



2009 Formulary 2009 Formulario (List of Covered Drugs)

**PLEASE READ: THIS DOCUMENT CONTAINS INFORMATION
ABOUT THE DRUGS COVERED BY THIS PLAN**

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

This document includes **Medco Medicare Prescription Plan®**'s partial formulary for Tennessee Valley Authority (TVA), as of January 1, 2009. **For a complete, updated formulary, please visit our website or call our Customer Service department (see below).**

Please note that “**Plan**” refers to **Medco Medicare Prescription Plan** throughout this formulary.

Customer Service department phone number **1-800-592-4520**
Customer Service TTY/TDD phone number..... **1-800-716-3231**
Customer Service days and hours of operation **24 hours a day, 7 days a week,
except Thanksgiving and Christmas**

Customer Service is available in English and other languages.

Website..... www.medco.com

**Effective Date: January 1, 2009
Last Updated: 09/15/08**



2009 Formulario (Lista de medicamentos cubiertos)

FAVOR DE LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN

Nota para miembros actuales: Este formulario se ha modificado durante el año en curso. Favor de revisar este documento para asegurarse de que contiene los medicamentos que usted toma.

Este documento incluye el formulario parcial de **Medco Medicare Prescription Plan®** para Tennessee Valley Authority (TVA), vigente en del 01 de Enero del 2009. **Para obtener un formulario completo y actualizado, visite nuestro sitio web o llame a nuestro departamento de Atención al cliente (ver a continuación).**

Tenga en cuenta que “**Plan**” se refiere a **Medco Medicare Prescription Plan** cada vez que se menciona en este formulario.

Número telefónico del departamento de Atención al cliente.....1-800-592-4520

Número telefónico de Atención al cliente para usuarios de TTY/TDD.....1-800-716-3231

**Horario de nuestro departamento de Atención al cliente.....24 horas, 7 días a la semana,
excepto durante las festividades de Acción de Gracias y Navidad**

El servicio de Atención al cliente está disponible en inglés y en otros idiomas.

Sitio web.....www.medco.com

What is the plan Formulary?

A formulary is a list of covered drugs selected by the **Plan** in consultation with a team of health care providers, which represents the prescription therapies believed to be a necessary part of a quality treatment program.

The **Plan** will generally cover the drugs listed in our formulary as long as the drug is medically necessary, the prescription is filled at a plan's network pharmacy, and other plan rules are followed. For more information on how to fill your prescriptions, please review your Evidence of Coverage.

This document is a partial formulary and includes only some of the drugs covered by this **Plan**. **For a complete listing of all prescription drugs covered by the Plan, please visit our website or call our Customer Service department using the information provided on the front cover of this formulary.**

Can the Formulary change?

Generally, if you are taking a drug on our 2009 formulary that was covered at the beginning of the year, we will not discontinue or reduce coverage of the drug during the 2009 coverage year except when a new, less expensive generic drug becomes available or when new adverse information about the safety or effectiveness of a drug is released. Other types of formulary changes, such as removing a drug from our formulary, will not affect members who are currently taking the drug. It will remain available at the same cost-sharing amount for those members taking it for the remainder of the coverage year. We feel it is important that you have continued access for the remainder of the coverage year to the formulary drugs that were available when you chose our **Plan**, except for cases in which you can save additional money or improve the safety of your drugs.

If we remove drugs from our formulary, add prior authorization, quantity limits, and/or step therapy restrictions on a drug, or move a drug to a higher cost-sharing tier, we must notify affected members of the change at least 60 days before the change becomes effective, or at the time the member requests a refill of the drug, at which time the member will receive a 60-day supply of the drug. If the Food and Drug Administration (FDA) deems a drug on our formulary to be unsafe or the drug's manufacturer removes the drug from the market, we will immediately remove the drug from our formulary and provide notice to members who take the drug. The enclosed formulary is current as of the date indicated on the front cover. **To get updated information about the drugs covered, please visit our website or call our Customer Service department using the information provided on the front cover of this formulary.**

How do I use the Formulary?

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

Medical Condition

The formulary begins on page 2. The drugs in this formulary are grouped into categories depending on the type of medical conditions that they are used to treat. For example, drugs used to treat a heart condition are listed under the category "Cardiovascular Agents, Hypertension & Lipids".

Alphabetical Listing

If you are not sure what category to look under, you should look for your drug in the Index that begins on page 23. The Index provides an alphabetical list of all of the drugs included in this document. Both brand name drugs and generic drugs are listed in the Index.

Look in the Index and find your drug. Next to your drug, you will see the page number where you can find coverage information. Turn to the page listed in the Index and find the name of your drug in the first column of the list.

What are generic drugs?

Both brand-name drugs and generic drugs are covered under this **Plan**. A generic drug is approved by the FDA as having the same active ingredient as the brand-name drug. Generally, generic drugs usually cost less than brand-name drugs.

Are there any restrictions on my coverage?

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

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

You can find out if your drug has any additional requirements or limits by looking in the formulary that begins on page 2.

You can ask us to make an exception to these restrictions or limits. See the section “How do I request an exception to the Formulary?” on page iii for information about how to request an exception.

What if my drug is not on the Formulary?

If your drug is not included in this list of covered drugs, you should first contact our Customer Service department and ask if your drug is covered. This document includes only a partial list of covered drugs, so the **Plan** may cover your drug. **You can contact our Customer Service department using the information provided on the front cover of this formulary.**

If you learn that your drug is not covered, you have two options:

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

NOTE: Most Medicare drug plans will not cover erectile dysfunction (ED) drugs like *Viagra*[®], *Cialis*[®], *Levitra*[®], and *Caverject*[®]. For more information, you can contact our Customer Service department using the information provided on the front cover of this formulary.

How do I request an exception to the Formulary?

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

- You can ask us to cover your drug even if it is not on our formulary.
- You can ask us to waive coverage restrictions or limits on your drug. For example, for certain drugs, the amount of the drug that we will cover is limited. If your drug has a quantity limit, you can ask us to waive the limit and cover more.
- You can ask us to provide a higher level of coverage for your drug. If your drug is contained in our Tier 3, you can ask us to cover it at the cost-sharing amount that applies to drugs in Tier 2 instead. This would lower the amount you must pay for your drug. Please note, if we grant your request to cover a drug that is not on our formulary, you may not ask us to provide a higher level of coverage for the drug. Also, you may not ask us to provide a higher level of coverage for specialty drugs that are in Tier 4.

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

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

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

As a new or continuing member in our **Plan**, you may be taking drugs that are not on our formulary. Or you may be taking a drug that is on our formulary, but your ability to get it is limited. For example, you may need a prior authorization from us before you can fill your prescription. You should talk to your doctor to decide if you should switch to an appropriate drug that we cover or request a formulary exception so that we will cover the drug you are taking. While you talk to your doctor to determine the right course of action for you, we may cover your drug in certain cases during the first 90 days you are a member of our **Plan**.

For each of your drugs that is not on our formulary or if your ability to get your drugs is limited, we will cover a temporary 30-day supply (unless you have a prescription written for fewer days) when you go to a network pharmacy. After your first 30-day supply, the **Plan** will not pay for these drugs, even if you have been a member of the **Plan** less than 90 days.

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

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

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

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

For more information

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

If you have questions, please call our Customer Service department using the information provided on the front cover of this formulary.

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

Formulary

The abridged formulary that begins on page 2 provides coverage information about some of the drugs covered by this **Plan**. If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Index that begins on page 23.

Remember: This is only a partial list of drugs covered. **If your prescription is not in this partial formulary, please visit our website or call our Customer Service department using the information provided on the front cover of this formulary.**

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

The information in the Requirements/Limits column tells you if there are any special requirements for coverage of your drug.

The tier level refers to the level of coverage for each medication. The amount you pay at each tier level during your initial coverage period is explained below. After you reach your \$50 deductible, you are responsible for paying these amounts for your medications until you reach a true out-of-pocket cost of \$4,350.

	Network retail cost-sharing (30-day supply)	Network retail cost-sharing (90-day supply)	Medco By Mail cost-sharing (90-day supply)
Generics drugs (Tier 1)	\$10.00	\$30.00	\$20.00
Plan-preferred brand name drugs (Tier 2)	\$30.00	\$90.00	\$60.00
Non-preferred brand name (Tier 3)	\$50.00	\$150.00	\$100.00
Specialty (Tier 4)	\$50.00	\$150.00	\$100.00

If you are not sure whether your drug is covered, please visit our website or call our Customer Service department using the information provided on the front cover of this formulary.

