE	2	QL
ATACAND	2	QL
ATACAND HCT	2	QL
AVALIDE	2	QL
AVAPRO	2	QL
BIDIL	2	QL
CARDIZEM LA	2	
COREG	2	
COZAAR	2	QL
DILTIAZEM HCl VIAL	2	
DIOVAN	2	QL
DIOVAN HCT	2	QL
DYNACIRC CR	2	
FUROSEMIDE SOLUTION	2	
HYDRALAZINE HCl VIAL	2	
HYZAAR	2	QL
INNOPRAN XL	2	
LOTREL	2	QL
MAVIK	2	QL
METOPROLOL TARTRATE INJECTION	2	
MICARDIS	2	QL
MICARDIS HCT	2	QL
NORVASC	2	

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
SULAR	2	
TARKA	2	QL
TOPROL XL	2	
UNIRETIC	2	QL
UNIVASC	2	QL
VERELAN PM	2	
Cardiac Glycosides		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>digoxin</i>	1	
Brands		
LANOXIN	2	
Coagulation Therapy		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>cilostazol</i>	1	QL
<i>dipyridamole</i>	1	
<i>jantoven</i>	1	
<i>ticlopidine HCl</i>	1	QL
<i>warfarin sodium</i>	1	
Brands		
AGGRENOX	2	QL
ARIXTRA	2	
FRAGMIN	2	
LOVENOX	2	

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Hemostatics		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Brands		
CYKLOKAPRON	3	
Lipid/Cholesterol Lowering Agents		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>gemfibrozil</i>	1	
<i>lovastatin</i>	1	QL
<i>pravastatin</i>	1	QL
<i>simvastatin</i>	1	QL
Brands		
ADVICOR	3	
ALTOPREV	2	QL
ANTARA	2	
CADUET	2	QL
COLESTID	2	
CRESTOR	2	QL
LIPITOR	2	QL
NIASPAN	2	
OMACOR	2	QL
TRICOR	2	
VYTORIN	2	QL
ZETIA	2	QL

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Miscellaneous Cardiovascular Agents		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Brands		
RANEXA	2	QL,ST
Nitrates		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>nitro-bid</i>	1	
<i>nitroglycerin</i>	1	
<i>nitroglycerin injection</i>	1	PA
<i>nitroglycerin patch</i>	1	
Brands		
NITROLINGUAL	2	
DERMATOLOGICALS/TOPICAL THERAPY		
Antipsoriatic / Antiseborrheic		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>anthralin</i>	1	
Brands		
CAPITROL	2	
DOVONEX	2	
SORIATANE	2	

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Burn Therapy		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>silver sulfadiazine</i>	1	
Miscellaneous Dermatologicals		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>allanfil</i>	1	
<i>fluorouracil</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium</i>	1	
Brands		
CARAC	2	
CARMOL HC	2	
EFUDEX	2	
ELIDEL	2	PA
OXSORALEN	2	
OXSORALEN ULTRA	2	
PANAFIL	2	
SOLARAZE	2	
ZONALON	2	
Therapy For Acne		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>clindamycin phosphate</i>	1	
<i>erythromycin</i>	1	
<i>metronidazole</i>	1	
Brands		
EVOCLIN	2	
FINACEA	2	

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
METROGEL	2	
TAZORAC	2	PA
Topical Anesthetics		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>lidocaine</i>	1	
Topical Antibacterials		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>mupirocin</i>	1	
Brands		
KLARON	2	
Topical Antifungals		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>clotrimazole</i>	1	
<i>econazole nitrate</i>	1	
<i>nystatin</i>	1	
Brands		
ERTACZO	2	
LOPROX	2	

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Topical Antivirals		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Brands		
DENAVIR	3	
ZOVIRAX	2	
Topical Corticosteroids		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>betamethasone valerate</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide</i>	1	
<i>fluocinonide</i>	1	
<i>hydrocortisone</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	1	
Brands		
DIPROLENE	3	
LUXIQ	2	
OLUX	2	
PANDEL	2	
Topical Enzymes		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>allanzyme</i>	1	
Brands		
ACCUZYME	2	
XENADERM	2	

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Topical Scabicides / Pediculicides		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>permethrin</i>	1	
Brands		
EURAX	2	
DIAGNOSTICS & MISCELLANEOUS AGENTS		
Miscellaneous Agents		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	1	QL
Brands		
ACTONEL 30MG	2	QL,PA
EVOXAC	2	
FOSAMAX 40MG	2	QL,PA
FOSRENOL	2	
INCRELEX	5	PA
PANAFIL	2	
PROLASTIN	2	PA
RENAGEL	2	
THALOMID	5	PA

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Smoking Deterrents		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>buproban</i>	1	QL,PA
Brands		
NICOTROL	3	QL,PA
EAR, NOSE & THROAT MEDICATIONS		
Miscellaneous Agents		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>triamcinolone acetonide</i>	1	
Brands		
BACTROBAN NASAL	2	
PREVIDENT	3	
Miscellaneous Otic Preparations		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Brands		
FLOXIN	2	

