

2015 Member Formulary

2015 Formulario de Miembros

formulary



Preferred Drug List
Generic Medication Policy
Dispensing Limitations
Prescribing Guidelines

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



INTRODUCTION

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

DEVELOPMENT OF THE DRUG FORMULARY

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

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

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

MENTAL HEALTH PARITY ACT

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

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

PHARMACY AND THERAPEUTICS (P&T) COMMITTEE

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

PRODUCT SELECTION CRITERIA

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

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

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

FORMULARY CONTROL MEASURES

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

FORMULARY MODIFICATION/QUESTIONS

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

TIERED FORMULARY CO-PAYMENT STRUCTURE

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

FORMULARY ALTERNATIVES

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

THERAPEUTIC INTERCHANGE (TI) POLICY

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

GENERIC DRUG POLICY

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

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

Providers are reminded of the following:

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

OVER-THE-COUNTER (OTC) MEDICATIONS

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

OFF-LABEL USE OF MEDICATIONS

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

EXPERIMENTAL MEDICATIONS

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

TABLET SPLITTING

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

PRIOR AUTHORIZATION

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

MAINTENANCE AND NON-MAINTENANCE MEDICATIONS

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

NEW DRUGS INTRODUCED INTO THE CONSUMER MARKET

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

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

STEP THERAPY

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

DISPENSING LIMITATION LIST

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

PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT
Abilify	30 tabs/30 days	amphetamine salt combo ER		Benzaclin	1 unit/30 days
Abilify sol	750 ml/30 days	10 mg	90 caps/30 days	Banzel	240 tabs/30 days
Acanya	1 jar/30 days	amphetamine salt combo ER		Benicar	30 tabs/30 days
Accolate	60 tabs/30 days	15 mg	60 caps/30 days	Benicar HCT	30 tabs/30 days
Accuneb 0.63 mg	120 vials/30 days	amphetamine salt combo ER		Beprevue	10 ml/30 days
Accuneb 1.25 mg	360 vials/30 days	20 mg	30 caps/30 days	Betaseron	15 vials/30 days
Acthion	30 tabs/30 days	amphetamine salt combo ER		Bezac	28 tabs/28 days
ActiQom	120 sponges/30 days	25 mg	30 caps/30 days	bicalutamide	30 tabs/30 days
Actiq	120 lozenges/30 days	amphetamine salt combo ER		Binoso	4 tabs/28 days
Actopulsi Met	60 tabs/30 days	30 mg	30 caps/30 days	Boniva 150 mg	1 tab/28 days
Actopulsi Met XR	60 tabs/30 days	Ampyra ER	60 tablets/30 days	Bree Ellipta	1 inhaler/30 days