¿Qué es el formulario del plan?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por el **Plan**, después de consultar con un grupo de proveedores de cuidado de salud, la cual representa las terapias recetadas que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. En general, el **Plan** cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicaamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red y se cumplan otras condiciones del plan. Para obtener más información acerca de cómo surtir sus recetas, lea su folleto informativo sobre coberturas.

Este documento es un formulario parcial e incluye solamente algunos de los medicamentos cubiertos bajo este **Plan**. **Para recibir una lista completa de todos los medicamentos recetados cubiertos por el Plan, visite nuestro sitio web o llame a nuestro departamento de Atención al cliente, utilizando la información que se proporciona en la portada de este formulario.**

¿Puede cambiar el formulario?

En general, si usted está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2009 que fue cubierto al principio del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2009, excepto si un medicamento genérico nuevo y menos costoso llega al mercado o si se publica nueva información desfavorable sobre la seguridad o la eficacia de un medicamento. Otros cambios al formulario, tales como la eliminación de un medicamento de nuestro formulario, no afectarán a los miembros que tomen el medicamento actualmente. Dicho medicamento seguirá estando disponible al mismo costo compartido para los miembros que lo tomen, durante el resto del año de cobertura. Creemos que es importante que obtenga acceso continuo durante el resto del año de cobertura a los medicamentos del formulario que estaban disponibles cuando eligió nuestro **Plan**, a excepción de los casos en los que puede ahorrar más dinero o cuando se puede aumentar la seguridad de sus medicamentos.

Si retiramos medicamentos de nuestro formulario o si agregamos el requisito de autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia a un medicamento, o bien si cambiamos un medicamento a un nivel más alto de costo compartido, debemos informar el cambio a los miembros que se vean afectados, por lo menos 60 días antes de la fecha en que entre en vigor el cambio, o cuando el miembro solicite que se vuelva a surtir la receta, en cuyo momento el miembro recibirá un suministro del medicamento de 60 días. Si la agencia Food and Drug Administration (FDA) determina que un medicamento que forma parte de nuestro formulario no es seguro, o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, retiraremos inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y se lo informaremos a los miembros que lo tomen. El formulario incluido es vigente en la fecha que se indica en la portada. **Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite nuestro sitio web o llame a nuestro departamento de Atención al cliente, utilizando la información que se proporciona en la portada de este formulario.**

¿Cómo se utiliza el formulario?

Hay dos maneras de buscar su medicamento en el formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 2. Los medicamentos que aparecen en este formulario están agrupados en categorías de acuerdo al tipo de condiciones médicas que pueden curar. Por ejemplo, los medicamentos

utilizados en el tratamiento de condiciones médicas cardíacas se encuentran en la categoría “Agentes cardiovasculares, de hipertensión y lípidos”.

Lista alfabética

Si no está seguro de la categoría en la que debe buscar, busque su medicamento en el índice que comienza en la página 23. El índice consta de una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. El índice incluye tanto medicamentos de marca como genéricos. Busque su medicamento en el índice. Junto a su medicamento, encontrará el número de la página en la que puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Este **Plan** cubre tanto medicamentos de marca como genéricos. Un medicamento genérico ha sido aprobado por la agencia FDA y contiene el mismo ingrediente activo que un medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos normalmente cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Puede haber requisitos adicionales o límites de cobertura para algunos medicamentos cubiertos. Entre estos requisitos y límites pueden incluirse:

- **Autorización previa:** Usted o su médico debe obtener autorización previa para obtener ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener aprobación antes de que se surtan sus recetas. Si no obtiene dicha aprobación, su medicamento podría no cubrirse.
- **Límites de cantidad:** En el caso de ciertos medicamentos, la cantidad que será cubierta por el **Plan** está limitada. Por ejemplo, el **Plan** suministra 30 tabletas de CRESTOR® por receta.
- **Terapia de paso:** En algunos casos, es necesario que primero pruebe ciertos medicamentos como parte del tratamiento de su condición médica antes de que podamos cubrir otro medicamento para curar esa condición médica. Por ejemplo, si puede utilizarse tanto un medicamento A como un medicamento B en el tratamiento de la misma condición médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le produce mejoras, cubriremos el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento está sujeto a otros requisitos o límites, por medio del formulario que comienza en la página 2.

Puede solicitar que hagamos una excepción a estas restricciones o límites. Consulte la sección, “¿Cómo puedo solicitar una excepción al formulario?” que está en la página ^{iiiv} para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Qué ocurre si mi medicamento no se encuentra en el formulario?

Si su medicamento no se incluye en esta lista de medicamentos cubiertos, primero debe ponerse en contacto con nuestro departamento de Atención al cliente y preguntar si su medicamento está cubierto. Este documento incluye solamente una lista parcial de medicamentos cubiertos, por lo que el **Plan** puede cubrir su medicamento. **Puede ponerse en contacto con nuestro departamento de Atención al cliente, utilizando la información**

que se proporciona en la portada de este formulario.

Si descubre que su medicamento no está cubierto, cuenta con dos opciones:

- Puede solicitar a nuestro departamento de Atención al cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto.
- Puede solicitar que hagamos una excepción y cubramos su medicamento. A continuación, encontrará información para solicitar una excepción.

NOTA: La mayoría de los planes de medicamentos Medicare no cubren medicamentos para disfunción eréctil (ED), tales como *Viagra*®, *Cialis*®, *Levitra*® y *Caverject*®. Para obtener más información, póngase en contacto con nuestro departamento de Atención al cliente, utilizando la información que se proporciona en la portada de este formulario.

¿Cómo puedo solicitar una excepción al formulario?

Puede solicitar que hagamos una excepción a las reglas de cobertura. Puede solicitar que hagamos diferentes tipos de excepciones.

- Puede solicitar que cubramos su medicamento, aún si no aparece en nuestro formulario.
- Puede solicitar que renunciemos a las restricciones o límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, en el caso de ciertos medicamentos, la cantidad que cubriremos está limitada. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitar que renunciemos al límite y que cubramos más.
- Puede solicitar que proporcionemos un mayor nivel de cobertura de su medicamento. Si su medicamento se incluye en el Nivel 3, puede solicitar que lo cubramos al costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 2. Esto disminuiría la cantidad que debe pagar por el medicamento. Tenga en cuenta que si accedemos a cubrir un medicamento que no está en nuestro formulario, no podrá pedirnos que otorguemos un mayor nivel de cobertura del medicamento. Además, no podrá pedir que otorguemos un mayor nivel de cobertura en el caso de medicamentos especializados que están en el Nivel 4.

En general, su petición de excepción se aprobará solamente si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, los medicamentos de nivel más bajo o restricciones adicionales de utilización no son tan eficaces para el tratamiento de su condición médica o pueden causarle efectos de salud desfavorables.

Debe ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura inicial para una excepción de formulario, nivel o restricción de utilización. Cuando solicite una excepción de formulario, nivel o restricción de utilización, debe proporcionar una declaración de su médico que apoye su petición. En general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas, después de recibir la declaración de su médico recetante que apoye su petición. Puede solicitar una excepción urgente (rápida) si usted o su médico consideran que su salud podría perjudicarse seriamente si espera hasta 72 horas, a que tomemos una decisión. Si se acepta su solicitud de excepción urgente, debemos tomar una decisión en un máximo de 24 horas, después de recibir la declaración de su médico recetante que apoye su petición.

¿Qué puedo hacer antes de hablar con mi médico acerca del cambio de medicamentos o una solicitud de excepción?

Como miembro nuevo o miembro que ha estado varios años con nuestro **Plan**, puede estar tomando medicamentos que no aparecen en nuestro formulario. O puede estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero cuya obtención está limitada. Por ejemplo, puede ser necesario que obtenga nuestra autorización previa antes de que se surta su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe sustituir su medicamento con uno que sea adecuado y que cubramos, o solicitar una excepción de formulario para que cubramos el medicamento que tome. Mientras decide junto con su médico lo que debe hacer, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días que sea miembro de nuestro **Plan**.