Key:
 QL = Quantity Limitations may apply
 PA = Prior Approval may be required
 ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Otic Steroid / Antibiotic		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortiso ne</i>	1	
ENDOCRINE/DIABETES		
Adrenal Hormones		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>dexamethasone</i>	1	
<i>hydrocortisone</i>	1	
Brands		
DEXAMETHASONE 1MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 2MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE SOLUTION	2	
Antithyroid Agents		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>methimazole</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Diabetes Therapy		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>glimepiride</i>	1	QL
<i>glipizide</i>	1	QL
<i>glyburide</i>	1	
<i>metformin HCl</i>	1	QL
<i>metformin HCl ER</i>	1	QL
<i>tolazamide</i>	1	
Brands		
ACTOPLUS MET	2	QL
ACTOS	2	QL
APIDRA	2	
AVANDAMET	2	QL
AVANDARYL	2	QL
AVANDIA	2	QL
BYETTA	2	QL
FORTAMET	2	QL
GLUCAGON EMERGENCY KIT	2	
HUMALOG	2	
HUMALOG MIX 75/25	2	
HUMULIN N	2	
HUMULIN R	2	
ILETIN II LENTE/PORK	3	
LANTUS	2	
LEVEMIR	2	
NOVOLIN 70/30	2	
NOVOLIN N	2	
NOVOLIN R	2	
NOVOLOG	2	
NOVOLOG MIX 70/30	2	
PRANDIN	2	QL
PRECOSE	2	QL

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
STARLIX	2	QL
SYMLIN	2	QL,PA
Diabetic Supplies, Misc		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Brands		
ALCOHOL SWABS	2	
Miscellaneous Hormones		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>fortical</i>	1	QL
Brands		
ANDRODERM	2	QL,PA
ANDROGEL	2	QL,PA
CEREZYME	5	PA
CYTADREN	2	
DEPO-TESTOSTERONE	2	PA
HECTOROL	2	
STRIANT	2	QL,PA
TESTIM	2	QL,PA
ZEMPLAR	2	
Thyroid Hormones		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
Brands		
CYTOMEL	2	

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
GASTROENTEROLOGY		
Antidiarrheals & Antispasmodics		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>colytrol</i>	1	
<i>diphenoxylate/atropine</i>	1	
<i>glycopyrrolate</i>	1	
<i>hyoscyamine sulfate</i>	1	
Miscellaneous Gastrointestinal Agents		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>lipram</i>	1	
<i>lipram-cr</i>	1	
<i>lipram-pn</i>	1	
<i>lipram-ul</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate</i>	1	PA
<i>prochlorperazine maleate tablet</i>	1	PA
<i>prochlorperazine suppository</i>	1	PA
<i>ursodiol</i>	1	
Brands		
CANASA	2	
COLAZAL	2	
CREON	2	
EMEND	2	QL,PA
HALFLYTELY	3	
LOTRONEX	2	QL,PA
NULYTELY	3	
PENTASA	2	
PROCTOCREAM-HC	2	
PROCTOFOAM-HC	2	
REMICADE	5	PA

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
ULTRASE	2	
URSO	2	
URSO FORTE	2	
ZOFRAN	2	QL,PA
ZOFRAN SOLUTION	2	PA
ZOFRAN VIAL	2	
Ulcer Therapy		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>famotidine</i>	1	QL
<i>famotidine injection</i>	1	
<i>misoprostol</i>	1	
<i>omeprazole</i>	1	QL
<i>ranitidine HCl</i>	1	QL
<i>sucralfate</i>	1	
Brands		
NEXIUM	2	QL
NEXIUM I.V.	2	
PREVACID	2	QL
PREVACID IV	2	
PREVACID SUSPENSION	2	
PREVPAC	3	
PRILOSEC 40MG	3	QL
ZANTAC INJECTION	2	
ZANTAC SYRUP	2	
ZEGERID	3	QL

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
IMMUNOLOGY, VACCINES & BIOTECHNOLOGY		
Biotechnology Drugs		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Brands		
ARANESP	5	QL,PA
BETASERON	5	QL,PA
EPOGEN	5	QL,PA
LEUKINE	5	PA
NEULASTA	5	QL,PA
NEUMEGA	5	QL,PA
NORDITROPIN	2	PA
PEGASYS	2	QL,PA
PEG-INTRON	2	QL,PA
PROCRIPT	5	QL,PA
PROLEUKIN	5	
REBIF	2	QL,PA
TEV-TROPIN	2	PA
Vaccines & Miscellaneous Immunologicals		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Brands		
ACTHIB	2	
ENGERIX-B	2	
GARDASIL	2	
TETANUS DIPHTHERIA TOXOIDS	2	
VARIVAX	2	
ZOSTAVAX	2	

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
MUSCULOSKELETAL & RHEUMATOLOGY		
Gout Therapy		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>allopurinol</i>	1	
<i>colchicine</i>	1	
Brands		
COLCHICINE VIAL	2	
Osteoporosis Therapy		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Brands		
ACTONEL	2	QL
BONIVA	2	QL
BONIVA SYRINGE	2	
EVISTA	2	QL
FORTEO	2	QL
FOSAMAX	2	QL
FOSAMAX PLUS D	2	QL
Other Rheumatologicals		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>leflunomide</i>	1	QL,PA
Brands		
ENBREL	2	QL,PA
HUMIRA	2	QL,PA
RIDAURA	2	

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
OBSTETRICS & GYNECOLOGY		
Estrogens & Progestins		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	1	
<i>norethindrone acetate</i>	1	
Brands		
ACTIVELLA	2	QL
ALORA	2	QL
CENESTIN	2	QL
CLIMARA	3	QL
CLIMARA PRO	2	QL
COMBIPATCH	2	QL
ENJUVIA	2	QL
ESTRING	2	QL
FEMHRT	3	QL
PREFEST	3	QL
PREMARIN	3	QL
PREMARIN CREAM	3	
VAGIFEM	2	
VIVELLE	3	QL
Miscellaneous Ob/Gyn		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>clindamycin phosphate</i>	1	
<i>nystatin</i>	1	
<i>terconazole</i>	1	
Brands		
NUVARING	2	
ORTHO EVRA	3	