Actos	30 tabs/30 days	Amrix	30 caps/30 days	Brisdelle	30 tabs/30 days
acyclovir 5% oint	30 gm/30 days	Amturnide	30 tabs/30 days	Brintellix	60 tabs/30 days
Adcirca	60 tabs/30 days	anastrozole	30 tabs/30 days	bupredion XL 150 mg	90 tabs/30 days
Adempas	90 tabs/30 days	Androgel 1%-25 mg	75 gm/30 days	bupredion XL 300 mg	60 tabs/30 days
Adopta Diskus	1 inhaler (60 blisters)/30 days	Androgel 1%-50 mg & Pump	300 gm/30 days	buprenorphine 2 mg	360 tabs/30 days
Adrenalex	1 box/30 days	Androgel 1.62%	150 gm/30 days	buprenorphine 8 mg	90 tabs/30 days
Advicer	60 tabs/30 days	anxiety	360 tabs/30 days	buprenorphine/naloxone	2/0.5 mg
Aerochamber	1/calendar yr	Antara 130 mg	30 tabs/30 days	buprenorphine/naloxone	360 tabs/30 days
Aerospan HFA	2 inhalers/30 days	Antara 43 mg	60 tabs/30 days	B/0.5 mg	90 tabs/30 days
Afinitor	30 tabs/30 days	Anzemet tabs.	10 tabs/presc. dispensed	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
Aflurion	1 injection/presc. dispensed	Apenlin	30 tabs/30 days	buprenorphine/naloxone	180 caps/30 days
afuzosin	30 tabs/30 days	Apriso	120 caps/30 days	butal/APAP/caff/codine	180 tabs/30 days
Aggriflu	1 injection/presc. dispensed	Aptiom	30 tabs/30 days	butal/APAN/caff/codine	180 tabs/30 days
albuterol 0.63%	120 vials/30 days	Arcayst	4 vials/30 days	butorphanol/NS	2 bottles (2.5 ml ea)/30 days
albuterol 1.25%	360 vials/30 days	Arcapta	30 caps/30 days	Butrans	4 patches/28 days
allergic case	30 tabs/30 days	Aricept	30 tabs/30 days	Budrenone	1 box of 4 trays/28 days
Allegra 60 mg	60 tabs/30 days	Arivudex	30 tabs/30 days	Byetta	2.4 ml/30 days
Allegra 180 mg	30 tabs/30 days	Asmanex	1 inhaler/30 days	Bystolic	60 tabs/30 days
allergy relief	30 tabs/30 days	Astepro	1 bottle/30 days	Caduet	30 tabs/30 days
Altopro	8 patches/30 days	Atacand	30 tabs/30 days	Caldolor	240 vials/30 days
Altopro H1	30 tablets/30 days	Atacand HCT	30 tabs/30 days	Cambia	9 patches/30 days
Alsuma	1 inhaler/30 days	Atacand	4 tabs/28 days	camrese camrese lo	91 tabs/30 days
Alvesco	30 tabs/30 days	Atelvia	30 tabs/30 days	candesartan	30 tabs/30 days
Ambien CR	1 inhaler/30 days	atorvastatin	30 tabs/30 days	candesartan/HCTZ	30 tabs/30 days
Ambien	30 tabs/30 days	Auvi-Q	1 box/30 days	Caprelsa	300 mg 30 tabs/30 days
Ambien 1 mg tabs.	18 tabs (2 boxes)/30 days	Availide	30 tabs/30 days	Caprelsa	100 mg 30 tabs/30 days
Amerize 2.5 mg tabs.	9 tabs (1 box)/30 days	Avandamet	60 tabs/30 days	carisoprodol	120 tabs/30 days
amethia, amethia lo	91 tabs/91 days	Avandaryl	60 tabs/30 days	carisoprodol/ASA	150 tabs/30 days
Amevive	Limited to 18 yrs and older	Avandart	30 tabs/30 days	carisoprodol/ASA/codine	120 tabs/30 days
Amizita	60 capsules/30 days	Avexel	14 tabs/presc. dispensed	Casodex	30 tabs/30 days
amlodipine	30 tabs/30 days	Avinza	30 capsules/30 days	Caverject	6 injections/30 days
amlodipine/atorvastatin	30 tabs/30 days	Avitene	120 syringes/30 days	Cayston	84 vials/56 days
amlodipine/benzepiril	30 tabs/30 days	Avodart	30 capsules/30 days	Celebrex	60 caps/30 days
amlodipine/telmisartan	30 tabs/30 days	Avonex	4 vials/30 days		
amnestem	30 days/presc. dispensed	Axert 12.5 mg tabs.	12 tabs (2 boxes)/30 days		
amphetamine salt combo ER		Axert 6.25 mg tabs.	18 tab (3 boxes)/30 days		
5 mg	180 caps/30 days	Axiron	180 ml/30 days		
		azelastine 0.15%	1 bottle/30 days		