Cubriremos un suministro temporal de 30 días, para cada medicamento que tome y que no esté en nuestro formulario, o bien si su obtención está limitada (a menos que tenga una receta para menos tiempo), cuando vaya a una farmacia de la red. Después de su primer suministro de 30 días, el **Plan** no pagará estos medicamentos, aún si ha sido miembro del **Plan** durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de cuidado a largo plazo, cubriremos un suministro temporal de transición de 30 días (a menos que tenga una receta para menos tiempo). Cubriremos más de un suministro de estos medicamentos, durante los primeros 90 días que sea miembro de nuestro **Plan**. Si necesita un medicamento que no está en nuestro formulario, o cuya obtención está limitada, pero ha sido miembro de nuestro **Plan** durante más de 90 días, cubriremos un suministro de emergencia de ese medicamento de 30 días (a menos que tenga una receta para menos tiempo), mientras solicita una excepción al formulario.

Otros casos en los que cubriremos un suministro temporal de transición de 30 días (o menos, si tiene una receta para menos tiempo) son:

- Cuando ingresa a un centro de cuidado a largo plazo
- Cuando sale de un centro de cuidado a largo plazo
- Cuando es dado de alta de un hospital
- Cuando sale de un centro de enfermería experta
- Cuando cancela el cuidado de un hospicio.

El **Plan** le enviará una carta en un plazo de 3 días laborales después de surtir su suministro temporal de transición, informándole que recibió un suministro temporal y explicando sus opciones.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada acerca de su cobertura de medicamentos recetados, consulte su folleto informativo sobre coberturas y otros materiales del plan.

Si tiene cualquier pregunta, llame a nuestro departamento de Atención al cliente, utilizando la información que se proporciona en la portada de este formulario.

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

Formulario

El formulario condensado, que comienza en la página 2, proporciona información sobre la cobertura y sobre algunos de los medicamentos cubiertos por este **Plan**. Si le es difícil encontrar su medicamento en la lista, vaya al índice que comienza en la página 23. Recuerde que esta es sólo una lista parcial de los medicamentos cubiertos. **Si su medicamento recetado no se incluye en este formulario parcial, visite nuestro sitio web o llame a nuestro departamento de Atención al cliente, utilizando la información que se proporciona en la portada de este formulario.**

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (por ejemplo, NEXIUM®) y los medicamentos genéricos en minúsculas y en cursiva (por ejemplo, *omeprazole*).

La información de la columna Requisitos/Límites le indica si hay algún requisito especial para cubrir su medicamento.

El nivel se refiere al grado de cobertura de cada medicamento. A continuación se explica la cantidad que usted paga en cada nivel con la opción Value, durante su período de cobertura inicial. Una vez que alcance su deducible de \$50, será responsable de pagar estas cantidades por sus medicamentos hasta que sus costos totales del medicamento* sumen \$4,350.

	Costo compartido en farmacias minoristas de la red (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido en farmacias minoristas de la red (suministro de hasta 90 días)	Costo compartido, servicio de farmacia de pedido por correo de la red (suministro de hasta 90 días)
Genérico (Nivel 1)	\$10.00	\$30.00	\$20.00
Marca preferida (Nivel 2)	\$30.00	\$90.00	\$60.00
Marca no preferida (Nivel 3)	\$50.00	\$150.00	\$100.00
Especializado (Nivel 4)	\$50.00	\$150.00	\$100.00

Si no está seguro de que su medicamento esté cubierto, visite nuestro sitio web o llame a nuestro departamento de Atención al cliente, utilizando la información que se proporciona en la portada de este formulario.

Below is a list of abbreviations that may appear on the following pages in the Requirement/Limits column that tells you if there are any special requirements for coverage of your drug.

List of Abbreviations

QL: Quantity Limit. For certain drugs, the **Plan** limits the amount of the drug that we will cover. For example, the **Plan** provides 34 tablets per prescription for CRESTOR®.

ST: Step Therapy. In some cases, the **Plan** requires you to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition. For example, if Drug A and Drug B both treat your medical condition, we may not cover Drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, we will then cover Drug B.

PA: Prior Authorization. The **Plan** requires you or your physician to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval before you fill your prescriptions. If you don't get approval, we may not cover the drug.

GC: Gap Coverage. We provide coverage of this prescription drug in the coverage gap. Please refer to our Evidence of Coverage for more information about this coverage.

LA: Limited Availability. This prescription may be available only at certain pharmacies. For more information, call Customer Service.

ED: Enhanced Drug. This prescription drug is not normally covered in a Medicare prescription drug plan. The amount you pay when you fill a prescription for this drug does not count toward your total drug costs (that is, the amount you pay does not help you qualify for catastrophic coverage). In addition, if you are receiving extra help to pay for your prescriptions, you will not get any extra help to pay for this drug.

Commonly Prescribed Therapeutic Drug Categories

Anti - Infectives Antifungal Agents

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
Generics		
<i>amphotericin b</i>	1	PA
<i>clotrimazole</i>	1	
<i>fluconazole in dextrose</i>	1	
<i>fluconazole in nacl</i>	1	
<i>fluconazole susr</i>	1	
<i>fluconazole tabs</i>	1	QL
<i>griseofulvin microsize</i>	1	
<i>itraconazole</i>	1	QL
<i>ketoconazole</i>	1	
<i>nystatin</i>	1	
<i>terbinafine hcl</i>	1	QL
Brands		
ANCOBON	2	
DIFLUCAN IN NACL INJ	2	
200MG/100ML; 0.9%		
NOXAFIL	2	QL
SPORANOX SOLN	2	
VFEND	2	PA QL
VFEND IV	2	PA

Antivirals

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
Generics		
<i>acyclovir sodium</i>	1	
<i>acyclovir susp</i>	1	
<i>acyclovir caps, tabs</i>	1	QL
<i>amantadine hcl</i>	1	
<i>didanosine</i>	1	
<i>famciclovir</i>	1	QL
<i>foscarnet sodium</i>	1	PA
<i>rimantadine hcl</i>	1	
<i>zidovudine</i>	1	
Brands		

CRIXIVAN	2	
CYTOVENE	2	PA
EMTRIVA	2	
EPIVIR	2	
EPIVIR HBV	2	
INVIRASE	2	
KALETRA	2	
NORVIR	2	

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
REBETOL SOLN	2	PA QL
RELENZA DISKHALER	2	QL
RETROVIR IV INFUSION	2	
SUSTIVA	2	
TAMIFLU SUSR	2	
TAMIFLU CAPS	2	QL
VALTREX	2	QL
VIDEX EC CPDR 125MG	2	
VIDEX PEDIATRIC	2	
VIRACEPT	2	
VIRAMUNE	2	
VIREAD	2	
ZERIT	2	
ZIAGEN	2	

Cephalosporins

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
<i>cefaclor</i>	1	
<i>cefadroxil</i>	1	
<i>cefazin sodium INJ 1gm</i>	1	
<i>cefazin sodium INJ 10gm, 1gm;</i>	1	
<i>5%, 500mg</i>		
<i>cefdinir</i>	1	
<i>cefotaxime sodium</i>	1	
<i>cefoxitin sodium</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	1	
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium</i>	1	
<i>cefuroxime axetil</i>	1	
<i>cefuroxime sodium</i>	1	
<i>cephalexin</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
CEFAZOLIN SODIUM	2	
CEFOTAXIME SODIUM	2	
CEFTRIAXONE/DEXTROSE	2	
CEFUROXIME/DEXTROSE	2	
FORTAZ	2	
MEFOXIN	2	
MEFOXIN ADD-VANTAGE	2	
MEFOXIN IN DEXTROSE 2.2%	2	
MEFOXIN IN DEXTROSE 3.9%	2	
OMNI-PAC	2	
TAZICEF INJ 1GM, 2GM, 6GM	2	
ZINACEF IN ISO-OSMOTIC	2	
DEXTROSE		
ZINACEF IN ISO-OSMOTIC	2	
DILUENT		
ZINACEF INJ 750MG	2	