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Oral Contraceptives & Related Agents		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>aranelle</i>		1
<i>cesia</i>		1
<i>enpresse</i>		1
<i>junel</i>		1
<i>junel FE</i>		1
<i>leena</i>		1
<i>levora-28</i>		1
<i>low-ogestrel</i>		1
<i>microgestin</i>		1
<i>microgestin FE</i>		1
<i>mononessa</i>		1
<i>necon</i>		1
<i>nortrel</i>		1
<i>nortrel 1/35 (21)</i>		1
<i>previfem</i>		1
<i>sprintec</i>		1
<i>sronyx</i>		1
<i>trinessa</i>		1
<i>tri-previfem</i>		1
<i>tri-sprintec</i>		1
<i>velivet</i>		1
<i>zovia 1/35e</i>		1
<i>zovia 1/50e</i>		1
Brands		
PLAN B	2	QL

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Oxytocics		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Brands		
METHERGINE	2	
OPHTHALMOLOGY		
Antibiotics		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>ciprofloxacin HCl</i>	1	
<i>erythromycin</i>	1	
Brands		
CILOXAN	2	
VIGAMOX	2	
ZYMAR	2	
Antivirals		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>trifluridine</i>	1	
Beta-Blockers		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>timolol maleate</i>	1	
Brands		
BETOPTIC S	2	
ISTALOL	2	

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
TIMOPTIC SINGLE USE DROPPERETTE	2	
Cycloplegic Mydriatics		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Brands		
ISOPTO HOMATROPINE	2	
Direct Acting Miotics		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>pilocarpine HCl</i>	1	
Miscellaneous Ophthalmologics		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Brands		
ALOCRIAL	3	
ELESTAT	2	
OPTIVAR	2	
PATANOL	2	
RESTASIS	2	QL,PA
Non-Steroidal Anti-Inflammatory Agents		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Brands		
ACULAR	2	
VOLTAREN	2	
XIBROM	2	

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Oral Drugs For Glaucoma		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>acetazolamide sodium</i>	1	
Other Glaucoma Drugs		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Brands		
AZOPT	2	
COSOPT	2	
LUMIGAN	2	
TRAVATAN	2	
TRUSOPT	2	
XALATAN	2	
Steroid-Antibiotic Combinations		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Brands		
TOBRADEX	2	
ZYLET	2	
Steroids		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>fluorometholone</i>	1	
Brands		
ALREX	2	
INFLAMASE MILD	2	
LOTEMAX	2	

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Steroid-Sulfonamide Combinations		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>sulfacetamide/prednisolone</i>	1	
Brands		
BLEPHAMIDE	2	
Sulfonamides		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>sulfacetamide sodium</i>	1	
Sympathomimetics		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>dipivefrin HCl</i>	1	
Brands		
ALPHAGAN P	2	
Vasoconstrictor Decongestants		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>phenylephrine HCl</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
RESPIRATORY AND ALLERGY		
Antihistamine & Antiallergenic Agents		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
ADRENERGICS		
Generics		
<i>adrenalin chloride</i>	1	
Brands		
EPIPEN	2	
ANTI-HISTAMINES		
Generics		
<i>fexofenadine HCl</i>	1	QL
Brands		
CLARINEX	2	QL
CLARINEX 2.5MG	2	
CLARINEX SYRUP	2	
ZYRTEC	2	QL
ZYRTEC 5MG	2	QL
ZYRTEC SYRUP	2	
Antihistamines		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Brands		
ALLEGRA-D	2	QL
ZYRTEC-D	2	QL

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Pulmonary Agents		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
ADRENERGICS		
Brands		
ADRENALIN CHLORIDE NASAL	2	
INHALED BETA AGONISTS		
Generics		
<i>albuterol inhaler</i>	1	QL
<i>albuterol sulfate for nebulization 0.83mg/ml</i>	1	PA
Brands		
ALBUTEROL SULFATE FOR NEBULIZATION 0.42MG/ML	2	PA
FORADIL AEROLIZER	2	QL
PROVENTIL HFA	2	QL
SEREVENT DISKUS	2	QL
VENTOLIN HFA	2	QL
XOPENEX HFA	2	QL
INHALED CORTICOSTEROIDS		
Brands		
ASMANEX	2	QL
FLOVENT	2	QL
FLOVENT ROTADISK	2	QL
PULMICORT FOR NEBULIZATION	2	PA
PULMICORT INHALER	2	QL

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
INTRANASAL STEROIDS		
Generics		
<i>flunisolide</i>	1	QL
Brands		
NASACORT AQ	2	QL
NASONEX	2	QL
RHINOCORT AQUA	2	QL
MISCELLANEOUS PULMONARY AGENTS		
Generics		
<i>terbutaline sulfate</i>	1	
Brands		
ADVAIR DISKUS	2	QL
ADVAIR HFA	2	QL
COMBIVENT	2	QL
DUONEB	2	PA
INTAL	2	QL
REVATIO	5	QL
SINGULAIR	2	QL
SPIRIVA	2	QL
TILADE	2	QL
ORAL BETA AGONISTS		
Generics		
<i>albuterol sulfate</i>	1	
XANTHINES		
Generics		
<i>dyphylline GG</i>	1	
<i>theophylline</i>	1	