continued from previous page

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

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

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

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.

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.

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.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PRODUCTOS

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

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

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

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

MODIFICACIÓN / PREGUNTAS DEL FORMULARIO

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

ESTRUCTURA DE FORMULARIO DE TRES NIVELES DE CO-PAGO

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

ALTERNATIVAS DEL FORMULARIO

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

POLÍTICA DEL INTERCAMBIO TERAPÉUTICO (TI)

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

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

POLÍTICA DE DROGAS GENÉRICAS

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

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

Se recuerda a los proveedores de los siguientes:

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

MEDICAMENTOS SIN RECETA (OTC)

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

FUERA DE LA ETIQUETA DEL USO DE MEDICAMENTOS

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

MEDICAMENTOS EPERIMENTADOS

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

PASTILLA PARA CORTAR

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

AUTORIZACIÓN PREVIA

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

MANTENIMIENTO Y MEDICAMENTOS SIN MANTENIMIENTO

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

NUEVOS MEDICAMENTOS INTRODUCIDOS AL MERCADO DE CONSUMO

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

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

TERAPIA DE PASO

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

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

LISTA DE LIMITACIÓN PARA DISPENSAR

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

MIEMBROS DE PROYECTO DE LEY DE DERECHOS

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

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

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

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

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

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS	SECOND TIER PREFERRED BRANDS	THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS
ACNE PRODUCTS Coverage Depends On Benefit Design			
Non-Maintenance	Adapalene Amnesteem Avita Benzoyl Peroxide Benzoyl Peroxide/ Clindamycin Benzoyl Peroxide/ Erythromycin BPO	Clarith Clindamycin Erythromycin Metronidazole Minocycline ER Sulfacetamide Sodium Sulfur Tretinoin	Metrogel Topical 1% Acanya Accutane Atralin Azelex Benzac Benzac AC Benzaclin Benzamycin Gel Benzic Cleocin
			Cleocin T Topical Clindagel Desquam-X Differin Differin 0.3% Duac Gel Epiduo Inova Klaron Metrocream
			Metroloktion Noritate Nuox Plexion Retin-A Solodyn Triaz Veltin Ziana
ALZHEIMER'S MEDICATIONS			
Non-Maintenance	Donepezil Galantamine Galantamine ER	Rivastigmine Capsules	Namenda Namenda XR Exelon Patches
			Aricept 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 Cardorone Multaq Norpace
			Norpace CR Rythmol Rythmol SR
ANTIBIOTICS			
Non-Maintenance	Amoxicillin Amoxicillin/ Clavulanate Amoxicillin/ Clavulanate ER Ampicillin Azithromycin Cefador Cefadroxil Cefdinir Cefditoren Cefixime Cefpodoxime Cefprozil Cefuroxime Cephalexin Ciprofloxacin Clindamycin Clarithromycin Dicloxacillin Doxycycline Doxycycline ER EES	Ery-tab Erythromycin Gentamicin Kanamycin Levofloxacin Methenamine Metronidazole Minocycline Moxifloxacin Neomycin Sulfate Nitrofurantoin Nystatin Ofloxacin Penicillin Primsol Rifampin SMX/TMP Sulfadiazine Tetracycline Tinidazole Tobramycin Trimethoprim Vancomycin	Ketek Zmax
			Amoxil Augmentin Augmentin XR Avelox Bactrim Bactrim DS Biaxin Biaxin XL Cedax Ceftin Cefzil Cipro Cipro XR Cleocin Declomycin Difidol Doryx
			Elmiron Flagyl Flagyl ER Fluorin Furadantin Hiprex Keflex Levaquin Lincocin Macro-dantzin Minocin Monodox Monurol Moxatag Noroxin Omnicef
			Spectracef Teflaro Tindamax Vancocin Vantin Xifaxan Z-Pak Zithromax Zyvox
ANTIBIOTICS-TOPICAL			
Non-Maintenance	Bacitracin Gentamicin Ketoconazole Foam	Mupirocin Polymyxin B	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 Phenytek Phenytoin Primidone Tiagabine Topiramate Valproate Sodium Valproic Acid Zonisamide	Dilantin Felbatol Gabitril 12 mg Gabitril 16 mg Lyrica Tegretol Tegretol XR
			Aptiom Banzel Carbatrol Depakene Depakote Depakote ER Equetro Fycempa Gabitril 2 mg Gabitril 4 mg Keppra
			Keppra XR Klonopin Lamictal Lamictal ODT Lamictal XR Myosline Neurontin Onfi Oxtellar XR Phenytek Potiga
			Sabril Stavzor Topamax Triptal Trokendi XR Vimpat Zarontin Zonegran
Non-Maintenance	Ethosuximide Suspension Phenytoin Suspension Valproic Acid Suspension		Diastat
ANTIDEPRESSANTS			
Maintenance	Amitriptyline Amoxapine Bupropion SR, XL Citalopram Clomipramine Chlordiazepoxide/ Amitriptyline Desipramine Doxepin Duloxetine Escitalopram Fluoxetine Fluvoxamine Fluvoxamine ER Imipramine	Maprotiline Mirtazapine Nefazodone Nortriptyline Paroxetine Paroxetine ER Perphenazine/ Amitriptyline Sertraline Tranylcypromine Trazodone Venlafaxine Venlafaxine ER	Pristiq
			Anafranil Aplenzin Brintellix Celexa Cymbalta Desvenlafaxine ER Effxor Effxor XR Emsam Fetzima Forvivo XL Khedezla
			Lexapro Luvox CR Marplan Nardil Norpramin Oleptro Pamelor Partrate Paxil Paxil CR Prozac Prozac Wkly Remeron
			Remeron Sol Tab Surmontil Tofranil Tofranil PM Vibryd Vivactil Wellbutrin Wellbutrin SR Wellbutrin XL Zoloft
ANTI-DIARRHEALS			
Non-Maintenance	Diphenoxylate/ Atropine	Lonox Loperamide	Alinia Imodium Lomotil
			Motofen Xifaxan