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
ZINACEF INJ 1.5GM	2	
Erythromycins / Other Macrolides		
Generics		
<i>azithromycin</i>	1	
<i>clarithromycin</i>	1	
<i>clarithromycin er</i>	1	
<i>e.e.s. 200</i>	1	
<i>e.e.s. 400</i>	1	
<i>erythrocin stearate</i>	1	
<i>erythromycin</i>	1	
<i>erythromycin /sulfisoxazole</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	1	
Brands		
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	2	
ERYTHROMYCIN	2	
ZMAX	2	
Miscellaneous Anti - Infectives		
Generics		
<i>amikacin sulfate</i>	1	
<i>amikin</i>	1	
<i>chloroquine phosphate</i>	1	
<i>clindamycin hcl</i>	1	
<i>clindamycin phosphate</i>	1	
<i>colistimethate sodium</i>	1	
<i>ethambutol hcl</i>	1	
<i>gentamicin sulfate</i>	1	
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	1	
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	1	
<i>isonarif</i>	1	
<i>isoniazid tabs</i>	1	
<i>isotonic gentamicin</i>	1	
<i>mebendazole</i>	1	
<i>mefloquine hcl</i>	1	
<i>metronidazole</i>	1	
<i>metronidazole in nacl 0.79%</i>	1	
<i>neomycin sulfate</i>	1	
<i>paromomycin sulfate</i>	1	
<i>pyrazinamide</i>	1	
<i>rifampin caps</i>	1	
<i>tobramycin sulfate</i>	1	
Brands		
ALBENZA	2	
ALINIA	2	
AZACTAM	2	
AZACTAM IN DEXTROSE	2	

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
BILTRICIDE	2	
CLEOCIN GALAXY	2	
CLEOCIN PEDIATRIC	2	
GRANULES		
CUBICIN	2	
DAPSONE	2	
DARAPRIM	2	
FANSIDAR	2	
GENTAMICIN SULFATE	2	
GENTAMICIN SULFATE/0.9%	2	
SODIUM CHLORIDE		
ISOTONIC GENTAMICIN	2	
KETEK	2	QL
MALARONE	2	
MINTEZOL	2	
MYCOBUTIN	2	
NEBUPENT	2	PA QL
NEUTREXIN	2	
PASER	2	
PRIMAQUINE PHOSPHATE	2	
PRIMAXIN I.M.	2	
PRIMAXIN IV	2	
PRIMAXIN IV ADD-VANTAGE	2	
QUALAQUIN	2	
SEROMYCIN	2	
STREPTOMYCIN SULFATE	2	
STROMECTOL TABS 3MG	2	
TOBRAMYCIN	2	
SULFATE/SODIUM CHLORIDE		
TRECATOR	2	
TYGACIL	2	
ZYVOX INJ	2	PA
ZYVOX SUSR, TABS	2	PA QL
Penicillins		
Generics		
<i>amoclan</i>	1	
<i>amoxicillin</i>	1	
<i>amoxicillin/potassium clavulanate</i>	1	
<i>amoxil</i>	1	
<i>ampicillin</i>	1	
<i>ampicillin sodium</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	1	
<i>nafcillin sodium</i>	1	
<i>penicillin g potassium</i>	1	
<i>penicillin v potassium</i>	1	
<i>pfeizerpen-g INJ 20mu</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
<i>veetids solr</i>	1	
Brands		
AMPICILLIN SODIUM	2	
AUGMENTIN XR	2	
BICILLIN C-R	2	
BICILLIN L-A	2	
NALLPEN ISO-OSMOTIC IN	2	
DEXTROSE		
NALLPEN/DEXTROSE	2	
PENICILLIN G POTASSIUM IN	2	
ISO-OSMOTIC DEXTROSE		
PENICILLIN G PROCAINE	2	
PENICILLIN G SODIUM	2	
UNASYN INJ 1GM; 0.5GM	2	
UNASYN INJ 2GM; 1GM	2	
ZOSYN	2	
Quinolones		
Generics		
<i>ciprofloxacin</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	1	
<i>ofloxacin</i>	1	
Brands		
AVELOX	2	
AVELOX ABC PACK	2	
CIPRO I.V.-IN D5W	2	
CIPRO I.V. INJ 200MG	2	
Sulfa's / Related Agents		
Generics		
<i>sulfadiazine</i>	1	
<i>sulfamethoxazole /trimethoprim</i>	1	
<i>sulfatrim</i>	1	
Brands		
GANTRISIN PEDIATRIC	2	
Tetracyclines		
Generics		
<i>demeccycline hcl</i>	1	
<i>doxycycline hyclate caps, INJ, tabs</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate</i>	1	
<i>minocycline hcl</i>	1	
<i>myrac</i>	1	
<i>tetracycline hcl</i>	1	
Brands		
VIBRAMYCIN SUSR, SYRP	2	
Urinary Tract Agents		

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
Generics		
<i>methenamine hippurate</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystalline</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	1	
<i>trimethoprim</i>	1	
Brands		
FURADANTIN	2	
MACRODANTIN CAPS 25MG	2	
Vancomycin		
Generics		
<i>vancomycin hcl</i>	1	
Brands		
VANCOCIN HCL	2	
VANCOMYCIN HCL	2	
VANCOMYCIN HCL ISO-OSMOTIC DEXTROSE	2	
Antineoplastic / Immunosuppressant Drugs		
Adjunctive Agents		
Generics		
<i>leucovorin calcium</i>	1	
<i>mesna</i>	1	
Brands		
LEUCOVORIN CALCIUM	2	
MESNEX TABS	2	
Antineoplastic / Immunosuppressant Drugs		
Generics		
<i>adriamycin</i>	1	
<i>azathioprine</i>	1	PA
<i>azathioprine sodium</i>	1	PA
<i>bleomycin sulfate</i>	1	
<i>carboplatin</i>	1	
<i>cisplatin</i>	1	
<i>cyclophosphamide INJ</i>	1	
<i>cyclophosphamide tabs</i>	1	PA
<i>cyclosporine</i>	1	PA
<i>cyclosporine modified</i>	1	PA
<i>cytarabine</i>	1	
<i>dacarbazine</i>	1	
<i>daunorubicin hcl</i>	1	
<i>doxorubicin hcl</i>	1	
<i>etoposide</i>	1	
<i>fludarabine phosphate</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
fluorouracil	1	
flutamide	1	
gengraf	1	PA
hydroxyurea	1	
idarubicin hcl	1	
ifosfamide/mesna	1	
irinotecan	1	
leuprolide acetate	1	
megestrol acetate	1	
mercaptopurine	1	
methotrexate	1	PA
methotrexate sodium	1	
mitomycin	1	
mitoxantrone hcl	1	
octreotide acetate	1	
onxol	1	
paclitaxel	1	
pentostatin	1	
tamoxifen citrate	1	
thiotepa	1	
tretinoïn	1	
vinblastine sulfate	1	
vincasar pfs	1	
vincristine sulfate	1	
vinorelbine tartrate	1	

Brands

ARIMIDEX	2	
AROMASIN	2	
CASODEX	2	
CEENU	2	
CELLCEPT	2	PA
CELLCEPT INTRAVENOUS	2	PA
CLADRIBINE	2	
CYCLOSPORINE MODIFIED	2	PA
DROXIA	2	
EMCYT	2	
FEMARA	2	
FLUDARABINE PHOSPHATE	2	
LEUKERAN	2	
LEUSTATIN	2	
LUPRON 6-PACK	2	
LUPRON DEPOT	2	
LYSODREN	2	
MYFORTIC	2	PA
NEORAL	2	PA
PROGRAF	2	PA
RAPAMUNE	2	PA
RITUXAN	2	PA

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
SANDIMMUNE	2	PA
SOLTAMOX	2	
TABLOID	2	
TARGRETIN CAPS	2	
TARGRETIN GEL	2	PA
TRISENOX	2	

Autonomic / CNS Drugs, Neurology / Psych Anticonvulsants

Generics

carbamazepine	1
epitol	1
ethosuximide	1
fosphenytoin sodium	1
gabapentin	1
lamotrigine	1
lamotrigine chewable dispersible	1
oxcarbazepine	1
phenytoin	1
phenytoin sodium extended	1
primidone	1
valproate sodium	1
zonisamide	1

Brands

CARBATROL	2	
CELONTIN	2	
DEPAKOTE	2	
DEPAKOTE ER	2	
DEPAKOTE SPRINKLES	2	
DILANTIN INFATABS	2	
DILANTIN CAPS 30MG	2	
FELBATOL	2	
GABITRIL	2	
KEPPRA	2	
LAMICTAL STARTER/NOT	2	
TAKING CARBAMAZEPINE		
LAMICTAL STARTER/TAKING	2	
CARBAMAZEPINE/NOT		
TAKING VALPROATE		
LAMICTAL STARTER/TAKING	2	
VALPROATE		
LYRICA	2	QL
NEURONTIN SOLN	2	
PEGANONE	2	
PHENYTOIN SODIUM	2	
TEGRETOL-XR	2	
TOPAMAX	2	