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
UROLOGICALS		
Anticholinergics & Antispasmodics		
Drug Name		
Drug Tier		
Req./ Limits		
Generics		
<i>oxybutynin chloride</i>	1	QL
Brands		
DETROL	2	QL
DETROL LA	2	QL
DITROPAN XL	2	QL
ENABLEX	2	QL
OXYTROL	2	QL
SANCTURA	2	QL
VESICARE	2	QL
Benign Prostatic Hyperplasia(BPH) Therapy		
Drug Name		
Drug Tier		
Req./ Limits		
Generics		
<i>finasteride</i>	1	QL
Brands		
AVODART	2	QL
FLOMAX	2	QL
UROXATRAL	2	QL
Cholinergic Stimulants		
Drug Name		
Drug Tier		
Req./ Limits		
Generics		
<i>bethanechol chloride</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Miscellaneous Urologicals		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Brands		
CITROLITH	3	
Urinary Anesthetics		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>phenazopyridine HCl</i>	1	
VITAMINS, HEMATINICS & ELECTROLYTES		
Electrolytes		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>potassium bicarbonate</i>	1	
<i>potassium chloride</i>	1	
Brands		
PHOSLO	2	
POTASSIUM CHLORIDE IV PIGGYBACK	3	
POTASSIUM CHLORIDE 15MEQ TABLET	3	
POTASSIUM CHLORIDE/NORMAL SALINE	2	

Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Vitamins & Hematinics		
Drug Name	Drug Tier	Req./ Limits
Generics		
<i>prenatal plus</i>	1	
<i>prenatal RX</i>	1	

Key:

QL = Quantity Limitations may apply

PA = Prior Approval may be required

ST = Step Therapy rules may apply

INDEX

A

ABILIFY	11
ACCUZYME	15
ACEON	12
<i>acetaminophen/codeine</i>	9
<i>acetaminophen/hydrocodone</i>	9
<i>acetaminophen/oxycodone</i>	9
<i>acetazolamide sodium</i>	22
ACTHIB	19
ACTIQ	10
ACTIVELLA	20
ACTONEL 30MG	15
ACTONEL	19
ACTOPLUS MET	17
ACTOS	17
ACULAR	21
ADRENALIN CHLORIDE NASAL	23
<i>adrenalin chloride</i>	23
ADVAIR DISKUS	24
ADVAIR HFA	24
ADVICOR	13
AGENERASE	5
AGGRENOLX	12
<i>albuterol inhaler</i>	23
ALBUTEROL SULFATE FOR NEBULIZATION 0.42MG/ML	23
<i>albuterol sulfate for nebulization 0.83mg/ml</i>	23
<i>albuterol sulfate</i>	24
ALCOHOL SWABS	17
ALINIA	6
<i>allanfil</i>	14
<i>allanzyme</i>	15
ALLEGRA-D	23
<i>allopurinol</i>	19
ALOCRIAL	21
ALORA	20
ALPHAGAN P	22
ALREX	22
ALTACE	12
ALTOPREV	13
AMBIEN	11
AMERGE	9

<i>amiloride HCl</i>	11
<i>amitriptyline HCl</i>	10
<i>amoxicillin</i>	6
<i>anagrelide hydrochloride</i>	15
ANDRODERM	17
ANDROGEL	17
ANTARA	13
<i>anthralin</i>	13
APIDRA	17
APOKYN	9
<i>aranelle</i>	20
ARANESP	19
ARICEPT	9
ARIMIDEX	8
ARIXTRA	12
AROMASIN	8
ASMANEX	23
ATACAND HCT	12
ATACAND	12
AUGMENTIN XR	6
AVALIDE	12
AVANDAMET	17
AVANDARYL	17
AVANDIA	17
AVAPRO	12
AVELOX	6
AVINZA	10
AVODART	24
<i>azithromycin suspension</i>	6
<i>azithromycin</i>	6
AZOPT	22
B	
<i>baclofen</i>	9
BACTROBAN NASAL	16
<i>betamethasone valerate</i>	15
BETASERON	19
<i>bethanechol chloride</i>	24
BETOPTIC S	21
BIAXIN XL	6
BICNU	8
BIDIL	12
BLEOMYCIN SULFATE 15 UNIT	8
<i>bleomycin sulfate 30 unit</i>	7
BLEPHAMIDE	22

BONIVA SYRINGE	19	<i>citalopram hydrobromide</i>	10
BONIVA	19	CITROLITH	25
<i>buproban</i>	16	CLARINEX 2.5MG	23
<i>bupropion HCl ER</i>	10	CLARINEX SYRUP	23
<i>bupropion HCl</i>	10	CLARINEX	23
<i>bupirone HCl</i>	11	<i>clarithromycin</i>	6
<i>butorphanol tartrate</i>	10	CLEOCIN PALMITATE	6
BYETTA	17	CLIMARA PRO	20
C		CLIMARA	20
CADUET	13	<i>clindamycin HCl</i>	6
CANASA	18	<i>clindamycin phosphate</i>	14, 20
CAPITROL	13	<i>clonidine HCl</i>	11
<i>captopril</i>	11	<i>clotrimazole</i>	5, 14
CARAC	14	<i>codeine sulfate</i>	10
<i>carbamazepine</i>	8	COLAZAL	18
<i>carbidopa/levodopa</i>	9	COLCHICINE VIAL	19
<i>carboplatin</i>	7	<i>colchicine</i>	19
CARDIZEM LA	12	COLESTID	13
CARMOL HC	14	<i>colytrol</i>	18
CASODEX	8	COMBIPATCH	20
<i>cefaclor</i>	5	COMBIVENT	24
<i>cefadroxil</i>	5	COMBIVIR	5
CEFTAZIDIME	5	COMTAN	9
CEFTRIAZONE IV PIGGYBACK	5	COPAXONE	9
<i>ceftriaxone</i>	5	COREG	12
CEFUROXIME 1.5GM/50ML	5	COSOPT	22
<i>cefuroxime axetil</i>	5	COZAAR	12
CEFUROXIME SODIUM INTRA VENOUS BAG	5	CREON	18
<i>cefuroxime sodium</i>	5	CRESTOR	13
CELEBREX	10	<i>cyclophosphamide</i>	7
CELLCEPT	8	CYCLOSPORINE AMPULE	8
CENESTIN	20	<i>cyclosporine</i>	7
<i>cephalexin</i>	5	CYKLOKAPRON	13
CEREZYME	17	CYMBALTA	10
<i>cesia</i>	20	CYTADREN	17
<i>chlorpromazine HCl</i>	11	CYTARABINE 100MG/ML INJECTION	8
<i>choline magnesium trisalicylate</i>	10	<i>cytarabine</i>	8
<i>cilostazol</i>	12	CYTOMEL	17
CILOXAN	21	D	
<i>ciprofloxacin HCl</i>	6, 21	<i>dacarbazine</i>	8
<i>cisplatin</i>	7	<i>daunorubicin HCl</i>	8
<i>citalopram hydrobromide solution</i>	10	DENAVIR	15
		DEPAKOTE ER	8