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS	SECOND TIER PREFERRED BRANDS	THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS
ANTIEMETICS (FOR NAUSEA AND/OR VOMITING)			
Non-Maintenance	Granisetron Meclizine Ondansetron Phenergan Prochlorperazine	Promethazine Trimethobenzamide	Antivert Anzemet Diclegis Emend Marinol 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	Ecoza Exelderm Jublia Lamisil Loprox Lotrimin Lotrisone Luzu Mentax Naftin Nizoral Oxistat Penlac Nail Lacquer
ANTI PSYCHOTICS			
Maintenance	Chlorpromazine Clozapine Fluphenazine Haloperidol Lithium Loxapine Olanzapine Olanzapine/ Fluoxetine Perphenazine Perphenazine/ Amitriptyline	Quetiapine Fumarate Risperidone Risperidone ODT Thioridazine Thiothixene Trifluoperazine Trimipramine Ziprasidone	Orap Abilify Clozaril Fanapt Fazaclon Geodon Invega Invega Sustenna Invega ER Latuda Lithobid Loxitane Navane Risperdal Risperdal M Risperdal Consta Saphris Seroquel Seroquel XR Symbyax Zyprexa Zyprexa Relprevv Zyprexa Zydys
ANTIVIRALS			
Maintenance	Abacavir Abacavir/Lamivudine/Zidovudine Acylovir Acylovir 5% Ointment Amantadine Didanosine Famciclovir Ganciclovir Lamivudine Lamivudine/Zidovudine Nevirapine Rimantadine Stavudine Valacyclovir Zidovudine	Aptivus Atripla Complera Crixivan Edurant Emtriva Epivir Solution Epizcom Fuzeon Intencele Invirase Isentress Kaletra Lexiva Norvir Prezista	Rescriptor Reyataz Selzentry Stribild Sustiva Tamiflu Tivicay Truvada Viracept Viread Ziagen Solution Zovirax Cream Combivir Denavir Topical Epivir Epivir HBV Famvir Incivek Olysio Relenza Diskhaler Retrovir Stavir Sovaldi Trizivir Valtrex Victrelis Videx Viramune Viramune XR 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 Anoro Arcapta Atrovent HFA Breo Ellipta Flovent	Pulmicort Inhaler Qvar Serevent Spiriva Symbicort Aerospan HFA Airesco Asmanex Brovana Combivent RespiMat Dulera Foradil Perforomist Pulmicort Suspension Tudorza
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 Lovenox
Maintenance	Anagrelide Clostazol Clopidogrel	Dipyridamole Pentoxifylline Ticlopidine	Aggrenox Briiinta Effient Eliquis Pradaxa Xarelto Agyrilyn Amicar Plavix Pletal Trental Zontivity
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 Niacin ER Omega-3 Acid Prevalite	Simcor Antara Colestid Fibricor Lipofen Lofibra Lipid Lovaza Niaspan Tricor Triglide Trilipix Vascepa Welchol Zetia