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
TOPAMAX SPRINKLE	2	

Antiparkinsonism Agents

Generics

<i>benztropine mesylate</i>	1
<i>bromocriptine mesylate</i>	1
<i>carbidopa/levodopa</i>	1
<i>carbidopa/levodopa er</i>	1
<i>ropinirole hcl</i>	1
<i>selegiline hcl</i>	1
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	1

Brands

APOKYN	2	PA
COGENTIN	2	
COMTAN	2	
KEMADRIN	2	
LODOSYN	2	
MIRAPEX	2	
PARCOPA	2	
STALEVO 100	2	
STALEVO 150	2	
STALEVO 200	2	
STALEVO 50	2	
ZELAPAR	2	

Migraine / Cluster Headache Therapy

Generics

<i>dihydroergotamine mesylate</i>	1
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	1
<i>migergot</i>	1

Brands

AMERGE	2	QL
IMITREX	2	QL
IMITREX STATDOSE REFILL	2	QL
MAXALT	2	QL
MAXALT-MLT	2	QL
RELPAX	2	QL
ZOMIG	2	QL
ZOMIG ZMT	2	QL

Miscellaneous Neurological Therapy

Brands

ARICEPT	2	QL
ARICEPT ODT	2	QL
COPAXONE	4	PA QL
EXELON SOLN	2	
EXELON CAPS, PT24	2	QL
MYTELAZE	2	

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
RAZADYNE ER	2	QL
RAZADYNE SOLN	2	
RAZADYNE TABS	2	QL

Muscle Relaxants / Antispasmodic Therapy

Generics

<i>baclofen</i>	1
<i>carisoprodol</i>	1
<i>carisoprodol/aspirin</i>	1
<i>chlorzoxazone</i>	1
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	1
<i>dantrolene sodium</i>	1
<i>methocarbamol</i>	1
<i>orphenadrine citrate</i>	1
<i>orphenadrine citrate er</i>	1
<i>orphenadrine compound</i>	1
<i>orphenadrine compound ds</i>	1
<i>pyridostigmine bromide</i>	1
<i>regonol</i>	1
<i>tizanidine hcl</i>	1

Brands

MESTINON TIMESPAN	2
MESTINON SYRP	2

Narcotic Analgesics

Generics

<i>acetaminophen/codeine</i>	1
<i>buprenorphine hcl</i>	1
<i>dolorex forte</i>	1
<i>duramorph</i>	1
<i>endocet</i>	1
<i>fentanyl</i>	1
<i>fentanyl citrate INJ</i>	1
<i>fentanyl citrate lpop</i>	1
<i>hydrocodone /acetaminophen</i>	1
<i>hydrocodone /ibuprofen</i>	1
<i>hydromorphone hcl INJ</i>	1
<i>hydromorphone hcl tabs 2mg, 8mg</i>	1
<i>levorphanol tartrate</i>	1
<i>margesic-h</i>	1
<i>meperidine hcl</i>	1
<i>methadone hcl</i>	1
<i>methadose</i>	1
<i>morphine sulfate</i>	1
<i>morphine sulfate er</i>	1
<i>narvox</i>	1
<i>oxycodone hcl</i>	1

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
oxycodone/acetaminophen	1	
oxycodone/aspirin	1	
perloxx	1	
roxicet	1	
stagesic	1	
trezix	1	
zerlor	1	

Brands

BUPRENEX	2
DILAUDID-5	2
DILAUDID-HP	2
INFUMORPH 200	2
INFUMORPH 500	2
KADIAN	2
LEVO DROMORAN	2
LEVO-DROMORAN	2
MEPERIDINE HCL	2
METHADONE HCL	2
OXYCONTIN	2
ROXICET SOLN	2
SUBUTEX	2

Non-Narcotic Analgesics

Generics

butorphanol tartrate INJ	1
butorphanol tartrate nasal soln	1 PA QL
depare	1
diclofenac potassium	1
diclofenac sodium	1
diclofenac sodium dr	1
diclofenac sodium ec	1
diclofenac sodium er	1
diclofenac sodium xr	1
disflunisal	1
etodolac	1
etodolac er	1
fenoprofen calcium	1
flurbiprofen	1
ibuprofen	1
indomethacin	1
indomethacin er	1
ketoprofen	1
ketoprofen er	1
meclofenamate sodium	1
meloxicam	1
nabumetone	1
naloxone hcl	1
naltrexone hcl	1

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
naproxen	1	
naproxen dr	1	
naproxen sodium	1	
oxaprozin	1	
piroxicam	1	
sulindac	1	
tolmetin sodium	1	
tramadol hcl	1	

Brands

CELEBREX	2	QL
SUBOXONE	2	

Propoxyphene

Generics

balacet 325	1
propoxyphene /acetaminophen	1
propoxyphene hcl	1
propoxyphene-n /acetaminophen	1

Psychotherapeutic Drugs

Generics

amitriptyline hcl	1
amoxapine	1
amphetamine salt combo	1 PA
budeprion sr	1 QL
budeprion xl	1 QL
bupropion hcl tabs	1
bupropion hcl tb12	1 QL
buspirone hcl	1
chlordiazepoxide /amitriptyline	1
chlorpromazine hcl INJ	1
chlorpromazine hcl tabs	1 PA
citalopram hydrobromide soln	1
citalopram hydrobromide tabs	1 QL
clomipramine hcl	1
clozapine	1
desipramine hcl	1
dexamethylphenidate hcl	1 PA
dextroamphetamine sulfate	1 PA
dextroamphetamine sulfatecr	1 PA
dextrostat	1 PA
doxepin hcl	1
fluoxetine hcl soln	1
fluoxetine hcl caps, tabs	1 QL
fluphenazine decanoate	1
fluphenazine hcl	1
fluvoxamine maleate	1 QL
haloperidol	1

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
haloperidol decanoate	1	
haloperidol lactate	1	
imipramine hcl	1	
lithium carbonate er	1	
lithium carbonate caps 300mg	1	
lithium carbonate tabs	1	
lithium citrate	1	
loxapine succinate	1	
maprotiline hcl	1	
metadate er	1	PA
methylin	1	PA
methylin er	1	PA
methylphenidate hcl	1	PA
methylphenidate hcl er	1	PA
mirtazapine	1	QL
mirtazapine odt	1	QL
nefazodone hcl	1	QL
nortriptyline hcl	1	
paroxetine hcl er	1	QL
paroxetine hcl susp	1	
paroxetine hcl tabs	1	QL
perphenazine	1	PA
risperidone	1	QL
sertraline hcl conc	1	
sertraline hcl tabs	1	QL
thioridazine hcl	1	
thiothixene	1	
tranylcypromine sulfate	1	
trazodone hcl	1	
trifluoperazine hcl	1	
trimipramine maleate	1	
venlafaxine hcl	1	QL
zaleplon	1	QL
zolpidem tartrate	1	QL

Brands

ADDERALL XR	2	PA
AMBIEN CR	2	QL
CLOZAPINE	2	
CYMBALTA	2	QL
FOCALIN XR	2	PA
GEODON	2	QL
HALDOL DECANOATE-100	2	
HALDOL DECANOATE-50	2	
INVEGA	2	
LEXAPRO SOLN	2	
LEXAPRO TABS	2	QL
LITHIUM CARBONATE	2	
LUNESTA	2	QL

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
MARPLAN	2	
MOBAN	2	
NARDIL	2	
ORAP	2	
PAXIL CR TB24 37.5MG	2	QL
PRISTIQ	2	QL
PROVIGIL	2	PA QL
RISPERDAL CONSTA	2	
RISPERDAL M-TAB	2	QL
RISPERDAL SOLN	2	QL
SEROQUEL XR	2	QL
SEROQUEL TABS 400MG, 50MG	2	
SEROQUEL TABS 100MG, 200MG, 25MG, 300MG	2	QL
STRATTERA	2	
WELLBUTRIN XL TB24 150MG	2	QL
ZYPREXA	2	QL
ZYPREXA ZYDIS	2	QL

Cardiovascular, Hypertension / Lipids

Antiarrhythmic Agents

Generics

amiodarone hcl	1
disopyramide phosphate	1
disopyramide phosphate er	1
flecainide acetate	1
mexiletine hcl	1
pacerone	1
procainamide hcl	1
propafenone hcl	1
quinidine gluconate er	1
quinidine gluconate tbcr	1
quinidine sulfate	1
quinidine sulfate er	1
sorine	1
sotalol hcl	1
sotalol hcl (af)	1