DEPAKOTE- - - - -	8	EPOGEN- - - - -	19
DEPO-TESTOSTERONE- - - - -	17	EPZICOM- - - - -	5
DETROL LA- - - - -	24	ERAXIS- - - - -	5
DETROL- - - - -	24	<i>ergotamine-caffeine</i> - - - - -	9
DEXAMETHASONE 1MG TABLET- - - - -	16	ERTACZO- - - - -	14
DEXAMETHASONE 2MG TABLET- - - - -	16	<i>erythromycin capsule</i> - - - - -	6
DEXAMETHASONE SOLUTION- - - - -	16	ERYTHROMYCIN TABLET- - - - -	6
<i>dexamethasone</i> - - - - -	16	<i>erythromycin</i> - - - - -	14, 21
<i>diclofenac sodium</i> - - - - -	10	ESTRING- - - - -	20
<i>diflunisal</i> - - - - -	10	EURAX- - - - -	15
<i>digoxin</i> - - - - -	12	EVISTA- - - - -	19
DILTIAZEM HCl VIAL- - - - -	12	EVOCLIN- - - - -	14
<i>diltiazem HCl</i> - - - - -	11	EVOXAC- - - - -	15
DIOVAN HCT- - - - -	12	EXELON SOLUTION- - - - -	9
DIOVAN- - - - -	12	EXELON- - - - -	9
<i>diphenoxylate/atropine</i> - - - - -	18	F	
<i>dipivefrin HCl</i> - - - - -	22	<i>famotidine injection</i> - - - - -	18
DIPROLENE- - - - -	15	<i>famotidine</i> - - - - -	18
<i>dipyridamole</i> - - - - -	12	FAMVIR- - - - -	5
DITROPAN XL- - - - -	24	<i>felodipine ER</i> - - - - -	11
DOVONEX- - - - -	13	FEMHRT- - - - -	20
<i>doxazosin mesylate</i> - - - - -	11	<i>fexofenadine HCl</i> - - - - -	23
<i>doxepin HCl</i> - - - - -	10	FINACEA- - - - -	14
<i>doxorubicin HCl</i> - - - - -	8	<i>finasteride</i> - - - - -	24
<i>doxycycline hyclate</i> - - - - -	7	FLOMAX- - - - -	24
DUONEB- - - - -	24	FLOVENT ROTADISK- - - - -	23
DYNACIRC CR- - - - -	12	FLOVENT- - - - -	23
<i>dyphylline GG</i> - - - - -	24	FLOXIN- - - - -	16
E		FLOXURIDINE- - - - -	8
<i>econazole nitrate</i> - - - - -	14	<i>fluconazole suspension</i> - - - - -	5
EFUDEX- - - - -	14	<i>fluconazole</i> - - - - -	5
ELESTAT- - - - -	21	<i>flunisolide</i> - - - - -	24
ELIDEL- - - - -	14	<i>fluocinolone acetonide</i> - - - - -	15
ELIGARD- - - - -	8	<i>fluocinonide</i> - - - - -	15
EMEND- - - - -	18	<i>fluorometholone</i> - - - - -	22
ENABLEX- - - - -	24	<i>fluorouracil</i> - - - - -	14
<i>enalapril maleate</i> - - - - -	11	FLUOROURACIL- - - - -	8
ENBREL- - - - -	19	<i>fluoxetine HCl solution</i> - - - - -	10
ENGERIX-B- - - - -	19	<i>fluoxetine HCl</i> - - - - -	10
ENJUVIA- - - - -	20	<i>flutamide</i> - - - - -	8
<i>enpresse</i> - - - - -	20	FOCALIN- - - - -	11
EPIPEN- - - - -	23	FORADIL AEROLIZER- - - - -	23
EPIVIR HBV- - - - -	5	FORTAMET- - - - -	17
EPIVIR- - - - -	5	FORTEO- - - - -	19