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

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

Therapeutic Class	First Tier Generics	Second Tier Preferred Brands	Third Tier Non-Preferred Brands
ECZEMA/PSORIASIS MEDICATIONS			
Non-Maintenance	Acitretin Anthralin Calcipotriene Calcipotriene/ Betamethasone	Selenium Sulfide Tazarotene	Dovonex Ointment
			Altanax Dovonex Cream Drithrocreme HP Fabiocr Taclonex
			Tazorac Sorlatane Sorlux Vectical
ERECTILE DYSFUNCTION (Impotency) Coverage Depends On Benefit Design			
Non-Maintenance	Alprostadil 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/ Carbonate OTC Prilosec Pantoprazole Rabeprazole Ranitidine Sucralfate	Nexium
			Aciphex Acid Bentyl Carafate Cytotec Dexilant
			Metozolv ODT Omeclamox Pepcid Prevacid Prevpac
			Prilosec Protonix Tagamet Zantac Zegerid
GASTROINTESTINAL MISC PRODUCTS			
Non-Maintenance	Dicyclomine Glycopyrrolate Hyoscyamine Metoclopramide	Propantheline Bromide Scopolamine	Pylera
			Amitiza Bentyl Cantil Difcid
			Donnatal Fulyzaq Humira Levsin
			Linzess 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
			Epaned Lotensin Mavik Prinivil
			Univas Vasotec Zestril
HIGH BLOOD PRESSURE: ACE INHIBITORS + DIURETIC			
Maintenance	Benazepril/HCTZ Captopril/HCTZ Enalapril/HCTZ Fosinopril/HCTZ	Lisinopril/HCTZ Moexipril/HCTZ Quinapril/HCTZ	
			Accuretic Lotensin HCT Vaseretic
HIGH BLOOD PRESSURE: ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST (ARB)			
Maintenance	Candesartan Eprosartan Irbesartan	Losartan Telmisartan Valsartan	
			Atacand Avapro Benicar
			Cozaar Diovan Edarbi
			Micardis Teveten
HIGH BLOOD PRESSURE: ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST (ARB) + CALCIUM CHANNEL BLOCKER			
Maintenance	Amlodipine/Telmisartan		
			Azor
			Twynsta
			Exforge
HIGH BLOOD PRESSURE: ARB + DIURETIC			
Maintenance	Candesartan/HCTZ Irbesartan/HCTZ Losartan/HCTZ	Telmisartan/HCTZ Valsartan/HCTZ	
			Atacand HCT Avalide Benicar HCT
			Diovan HCT Edarbyclor Hyzaar
			Micardis HCT Teveten HCT
HIGH BLOOD PRESSURE: CALCIUM CHANNEL BLOCKERS			
Maintenance	Amlodipine Amlodipine/ Atorvastatin Cartia XT Diltiazem Felodipine Isradipine Nicardipine	Nifedipine Nifedipine ER Nimodipine Nisoldipine Nisoldipine ER Verapamil Verapamil ER	
			Adalat Caduet Calan Cardene SR Cardizem
			Cardizem CD Cardizem LA Covera-HS Isoptin Norvasc
			Nymalize Procardia XL Verelan PM
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 Innderal LA Innopran XL
			Kerlone 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

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

Therapeutic Class	First Tier Generics	Second Tier Preferred Brands	Third Tier Non-Preferred Brands			
NITRATES (FOR HEART/ANGINA)						
Maintenance (except for sublingual and inhaled dosage forms)	Dipyridamol Isosorbide Dinitrate Isosorbide Mononitrate Nitroglycerin	Ranexa Nitrostat	Imdur Isordil Nitro-Dur Nitrolingual			
NON-NARCOTIC ANALGESICS (PAIN)						
Non-Maintenance	Choline Magnesium Diflunisal Salsalate		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 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	Diclofenac Topical Suspension Ibuprofen Suspension Indomethacin Suspension Ketorolac Methotrexate		Enbrel Humira Kineret Motrin Susp.	Naprosyn Susp. Otrexup Pennsaid Rasuvo	Sprix Toradol Xeljanz	
Maintenance	Diclofenac Diclofenac/ Misoprostol Etoadolac Fenoprofen Flurbiprofen Ibuprofen Indomethacin Ketoprofen Leflunomide	Meclofenamate Meloxicam Mefenam Nabumetone Naproxen Piroxicam Oxaprozin Sulindac Tolmetin	Celebrex	Anaprox Anaprox DS Arava Arthrotec Cataflam Daypro Duxis Feldene Flector Indocin	Mobic Motrin Nalfon Naprelan Naprosyn Naprosyn EC Ridaura Vimovo Voltaren Voltaren XR	Zipsor Zorvolex
OPHTHALMIC PRODUCTS - GLAUCOMA						
Non-Maintenance	Apraclonidine Betaxolol Brimonidine Carteolol Dipivefrin Dorzolamide Dorzolamide/ Timolol	Latanoprost Levobunolol Metipranolol Pilocarpine Timolol Travaprost	Azopt Betoptic S	Betagan Betimol Betoptic Combigan Cosopt Iopidine Isopto Carbachol	Isopto Carpine Istalol Lumigan Naprinza Timoptic Travatan Z Trusopt	Xalatan Zioptan
OPHTHALMIC PRODUCTS - PAIN/INFLAMMATION						
Non-Maintenance	Bromfenac Dexamethasone Diclofenac Fluorometholone Flurbiprofen Ketorolac Levofloxacin Prednisolone Tetracaine Tobramycin/Dexamethasone	Alex Flarex FML Forte Lotemax Tobradex Oint		Acular Acuvail Alcaine Alex Blephamide Durezol Flarex FML Liquefilm FML SOP	Ilevro Lotemax Maxidex Maxitrol Nevanac Ocufen Poly-Pred Pontocaine Pred Forte	Pred Mild Prolensa Tobradex Susp. Tobradex ST Vexol
OPHTHALMIC PRODUCTS - ANTI-INFECTIVES						
Non-Maintenance	Bacitracin Ciprofloxacin Erythromycin Gatifloxacin Gentamicin Gramicidin Neomycin Ofloxacin Polymyxin B	Sulfacetamide Sod Tobramycin Tobramycin/ Dexamethasone Trifluridine Trimethoprim	Tobradex Ointment	AzaSite Besivance Betadine Bleph-10 Ciloxan Moxeza Natascyn Ocuflox	Polysporin Polytrim Tobradex ST Tobradex Suspension Tobrex Vigamox Viropic	Vitrasert Zirgan Zylet Zymaxid
OPHTHALMIC PRODUCTS - ANTI-ALLERGICS Coverage Depends On Benefit Design						
Non-Maintenance	Azelastine Cromolyn Epinastine Ketotifen		Alocril Alomide	Bepreve Elestat Emadine Optivar	Pataday Patanol Zaditor	
OPHTHALMIC PRODUCTS - MISCELLANEOUS						
Non-Maintenance	Atropine Cyclopentolate Homatropine	Naphazoline Phenylephrine Tropicamide		Cyclogyl Cyclomydril Homatropine Isopto Atropine	Isopto Hyoscine Mydracryl Restasis	
OSTEOPOROSIS DRUGS						
Maintenance	Alendronate Calcitonin Etidronate Ibandronate Risendronate	Actonel Duavee Forteo		Actonel 150 mg Atelvia Binosto Boniva Tablet Didronel	Evista Fortical Fosamax Fosamax+D Miacalcin Spray	