Brands

NORPACE CR CP12 100MG	2
PACERONE	2
PRONESTYL CAPS 375MG	2
RYTHMOL SR	2

Antihypertensive Therapy

Generics

acebutolol hcl	1
----------------	---

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
<i>afeditab cr</i>	1	
<i>amiloride /hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>amiloride hcl</i>	1	
<i>amlodipine besylate</i>	1	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	1	QL
<i>atenolol</i>	1	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	1	
<i>benazepril hcl</i>	1	QL
<i>benazepril hcl/hydrochlorothiazide</i>	1	QL
<i>betaxolol hcl</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bumetanide</i>	1	
<i>captopril</i>	1	QL
<i>captopril /hydrochlorothiazide</i>	1	QL
<i>cartia xt</i>	1	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>chlorothiazide</i>	1	
<i>chlorthalidone</i>	1	
<i>clonidine hcl</i>	1	
<i>dilt-cd</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	
<i>diltiazem cd</i>	1	
<i>diltiazem hcl</i>	1	
<i>diltiazem hcl er</i>	1	
<i>doxazosin mesylate</i>	1	QL
<i>enalapril maleate</i>	1	QL
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	QL
<i>felodipine er</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	QL
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	1	QL
<i>furosemide</i>	1	
<i>guanfacine hcl</i>	1	
<i>hydralazine hcl</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>indapamide</i>	1	
<i>isradipine</i>	1	
<i>labetalol hcl</i>	1	
<i>lisinopril</i>	1	QL
<i>lisinopril /hydrochlorothiazide</i>	1	QL
<i>methyclothiazide</i>	1	
<i>metolazone</i>	1	
<i>metoprolol /hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metoprolol succinate er</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
<i>metoprolol tartrate</i>	1	
<i>minoxidil</i>	1	
<i>moexipril /hydrochlorothiazide</i>	1	QL
<i>moexipril hcl</i>	1	QL
<i>nadolol</i>	1	
<i>nadolol /bendroflumethiazide</i>	1	
<i>nicardipine hcl</i>	1	
<i>nifediac cc</i>	1	
<i>nifedical xl</i>	1	
<i>nifedipine</i>	1	
<i>nifedipine er</i>	1	
<i>pindolol</i>	1	
<i>prazosin hcl</i>	1	QL
<i>propranolol /hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>propranolol hcl</i>	1	
<i>propranolol hcl er</i>	1	
<i>quinapril /hydrochlorothiazide</i>	1	QL
<i>quinapril hcl</i>	1	QL
<i>quinaretic</i>	1	QL
<i>ramipril</i>	1	QL
<i>reserpine</i>	1	
<i>spironolactone</i>	1	
<i>spironolactone /hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>taztia xt</i>	1	
<i>terazosin hcl</i>	1	QL
<i>timolol maleate</i>	1	
<i>torsemide</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	QL
<i>triamterene /hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>verapamil hcl</i>	1	
<i>verapamil hcl er</i>	1	

Brands		
ACEON	2	QL
ATACAND	2	QL
ATACAND HCT	2	QL
AVALIDE	2	QL
AVAPRO	2	QL
BIDIL	2	QL
BYSTOLIC	2	
CATAPRES-TTS-1	2	
CATAPRES-TTS-2	2	
CATAPRES-TTS-3	2	
COREG CR	2	
COZAAR	2	QL
DEMSER	2	
DILTIAZEM HCL	2	
DIOVAN	2	QL

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
DIOVAN HCT	2	QL
EDECRIN	2	
EXFORGE	2	QL
FUROSEMIDE	2	
HYZAAR	2	QL
LOTREL CAPS 10MG; 40MG, 5MG; 40MG	2	QL
METOPROLOL TARTRATE	2	
MICARDIS	2	QL
MICARDIS HCT	2	QL
PLENDIL	3	
SODIUM EDECIN	2	
SULAR	2	
TEKTURNA	2	QL
TEKTURNA HCT	2	QL
ZESTORETIC	3	QL
ZESTRIL	3	QL

Cardiac Glycosides

Generics

<i>digitek</i>	1
<i>digoxin</i>	1

Brands

LANOXIN	2
---------	---

Coagulation Therapy

Generics

<i>cilostazol</i>	1	QL
<i>dipyridamole</i>	1	
<i>heparin sodium</i>	1	
<i>heparin sodium/d5w</i>	1	
<i>heparin sodium/nacl 0.9%</i>	1	
<i>heparin sodium/sodium chloride 0.9% premix</i>	1	
<i>jantoven</i>	1	
<i>pentopak</i>	1	
<i>pentoxifylline er</i>	1	
<i>pentoxil</i>	1	
<i>ticlopidine hcl</i>	1	QL
<i>warfarin sodium</i>	1	

Brands

AGGRENOX	2	QL
ARIIXTRA	2	
CYKLOKAPRON	2	
FRAGMIN	2	
HEPARIN SODIUM	2	
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45%2	2	
LOVENOX	2	

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
PLAVIX	2	QL

Lipid/Cholesterol Lowering Agents

Generics

<i>cholestyramine</i>	1
<i>cholestyramine light</i>	1
<i>colestipol hcl</i>	1
<i>fenofibrate</i>	1
<i>gemfibrozil</i>	1
<i>lovastatin</i>	1
<i>pravastatin sodium</i>	1
<i>prevalite</i>	1
<i>simvastatin</i>	1

Brands

ANTARA	2
CADUET	2
COLESTID FLAVORED	2
CRESTOR	2
LIPITOR	2
LOVAZA	2
NIASPAN	2
SIMCOR	2
TRICOR	2
TRIGLIDE	2
VYTORIN	2
ZETIA	2

Miscellaneous Cardiovascular Agents

Brands

RANEXA	2	ST QL
--------	---	-------

Nitrates

Generics

<i>isosorbide dinitrate</i>	1
<i>isosorbide dinitrate er</i>	1
<i>isosorbide mononitrate</i>	1
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1
<i>nitroglycerin transdermal</i>	1
<i>nitroglycerin pt24</i>	1
<i>nitroglycerin INJ</i>	1

Brands

NITROLINGUAL PUMPSPRAY	2
NITROSTAT	2

Dermatologicals/Topical

Therapy

Antipsoriatic / Antiseborrheic

Generics

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
<i>calcipotriene</i>	1	
<i>selenium sulfide</i>	1	

Brands

DOVONEX CREA	2
SORIATANE CK	2

Burn Therapy

Generics

<i>silver sulfadiazine</i>	1
<i>ssd</i>	1
<i>ssd af</i>	1
<i>thermazene</i>	1

Miscellaneous Dermatologicals

Generics

<i>ammonium lactate</i>	1
<i>fluorouracil</i>	1
<i>laclotion</i>	1
<i>podofilox</i>	1

Brands

8-MOP	2
CARAC	2
CARMOL-HC	2
CONDYLOX	2
FLUOROPLEX	2
PANRETIN	2 PA
REGRANEX	2 PA
SOLARAZE	2
ZONALON	2

Therapy For Acne

Generics

<i>amnesteem</i>	1
<i>avita crea</i>	1 PA
<i>claravis</i>	1
<i>clindamycin phosphate</i>	1
<i>ery</i>	1
<i>erythromycin</i>	1
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	1
<i>metronidazole</i>	1
<i>sotret</i>	1
<i>tretinoin gel</i>	1
<i>tretinoin crea</i>	1 PA

Brands

AZELEX	2
DIFFERIN	2
FINACEA	2
METROGEL	2

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
TAZORAC	2	

Topical Anesthetics

Generics

<i>lidocaine</i>	1
<i>lidocaine hcl</i>	1
<i>lidocaine hcl jelly</i>	1
<i>lidocaine/prilocaine</i>	1

Topical Antibacterials

Generics

<i>gentamicin sulfate</i>	1
<i>mupirocin</i>	1
<i>sodium sulfacetamide</i>	1

Brands

ALTABAX	2
PHISOHEX	2
SULFAMYLYON	2

Topical Antifungals

Generics

<i>ciclopirox</i>	1
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	1
<i>clotrimazole</i>	1
<i>clotrimazole/betamethasone</i>	1
<i>dipropionate</i>	
<i>econazole nitrate</i>	1
<i>ketoconazole</i>	1
<i>kuric</i>	1
<i>nyamyc</i>	1
<i>nystatin</i>	1
<i>nystatin/triamcinolone</i>	1
<i>nystop</i>	1
<i>pedi-dri</i>	1