<i>fortical</i> - - - - -	17	IMITREX STATDOSE- - - - -	9
FOSAMAX 40MG- - - - -	15	IMITREX- - - - -	9
FOSAMAX PLUS D- - - - -	19	INCRELEX- - - - -	15
FOSAMAX- - - - -	19	INFLAMASE MILD- - - - -	22
<i>fosinopril sodium</i> - - - - -	11	INNOPRAN XL- - - - -	12
FOSRENOL- - - - -	15	INTAL- - - - -	24
FRAGMIN- - - - -	12	INVIRASE- - - - -	5
FUROSEMIDE SOLUTION- - - - -	12	ISONIAZID SYRUP- - - - -	6
<i>furosemide</i> - - - - -	11	<i>isoniazid</i> - - - - -	6
G		ISOPTO HOMATROPINE- - - - -	21
GARDASIL- - - - -	19	ISTALOL- - - - -	21
<i>gemfibrozil</i> - - - - -	13	J	
GEODON- - - - -	11	<i>jantoven</i> - - - - -	12
GLEEVEC- - - - -	8	<i>junel FE</i> - - - - -	20
<i>glimepiride</i> - - - - -	17	<i>junel</i> - - - - -	20
<i>glipizide</i> - - - - -	17	K	
GLUCAGON EMERGENCY KIT- - - - -	17	KEPPRA- - - - -	9
<i>glyburide</i> - - - - -	17	KETEK- - - - -	6
<i>glycopyrrolate</i> - - - - -	18	KLARON- - - - -	14
H		L	
HALFLYTELY- - - - -	18	<i>labetalol HCl</i> - - - - -	11
<i>haloperidol</i> - - - - -	11	LAMICTAL- - - - -	9
HECTOROL- - - - -	17	LANOXIN- - - - -	12
HUMALOG MIX 75/25- - - - -	17	LANTUS- - - - -	17
HUMALOG- - - - -	17	<i>leena</i> - - - - -	20
HUMIRA- - - - -	19	<i>leflunomide</i> - - - - -	19
HUMULIN N- - - - -	17	<i>leucovorin calcium 100mg vial</i> - - -	7
HUMULIN R- - - - -	17	LEUCOVORIN CALCIUM 10MG	7
HYDRALAZINE HCl VIAL- - - - -	12	TABLET- - -	
<i>hydralazine HCl</i> - - - - -	11	LEUCOVORIN CALCIUM	7
<i>hydrochlorothiazide</i> - - - - -	11	10MG/ML- - - - -	
<i>hydrocortisone</i> - - - - -	15, 16	LEUCOVORIN CALCIUM 15MG	7
<i>hydroxyurea</i> - - - - -	8	TABLET- - -	
<i>hyoscyamine sulfate</i> - - - - -	18	<i>leucovorin calcium 200mg vial</i> - - -	7
HYZAAR- - - - -	12	<i>leucovorin calcium 25mg tablet</i> - - -	7
I		<i>leucovorin calcium 350mg vial</i> - - -	7
<i>ibuprofen suspension</i> - - - - -	10	LEUCOVORIN CALCIUM 500MG	7
IFOSFAMIDE/MESNA 3-1G- - - - -	8	VIAL- - - - -	
<i>ifosfamide/mesna</i> - - - - -	8	<i>leucovorin calcium 50mg vial</i> - - - - -	7
IFOSFAMIDE- - - - -	8	<i>leucovorin calcium 5mg tablet</i> - - - - -	7
ILETIN II LENTE/PORK- - - - -	17	LEUKERAN- - - - -	8
IMITREX INJECTION- - - - -	9	LEUKINE- - - - -	19
IMITREX NASAL SPRAY- - - - -	9	LEVAQUIN- - - - -	6
		LEVEMIR- - - - -	17

<i>levora-28</i> -----	20	<i>methotrexate</i> -----	8
<i>levothyroxine sodium</i> -----	17	<i>metolazone</i> -----	12
LEXIVA-----	5	METOPROLOL TARTRATE INJECTION-----	12
<i>lidocaine</i> -----	14	<i>metoprolol tartrate</i> -----	12
LIPITOR-----	13	METROGEL-----	14
<i>lipram-cr</i> -----	18	<i>metronidazole</i> -----	6, 14
<i>lipram-pn</i> -----	18	<i>mexiletine HCl</i> -----	11
<i>lipram-ul</i> -----	18	MICARDIS HCT-----	12
<i>lipram</i> -----	18	MICARDIS-----	12
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i> ---	11	<i>microgestin FE</i> -----	20
<i>lisinopril</i> -----	11	<i>microgestin</i> -----	20
LOPROX-----	14	<i>minoxidil</i> -----	12
LORABID-----	5	MIRAPEX-----	9
LOTEMAX-----	22	<i>misoprostol</i> -----	18
LOTREL-----	12	<i>mitomycin</i> -----	8
LOTRONEX-----	18	<i>mononessa</i> -----	20
<i>lovastatin</i> -----	13	MORPHINE SULFATE 10MG/ML AMPULE---	10
LOVENOX-----	12	MORPHINE SULFATE 250MG/10ML VIAL---	10
<i>low-ogestrel</i> -----	20	<i>morphine sulfate ER</i> -----	10
LUMIGAN-----	22	MORPHINE SULFATE HYPODERMIC TABLET-	10
LUXIQ-----	15	MORPHINE SULFATE SOLUTION-----	10
LYRICA-----	9	<i>morphine sulfate</i> -----	10
M		<i>mupirocin</i> -----	14
MAVIK-----	12	MUSTARGEN-----	8
MAXALT MLT-----	9	MYFORTIC-----	8
MAXALT-----	9	MYLOTARG-----	8
<i>mebendazole</i> -----	6	N	
<i>medroxyprogesterone acetate</i> -----	20	<i>naloxone HCl</i> -----	10
<i>mefloquine HCl</i> -----	6	NARDIL-----	10
<i>megestrol acetate</i> -----	8	NASACORT AQ-----	24
<i>meloxicam</i> -----	10	NASONEX-----	24
MEPRON-----	6	<i>necon</i> -----	20
<i>mercaptapurine</i> -----	8	<i>neomycin sulfate</i> -----	6
MESNEX-----	7	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i> -	16
<i>metformin HCl ER</i> -----	17	NEORAL-----	8
<i>metformin HCl</i> -----	17	<i>neostigmine methylsulfate</i> -----	9
METHADONE HCl SOLUTION-----	10	NEULASTA-----	19
<i>methadone HCl</i> -----	10	NEUMEGA-----	19
<i>methenamine</i> -----	7	NEXIUM I.V.-----	18
METHERGINE-----	21	NEXIUM-----	18
<i>methimazole</i> -----	16		
METHOTREXATE SODIUM 1GM VIAL-----	8		