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			
OTIC PRODUCTS (FOR THE EAR)						
Non-Maintenance	Acetic Acid Antipyrine/Benzocaine Hydrocortisone Neomycin Sulfate Ofloxacin Phenylephrine Hydrochloride Polymyxin B Sulfate Pramoxine Hydrochloride	Ciprodex Cipro HC Coly-Mycin-S Cortisporin TC Cresylate	Cetralax Cortane-B Cortisporin Oticin HC Pramotic			
PARKINSON'S DRUGS						
Maintenance	Benztrapine Cabergoline Carbidopa Levodopa Entacapone	Pramipexole Rivastigmine Ropinirole Trihexyphenidyl	Exelon Patches Stalevo Tasmar	Azlect Comtan Exelon Capsules	Mirapex Mirapex ER Neupro Parcopa	Requip Requip XL Sinemet Avodart
Non-Maintenance	Amantadine Bromocriptine	Carbidopa Selegiline		Cogentin Eldepryl	Lodosyn Parlodel	Zelapar
PROSTATE MEDICATIONS						
Maintenance	Alfuzosin Doxazosin Finasteride	Prazosin Tamsulosin Terazosin	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	Eszopiclone Flurazepam Hydroxyzine Lorazepam Meprobamate Oxazepam Phenobarbital Temazepam Triazolam Zaleplon Zolpidem Zolpidem ER		Ambien Ambien CR Ativan Buspar Butisol Sodium Doral Eduar Halcion Intermezzo Librax	Lunesta Nembutal Niravam Restoril Rozeren Sonalan 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 Clonidine ER Dexmethylpheni- date Dexmethylpheni- date XR	Dextroamphet- amine Methyl Methylphenidate Methylphenidate ER Modafinil	Strattera	Adderall Adderall XR Concerta Daytrana Desoxyn Dexedrine Focalin	Focalin XR Intuniv Kayway Metadate CD Nuvigil Provigil Quillivant XR	Ritalin Ritalin LA Ritalin SR Vyvanse Xyrem
TESTOSTERONE REPLACEMENT MEDICATIONS						
Maintenance	Android Danazol Testosterone Cyp Inj Testosterone Enan Inj Testred		AndroGel Axiron	Androderm Androxy Aveed Depo-Testosterone	Fortesta Striant Testim Vogelxo	
THYROID MEDICATIONS						
Maintenance	Levothyroxine Liothyronine Methimazole Propylthiouracil Unithroid		Levoxyll Synthroid	Armour Thyroid	Cytomel Tapazole	Thyrolar Tirosint
URINARY INCONTINENCE						
Maintenance	Flavoxate Oxybutynin Oxybutynin XL Tolterodine	Tolterodine ER Trospium Trospium ER	Enblex Toviaz Vesicare	Detrol Detrol LA Ditropan XL	Gelnique Myrbetriq Oxytrol	Sanctura Sanctura XR
Non-Maintenance	Bethanechol	Hyoscyamine		Urecholine		
VAGINAL PRODUCTS						
Non-Maintenance	Gynazole-1 Metronidazole Miconazole Nitrate Nystatin Terconazole Urea (Carbamide) Vagistat Combo Pack		Cleocin Vaginal Suppository Crinone Estring Premarin	AVC Cleocin Vaginal Cream Endometrin Estrace Vaginal Femring	Metrogel Vaginal Terazol 3 Terazol 7 Vagifem	
WEIGHT LOSS PRODUCTS Coverage Depends On Benefit Design						
Non-Maintenance	Benzphetamine Diethylpropion Phendimetrazine Phentermine			Adipex-P Belviq Bontril Dilidex Qsymia	Suprenza Xenical	