Brands

ERTACZO	2
NAFTIN	2
NAFTIN-MP	2
XOLEGEL	2

Topical Antivirals

Brands

DENAVIR	2
---------	---

Topical Corticosteroids

Generics

<i>ala-cort</i>	1
<i>alclometasone dipropionate</i>	1

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
amcinonide	1	
augmented betamethasone dipropionate	1	
beta-val	1	
betamethasone dipropionate	1	
betamethasone valerate	1	
clobetasol propionate e	1	
clobetasol propionate emollient	1	
clobetasol propionate crea, gel, oint, soln	1	
cormax crea, oint	1	
del-beta	1	
desonide	1	
desoximetasone	1	
diflorasone diacetate	1	
fluocinolone acetonide	1	
fluocinonide	1	
fluocinonide-e	1	
fluticasone propionate	1	
halobetasol propionate	1	
hydrocortisone	1	
hydrocortisone butyrate	1	
hydrocortisone valerate	1	
mometasone furoate	1	
prednicarbate	1	
triamicinolone acetonide	1	
triderm	1	

Brands

CAPEX	2
CLOBEX LOTN, SHAM	2
CORDRAN TAPE	2
LUXIQ	2
PANDEL	2
PSORCON E	2

Topical Enzymes

Brands

SANTYL	2
--------	---

Topical Scabicides / Pediculicides

Generics

acticin	1
permethrin	1

Brands

EURAX	2
LINDANE	2
OVIDE	2

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
-----------	-----------	--------------

Diagnostics / Miscellaneous Agents

Miscellaneous Agents

Generics

alcohol 5%/dextrose 5%	1
alendronate sodium	1 PA QL
anagrelide hydrochloride	1 QL
dextrose 10% flex container	1
dextrose 2.5%/nacl 0.45%	1
dextrose 2.5%/sodium chloride	1
0.45%	
dextrose 5%	1
dextrose 5%/lactated ringer's	1
dextrose 5%/nacl 0.2%	1
dextrose 5%/nacl 0.225%	1
dextrose 5%/nacl 0.45%	1
dextrose 5%/nacl 0.9%	1
dextrose 5%/sodium chloride 0.2%	1
dextrose 5%/sodium chloride	1
0.45%	
dextrose 5%/sodium chloride 0.9%	1
etidronate disodium	1 QL
kionex	1
lactated ringer's dextrose 5%	1
viaflex	
levocarnitine soln, tabs	1
midodrine hcl	1
pilocarpine hcl	1
sodium chloride	1
sodium chloride 0.9%	1
sodium chloride 0.9%	1
sodium polystyrene sulfonate powd, susp	1
sps	1

Brands

ACTONEL	2 PA QL
ANTABUSE TABS 250MG	2
BUPHENYL	2 QL
CAMPRAL	2
CARNITOR INJ, ORAL SOLN	2
CHEMET	2
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	2
DEXTROSE 10%/NACL 0.45%	2
DEXTROSE 10%/NACL 0.2%	2
DEXTROSE 5%/NACL 0.33%	2

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORIDE 0.33%	2	
EVOXAC	2	
FOSRENOL	2	
RENAGEL	2	
RENVELA	2	
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE	2	
SYPRINE	2	
THIOLA	2	

Smoking Deterrents

Generics

<i>buproban</i>	1	PA QL
<i>bupropion hcl</i>	1	PA QL
<i>nicotine</i>	1	PA

Brands

CHANTIX	2	PA
---------	---	----

Ear, Nose / Throat Medications

Miscellaneous Agents

Generics

<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
<i>ipratropium bromide</i>	1	
<i>periogard</i>	1	
<i>triamcinolone in orabase</i>	1	

Brands

BACTROBAN NASAL	2	
TYZINE	2	
TYZINE PEDIATRIC NASAL	2	
DROPS		

Miscellaneous Otic Preparations

Generics

<i>acetic acid</i>	1	
<i>acetic acid/hydrocortisone</i>	1	
<i>borofair</i>	1	
<i>ofloxacin</i>	1	

Brands

DERMOTIC	2	
FLOXIN OTIC SINGLES	2	

Otic Steroid / Antibiotic

Generics

<i>cortomycin</i>	1	
<i>neomycin /polymyxin</i>	1	
<i>/hydrocortisone</i>		

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
<i>otycin hc</i>		1
Brands		
CIPRODEX		2
COLY-MYCIN-S		2
CORTISPORIN-TC		2
PEDIOTIC		2

Endocrine/Diabetes

Adrenal Hormones

Generics

<i>a-hydrocort</i>	1	
<i>a-methapred</i>	1	PA
<i>cortisone acetate</i>	1	
<i>dexamethasone</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate</i>	1	
<i>hydrocortisone</i>	1	
<i>methylprednisolone</i>	1	PA
<i>methylprednisolone acetate</i>	1	PA
<i>methylprednisolone sodiumsuccinate</i>	1	PA
<i>prednisolone</i>	1	PA
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	1	PA
<i>prednisone</i>	1	PA
<i>solu-medrol act-o-vial</i>	1	PA

Brands

DEPO-MEDROL	2	PA
DEXAMETHASONE	2	
DEXAMETHASONE INTENSOL	2	
METHYLPREDNISOLONE	2	PA
SODIUMSUCCINATE		
PREDNISONE INTENSOL	2	PA
SOLU-CORTEF	2	
SOLU-MEDROL INJ 1000MG, 2GM, 40MG, 500MG	2	PA

Antithyroid Agents

Generics

<i>methimazole</i>	1	
<i>propylthiouracil</i>	1	

Diabetes Therapy

Generics

<i>acarbose</i>	1	QL
<i>glimepiride</i>	1	QL
<i>glipizide</i>	1	QL
<i>glipizide er</i>	1	QL
<i>glipizide xl</i>	1	QL

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
glipizide/metformin hcl	1	QL
glyburide	1	
glyburide micronized	1	QL
glyburide/metformin hcl	1	QL
glycron tabs 1.5mg, 3mg	1	
metformin hcl	1	QL
metformin hcl er	1	QL
tolazamide	1	
tolbutamide	1	

Brands

ACTOPLUS MET	2	QL
ACTOS	2	QL
ALCOHOL PREPS	2	
APIDRA	2	
AVANDAMET	2	QL
AVANDARYL	2	QL
AVANDIA	2	QL
BD INSULIN SYRINGE	2	
SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"		
BD INSULIN SYRINGE	2	
ULTRAFINE/0.3ML/31G X 5/16"		
BD INSULIN SYRINGE	2	
ULTRAFINE/0.5ML/30G X 1/2"		
BD INSULIN SYRINGE	2	
ULTRAFINE/1ML/31G X 5/16"		
BD ULTRA-FINE ORIGINAL	2	
PEN NEEDLES/29G X 12.7MM		
CURITY GAUZE PADS 2"X2"	2	
DUETACT	2	QL
FORTAMET	2	QL
GLUCAGEN HYPOKIT	2	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	2	
GLYCRON	2	
HUMALOG	2	
HUMALOG MIX 50/50	2	
HUMALOG MIX 50/50 PEN	2	
HUMALOG MIX 75/25	2	
HUMALOG MIX 75/25 PEN	2	
HUMALOG PEN	2	
HUMULIN 50/50	2	
HUMULIN 70/30	2	
HUMULIN 70/30 PEN	2	
HUMULIN N	2	
HUMULIN N U-100 PEN	2	
HUMULIN R	2	
JANUMET	2	QL
JANUVIA	2	QL
LANTUS	2	

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
LANTUS SOLOSTAR	2	
LEVEMIR	2	
LEVEMIR FLEXPEN	2	
NOVOLIN 70/30	2	
NOVOLIN 70/30 INNOLET	2	
NOVOLIN 70/30 PENFILL	2	
NOVOLIN N	2	
NOVOLIN N INNOLET	2	
NOVOLIN N U-100 PENFILL	2	
NOVOLIN R	2	
NOVOLIN R INNOLET	2	
NOVOLIN R U-100 PENFILL	2	
NOVOLOG	2	
NOVOLOG FLEXPEN	2	
NOVOLOG MIX 70/30	2	
NOVOLOG MIX 70/30 PENFILL	2	
NOVOLOG MIX 70/30	2	
PREFILLED FLEXPEN		
NOVOLOG PENFILL	2	
PRANDIN	2	QL
PROGLYCEM	2	
RELION 70/30	2	
RELION 70/30 INNOLET	2	
RELION N	2	
RELION N INNOLET	2	
RELION R	2	
STARLIX	2	QL