NIASPAN- - - - -	13
NICOTROL- - - - -	16
<i>nifedipine ER</i> - - - - -	12
<i>nifedipine</i> - - - - -	12
<i>nitro-bid</i> - - - - -	13
<i>nitrofurantoin</i> - - - - -	7
<i>nitroglycerin injection</i> - - - - -	13
<i>nitroglycerin patch</i> - - - - -	13
<i>nitroglycerin</i> - - - - -	13
NITROLINGUAL- - - - -	13
NORDITROPIN- - - - -	19
<i>norethindrone acetate</i> - - - - -	20
<i>nortrel 1/35 (21)</i> - - - - -	20
<i>nortrel</i> - - - - -	20
NORVASC- - - - -	12
NOVOLIN 70/30- - - - -	17
NOVOLIN N- - - - -	17
NOVOLIN R- - - - -	17
NOVOLOG MIX 70/30- - - - -	17
NOVOLOG- - - - -	17
NULYTELY- - - - -	18
NUVARING- - - - -	20
<i>nystatin</i> - - - - -	5, 14, 20
O	
<i>octreotide acetate 1000mcg/ml</i> - - - - -	8
OCTREOTIDE ACETATE 100MCG/ML- - - - -	8
<i>octreotide acetate 200mcg/ml</i> - - - - -	8
OCTREOTIDE ACETATE 500MCG/ML- - - - -	8
OCTREOTIDE ACETATE 50MCG/ML- - - - -	8
OLUX- - - - -	15
OMACOR- - - - -	13
<i>omeprazole</i> - - - - -	18
OMNICEF- - - - -	5
OPTIVAR- - - - -	21
ORTHO EVRA- - - - -	20
OXSORALEN ULTRA- - - - -	14
OXSORALEN- - - - -	14
<i>oxybutynin chloride</i> - - - - -	24
<i>oxycodone HCl extended release</i> - - - - -	10
<i>oxycodone HCl</i> - - - - -	10
OXYCONTIN- - - - -	10
OXYTROL- - - - -	24

P

PACLITAXEL- - - - -	8
PANAFIL- - - - -	14, 15
PANDEL- - - - -	15
<i>paroxetine HCl</i> - - - - -	10
PATANOL- - - - -	21
PAXIL CR- - - - -	11
PAXIL- - - - -	11
PEG-INTRON- - - - -	19
PEGASYS- - - - -	19
PENTASA- - - - -	18
<i>permethrin</i> - - - - -	15
<i>phenazopyridine HCl</i> - - - - -	25
<i>phenylephrine HCl</i> - - - - -	22
PHENYTEK- - - - -	9
<i>phenytoin</i> - - - - -	8
PHOSLO- - - - -	25
<i>pilocarpine HCl</i> - - - - -	21
PLAN B- - - - -	20
<i>potassium bicarbonate</i> - - - - -	25
POTASSIUM CHLORIDE IV PIGGYBACK- - - - -	25
POTASSIUM CHLORIDE 15MEQ TABLET- - - - -	25
POTASSIUM CHLORIDE/NORMAL SALINE- - - - -	25
<i>potassium chloride</i> - - - - -	25
PRANDIN- - - - -	17
<i>pravastatin</i> - - - - -	13
PRECOSE- - - - -	17
PREFEST- - - - -	20
PREMARIN CREAM- - - - -	20
PREMARIN- - - - -	20
<i>prenatal plus</i> - - - - -	25
<i>prenatal RX</i> - - - - -	25
PREVACID IV- - - - -	18
PREVACID SUSPENSION- - - - -	18
PREVACID- - - - -	18
PREVIDENT- - - - -	16
<i>previfem</i> - - - - -	20
PREVPAC- - - - -	18
PREZISTA- - - - -	5
PRILOSEC 40MG- - - - -	18
PRIMAXIN I.M.- - - - -	6

PRIMAXIN-	6	RIDAURA-	19
PRIMSOL-	7	<i>rifampin</i> -	6
PROCAINAMIDE HCl SUSTAINED RELEASE-	11	RITALIN LA-	11
<i>procaïnamide HCl</i> -	11	RITUXAN-	8
<i>prochlorperazine edisylate</i> -	18	ROCEPHIN VIAL-	5
<i>prochlorperazine maleate tablet</i> -	18	RYTHMOL SR-	11
<i>prochlorperazine suppository</i> -	18	S	
PROCRIT-	19	<i>salsalate</i> -	10
PROCTOCREAM-HC-	18	SANCTURA-	24
PROCTOFOAM-HC-	18	SANDIMMUNE-	8
PROLASTIN-	15	<i>selegiline HCl</i> -	9
PROLEUKIN-	19	SEREVENT DISKUS-	23
<i>propoxyphene hcl/acetaminophen</i> -	10	SEROQUEL 400MG-	11
<i>propoxyphene HCl</i> -	10	SEROQUEL 50MG-	11
PROVENTIL HFA-	23	SEROQUEL-	11
PROVIGIL-	11	<i>sertraline concentrate</i> -	10
PULMICORT FOR NEBULIZATION-	23	<i>sertraline HCl</i> -	10
PULMICORT INHALER-	23	<i>silver sulfadiazine</i> -	14
<i>pyridostigmine bromide</i> -	9	<i>simvastatin</i> -	13
Q		SINGULAIR-	24
<i>quinapril</i> -	12	SOLARAZE-	14
<i>quinidine sulfate</i> -	11	SONATA-	11
QUININE SULFATE 200MG-	6	SORIATANE-	13
<i>quinine sulfate</i> -	6	SPIRIVA-	24
R		<i>sprintec</i> -	20
RANEXA-	13	SPRYCEL-	8
<i>ranitidine HCl</i> -	18	<i>sronyx</i> -	20
RAZADYNE ER-	9	STALEVO-	9
RAZADYNE SOLUTION-	9	STARLIX-	17
RAZADYNE-	9	STRATTERA-	11
REBIF-	19	STRIANT-	17
RELENZA-	5	SUBOXONE-	10
RELPAX-	9	<i>sucrafate</i> -	18
REMICADE-	18	SULAR-	12
RENAGEL-	15	<i>sulfacetamide sodium</i> -	14, 22
REQUIP-	9	<i>sulfacetamide/prednisolone</i> -	22
RESTASIS-	21	<i>sulfadiazine</i> -	6
RETROVIR IV-	5	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim DS</i> -	6
RETROVIR-	5	SUSTIVA-	5
REVATIO-	24	SUTENT-	8
REVLIMID-	8	SYMLIN-	17
REYATAZ-	5	T	
RHINOCORT AQUA-	24	<i>tamoxifen citrate</i> -	8
		TARKA-	12