SPECIALTY PHARMACY PRODUCTS Coverage Depends On Benefit Design

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

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

ANTICOAGULANTS		ANTINEOPLASTICS		
ARIIXTRA ENOXAPARIN	FONDAPARINUX FRAGMIN	HEPARIN SODIUM LOVENOX	METHOTREXATE SODIUM	RHEUMATREX

ASSORTED CLASSES			ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	
ABSTRAL	LAZANDA	STELARA	FEMARA	
ACTEMRA	LEVAQUIN	SUBSYS	PAMIDRONATE DISODIUM	
ACTIQ	SABRIL (LD)	VALCYTE		
FENTORA	SIVEXTRO	ZYVOX		

GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.		HEMATOPOIETIC AGENTS		
ENTYVIO		CYANOCOBALAMIN	HYDROXOCOBALAMIN	VENOFER
REMICADE		CYANOJECT	INJECTAFER	
		FERAHEME	VITAMIN B-12	

HEMOSTATICS		MIGRAINE PRODUCTS		
CYKLOKAPRON	CYSTAGON	DIHYDROERGOTAMINE MESYLATE		

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

AMINOGLYCOSIDES			
BETHKIS	TOBI	TOBRAMYCIN	XOLAIR

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

ANTINEOPLASTICS					
8-MOP	CYCLOPHOSPHAMIDE	GAZYVA	LUPANETA	SYNRIBO	
ABRAXANE	CYRAMZA	GEMCITABINE	LUPRON DEPOT	TABLOID	XALKORI (LD)
ACTIMMUNE	CYTARABINE	GEMZAR	LYSDREN	TAFINLAR	XELODA
ADCETRIS	DACARBAZINE	GILOTTRIF	MARCOIBO	TARCEVA	XTANDI (LD)
ADRIAMYCIN	DACOGEN (LD)	GLEEVEC	MATULANE	TARGETIN	YERVOY (LD)
ADRUCIL	DAUNORUBICIN	HALAVEN	MEKINIST	TASIGNA	ZALTRAP
AFINITOR	DAUNOXOME	HERCEPTIN	MELPHALAN HCL	TAXOTERE	ZANOSAR
ALFERON N	DECITABINE (LD)	HEXALEN	MESNA	TEMODAR	ZELBORAF (LD)
ALIMTA	DEPOCYT	HYCAMTIN	METHOXSALEN	THERACYS	ZEVALIN
ALKERAN	DOCEFREZ	HYDREA	MITOMYCIN	THIOTEPA	ZINECARD
ARIMFOSTINE	DOCETAXEL	ICLUSIG (LD)	MITOXANTRONE HCL	THYROGEN	ZOLADEX
ARIMIDEX	DOXIL	IDAMYCIN PFS	MUSTARGEN	TICE BCG	ZOLINZA
AROMASIN	DOXORUBICIN	IDARUBICIN HCL	MYLERAN	TOPOSAR	ZORTRESS
ARRANON	ELIGARD	IFEX	NAVELBINE	TOTECTAN	ZYKADIA
ARZERRA	ELLENC	IFEX/MESNEX	NEXAVAR (LD)	TORISEL	
AVASTIN	ELOXATIN	IFOSFAMIDE	NILANDRON	TREANDA	
AZACITADINE	ELSPAR	IFOSFAMIDE/MESNA	NIPENT	TRELSTAR DEPOT	
BELEODAQ	EMCYT	IMBRUVICA	NOVANTRONE	TRELSTAR LA	
BICNU	EPIDRUBICIN HCL	INLYTA	ONCASPAR	TRETINOIN	
BLEOMYCIN SULFATE	ERBITUX	INTRON-A	OXALIPLATIN	TREXALL	
BOSULIF	ERIVEDGE	IRINOTECAN	OXSORALEN ULTRA	TRISENOX	
BUSULFEX	ERWINAZE	ISTODAX	PACLITAXEL	TYKERB	
CALCIUM FOLINATE	ETHYOL	IXEMPRA	PANRETIN	UVADEX	
CAMPATH	ETOPOSPHOS	JAKAFI	PERJETA (LD)	VALCHLOR (LD)	
CAMPTOSAR	ETOPOSIDE	JEVTANA	PHOTOFRIN	VALSTAR	
CAPECITABINE	FARESTON	KADCYLA	POMALYST (LD)	VANTAS	
CAPRELSA (LD)	FASLODEX	KEPIVANCE	PROLEUKIN	VECTIBIX	
CARBOPLATIN	FIRMAGON	KYPROLIS	PROVGENE	VELCADE	
CASODEX	FLOXURIDINE	LEUCOZOLE	PURINETHOL	VIDAZA	
CENUU	FLUDARA	LEUCOVORIN	QUADRAMET	VINBLASTINE SULFATE	
CISPLATIN	FLUDARABINE SULFATE	LEUKERAN	RITUXAN	VINCASAR PFS	
CLADRIBINE	FLUOROURACIL	LEUKINE	SPRYCEL	VINCRISTINE SULFATE	
COLLAR	FOLOTYN	LEUPROLIDE ACETATE	STIVARGA (LD)	VINORELBINE TAR- TRATE	
COMETRIQ (LD)	FUDR	LIPODOX	SUTENT	VOTRIENT	
COSMEGEN	FUSILEV	LIPODOX 50	SYLVANT		

ANTIPARKINSON AGENTS		ANTIPSYCHOTIC AGENTS	
APOKYN (LD)		GEODON	ZYPREXA INJ
		RISPERDAL CONSTA	ZYPREXA RELPREVV

ANTIVIRALS				
ABACAV/LAMIV/ZIDOVUD	EPIVIR	INTELENCE	RETROVIR IV	TRUVADA
ABACAVIR	EPIVIR HBV	KALETRA	REVATAZ	TYZEKA
ADEFOVIR	EPZICOM	LAMIVUDINE	RIBAPAK	VICTRELIS
APTIVUS	FOSCAVIR	LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE	RIBASPHERE	VIDEX
ATRIPLA	FUZEON	LEXIVA	RIBATAB	VIDEX EC
BARACLUDE	GANCICLOVIR	NABI-HB	RIAVIRIN	VIRACEPT
COMBIVIR	HEPAGAM	NEVIRAPINE	SELZENTRY	VIRAMUNE
COMPLERA	HEPSERA	NORVIR	SIMULECT	VIRAMUNE XR
COPEGUS	HYPERHEP B S-D	OLYSIO	SOVALDI	VIREAD
CRIXIVAN	HYPERHEP B S-D	PEGASYS	STAVUDINE	VISTIDE
CYTUVENE	INCIVEK	PEG-INTRON	STRIBILD	ZERIT
DIRDAOSINE	INFERGEN	PREZISTA	SUSTIVA	ZIAGEN
EDURANT	INVIKASE	REBETOL	TIVICAY	ZIDOVUDINE
EMTRIVA	ISENTRESS	RESCRIPTOR	TRIZIVIR	

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

ASSORTED CLASSES

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

BIOLOGICS

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

CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.

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

CYSTIC FIBROSIS AGENTS

CAYSTON (LD) KALYDECO (LD)

DERMATOLOGICALS

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

ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.

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

GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.

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

HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.

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

HEMATOPOIETIC AGENTS

ARANESP EPOGEN GRANIX	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 MENOPUR	NOVAREL OVIDREL PREGNYL PROGESTERONE IN OIL REPRONEX SEROPHENE
--	---	---

INTRAOCULAR

AMVISC AMVISC PLUS BSS PLUS CELLUGEL CYSTARAN DISCOVISC DUOVISC	EYLEA (LD) HEALON JETREA (LD) LUCENTIS (LD) MACUGEN OZURDEX PROVISC
---	---

IVIG

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

PASSIVE IMMUNIZING AGENTS

SYNAGIS

NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.

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

RESPIRATORY AGENTS - MISC.

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

NON-PREFERRED FORMULARY MEDICATIONS AND THEIR PREFERRED FORMULARY ALTERNATIVE

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

PREFERRED DRUG LIST MEDICATIONS

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

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



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

www.pti-nps.com