TAZORAC- - - - -	14
TEGRETOL XR- - - - -	9
<i>terazosin HCl</i> - - - - -	12
<i>terbutaline sulfate</i> - - - - -	24
<i>terconazole</i> - - - - -	20
TESLAC- - - - -	8
TESTIM- - - - -	17
TETANUS DIPHTHERIA TOXOIDS- - - - -	19
<i>tetracycline HCl</i> - - - - -	7
TEV-TROPIN- - - - -	19
THALOMID- - - - -	15
<i>theophylline</i> - - - - -	24
THIOTEPA- - - - -	8
<i>ticlopidine HCl</i> - - - - -	12
TILADE- - - - -	24
<i>timolol maleate</i> - - - - -	12, 21
TIMOPTIC SINGLE USE DROPPERETTE- - - - -	21
<i>tizanidine HCl</i> - - - - -	9
TOBRADEX- - - - -	22
<i>tolazamide</i> - - - - -	17
TOPAMAX- - - - -	9
TOPROL XL- - - - -	12
<i>tramadol HCl</i> - - - - -	10
<i>tranylcyromine sulfate</i> - - - - -	10
TRAVATAN- - - - -	22
<i>trazodone HCl</i> - - - - -	10
<i>tri-previfem</i> - - - - -	20
<i>tri-sprintec</i> - - - - -	20
<i>triamcinolone acetate</i> - - - - -	15, 16
TRICOR- - - - -	13
<i>trifluridine</i> - - - - -	21
<i>trinessa</i> - - - - -	20
TRIZIVIR- - - - -	5
TRUSOPT- - - - -	22
TYGACIL- - - - -	6
U	
ULTRASE- - - - -	18
UNIRETIC- - - - -	12
UNIVASC- - - - -	12
UROXATRAL- - - - -	24
URSO FORTE- - - - -	18
<i>ursodiol</i> - - - - -	18
URSO- - - - -	18

V

VAGIFEM- - - - -	20
<i>valproic acid capsule</i> - - - - -	8
VALPROIC ACID LIQUID- - - - -	9
<i>valproic acid syrup</i> - - - - -	8
VALTRES- - - - -	5
VANCOGIN HCl- - - - -	7
VANCOMYCIN HCl 10GM VIAL- - - - -	7
<i>vancomycin HCl</i> - - - - -	7
VARIVAX- - - - -	19
<i>velivet</i> - - - - -	20
VENTOLIN HFA- - - - -	23
<i>verapamil HCl</i> - - - - -	12
VERELAN PM- - - - -	12
VESICARE- - - - -	24
VIDEX EC- - - - -	5
VIDEX- - - - -	5
VIGAMOX- - - - -	21
<i>vinblastine sulfate</i> - - - - -	8
<i>vincristine sulfate</i> - - - - -	8
VIVELLE- - - - -	20
VOLTAREN- - - - -	21
VYTORIN- - - - -	13

W

<i>warfarin sodium</i> - - - - -	12
WELLBUTRIN XL- - - - -	11

X

XALATAN- - - - -	22
XENADERM- - - - -	15
XIBROM- - - - -	21
XOPENEX HFA- - - - -	23

Z

ZANTAC INJECTION- - - - -	18
ZANTAC SYRUP- - - - -	18
ZEGERID- - - - -	18
ZEMPLAR- - - - -	17
ZERIT- - - - -	5
ZETIA- - - - -	13
ZIAGEN- - - - -	5
<i>zidovudine</i> - - - - -	5
ZITHROMAX PACKET- - - - -	6
ZOFRAN SOLUTION- - - - -	18
ZOFRAN VIAL- - - - -	18

ZOFRAN-	18
ZOMIG NASAL SPRAY-	9
ZOMIG ZMT-	9
ZOMIG-	9
ZONALON-	14
ZOSTAVAX-	19
<i>zovia 1/35e</i> -	20
<i>zovia 1/50e</i> -	20
ZOVIRAX-	15
ZYLET-	22
ZYMAR-	21
ZYPREXA ZYDIS-	11
ZYPREXA-	11
ZYRTEC 5MG-	23
ZYRTEC SYRUP-	23
ZYRTEC-D-	23
ZYRTEC-	23
ZYVOX INJECTION-	6
ZYVOX-	6