Miscellaneous Hormones

Generics

<i>androxy</i>	1	PA
<i>cabergoline</i>	1	QL
<i>calcitriol</i>	1	
<i>danazol</i>	1	
<i>desmopressin acetate</i>	1	
<i>fortical</i>	1	QL
<i>oxandrolone</i>	1	PA
<i>testosterone cypionate</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate</i>	1	PA

Brands

ANDRODERM	2	PA QL
ANDROGEL	2	PA
ANDROGEL PUMP	2	PA
HECTOROL	2	
MIACALCIN INJ	2	
MIACALCIN NASAL SOLN	2	QL
SENSIPAR	2	PA QL

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
SOMAVERT	2	PA LA QL
STIMATE	2	
ZAVESCA	2	
ZEMPLAR	2	

Thyroid Hormones

Generics

<i>levothyroxine sodium</i>	1
<i>levoxyl</i>	1
<i>liothyronine sodium</i>	1
<i>unithroid</i>	1

Brands

CYTOMEL	2
SYNTHROID	2

Gastroenterology

Antidiarrheals / Antispasmodics

Generics

<i>atropine sulfate</i>	1
<i>dicyclomine hcl caps, soln, tabs</i>	1
<i>diphenoxylate/atropine</i>	1
<i>glycopyrrolate</i>	1
<i>lofene</i>	1
<i>lonox</i>	1
<i>loperamide hcl</i>	1

Brands

ATROPINE SULFATE	2
------------------	---

Miscellaneous Gastrointestinal Agents

Generics

<i>balsalazide disodium</i>	1
<i>compro</i>	1
<i>constulose</i>	1
<i>dronabinol</i>	1
<i>dygase</i>	1
<i>enulose</i>	1
<i>hydrocortisone</i>	1
<i>lactulose</i>	1
<i>lapase</i>	1
<i>meclizine hcl</i>	1
<i>mesalamine</i>	1
<i>metoclopramide hcl</i>	1
<i>ondansetron hcl INJ</i>	1
<i>ondansetron hcl oral soln</i>	1
<i>ondansetron hcl tabs</i>	1
<i>ondansetron odt</i>	1
<i>palcaps 10</i>	1

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
<i>palcaps 20</i>		1
<i>pancrelipase</i>		1
<i>pancrelipase mst-16</i>		1
<i>pancron 10</i>		1
<i>pancron 20</i>		1
<i>pangestyme cn 10</i>		1
<i>pangestyme cn 20</i>		1
<i>pangestyme ec</i>		1
<i>pangestyme mt 16</i>		1
<i>pangestyme ul 12</i>		1
<i>pangestyme ul 18</i>		1
<i>pangestyme ul 20</i>		1
<i>panocaps</i>		1
<i>panocaps mt 16</i>		1
<i>panocaps mt 20</i>		1
<i>panokase</i>		1
<i>panokase-16</i>		1
<i>peg 3350/electrolytes</i>		1
<i>plaretase 8000</i>		1
<i>polyethylene glycol 3350</i>		1
<i>prochlorperazine</i>		1 PA
<i>prochlorperazine edisylate</i>		1
<i>prochlorperazine maleate</i>		1 PA
<i>procto-pak</i>		1
<i>proctosol hc</i>		1
<i>protozone-hc</i>		1
<i>sulfasalazine</i>		1
<i>sulfazine</i>		1
<i>sulfazine ec</i>		1
<i>ultracaps mt 20</i>		1
<i>ursodiol</i>		1

Brands

AMITIZA	2	PA QL
ASACOL	2	
CANASA	2	
CORTIFOAM	2	
CREON 5	2	
CREON 10	2	
CREON 20	2	
CYSTADANE	2	
EMEND	2	PA QL
ENTOCORT EC	2	
GASTROCROM	2	
LIALDA	2	
LOTRONEX	2	PA QL
MOVIPREP	2	
PENTASA	2	
ULTRASE	2	

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
ULTRASE MT 12	2	
ULTRASE MT 18	2	
ULTRASE MT 20	2	
URSO 250	2	
URSO FORTE	2	
VIOKASE	2	
VIOKASE 16	2	
VIOKASE 8	2	

Ulcer Therapy

Generics

<i>famotidine premixed</i>	1	
<i>famotidine INJ</i>	1	
<i>famotidine tabs</i>	1	QL
<i>misoprostol</i>	1	
<i>nizatidine</i>	1	QL
<i>omeprazole</i>	1	QL
<i>pantoprazole sodium</i>	1	QL
<i>ranitidine hcl syrup</i>	1	
<i>ranitidine hcl caps, tabs</i>	1	QL
<i>sucralfate</i>	1	

Brands

CARAFATE SUSP	2	
NEXIUM I.V.	2	
NEXIUM CPDR	2	QL
NEXIUM PACK 20MG, 40MG	2	QL
PEPCID SUSR	2	
PREVACID	2	QL
PREVACID SOLUTAB	2	QL
PYLERA	2	
ZANTAC INJ 50MG/50ML; 0.45%	2	

Immunology, Vaccines /

Biotechnology

Biotechnology Drugs

Brands

ARANESP ALBUMIN FREE	2	PA QL
ARANESP ALBUMIN FREE	2	PA QL
SURECLICK		
AVONEX	4	PA QL
BETASERON	4	PA QL
INTRON-A	2	PA
INTRON-A W/DILUENT	2	PA
NORDITROPIN CARTRIDGE	2	PA
NORDITROPIN NORDIFLEX PEN	2	PA
PROCRT	2	PA QL

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
REBIF	4	PA QL
REBIF TITRATION PACK	4	PA QL
TEV-TROPIN	4	PA
Vaccines / Miscellaneous Immunologicals		
Generics		
<i>tetanus toxoid adsorbed</i>	1	

Brands

ACTHIB	2	
ADACEL	2	
ATTENUVAX	2	
BOOSTRIX	2	
COMVAX	2	PA
DAPTACEL	2	
DECAVAC	2	
DIPHTHERIA/TETANUS TOXOID	2	
PEDIATRIC		
ENGERIX-B	2	PA
GARDASIL	2	PA
HAVRIX	2	
HIBTITER	2	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	2	
INFANRIX	2	
IPOL INACTIVATED IPV	2	
JE-VAX	2	
M-M-R II W/DILUENT 10 DOSE	2	
MENACTRA	2	
MENOMUNE-A/C/Y/W-135	2	
MERUVAX II W/DILUENT 10 DOSE	2	
PEDIARIX	2	PA
PEDVAX HIB	2	
PROQUAD	2	
RABAVERT	2	
RECOMBIVAX HB	2	PA
ROTATEQ	2	
TETANUS/DIPHTHERIA	2	
TOXOIDS-ADSORBED ADULT		
THYMOGLOBULIN	2	PA
TRIHIBIT	2	
TRIPEDIA	2	
TWINRIX	2	PA
TYPHIM VI	2	
VAQTA	2	
VARIVAX	2	
VIVOTIF BERNAL	2	
YF-VAX	2	

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
ZOSTAVAX	2	PA

Musculoskeletal / Rheumatology Gout Therapy

Generics

<i>allopurinol</i>	1
<i>colchicine</i>	1
<i>probenecid</i>	1
<i>probenecid/colchicine</i>	1

Osteoporosis Therapy

Generics

<i>alendronate sodium</i>	1	QL
---------------------------	---	----

Brands

ACTONEL WITH CALCIUM	2	QL
ACTONEL TABS 150MG	2	
ACTONEL TABS 35MG, 5MG, 75MG	2	QL
BONIVA TABS	2	QL
EVISTA	2	QL
FORTEO	2	QL

Other Rheumatologicals

Generics

<i>leflunomide</i>	1	PA QL
--------------------	---	-------

Brands

CUPRIMINE	2	
DEPEN TITRATABS	2	
ENBREL	4	PA QL
ENBREL SURECLICK	4	PA QL
HUMIRA	4	PA QL
HUMIRA PEN	4	PA QL

Obstetrics / Gynecology

Estrogens / Progestins

Generics

<i>camila</i>	1	
<i>errin</i>	1	
<i>estradiol</i>	1	QL
<i>estropipate</i>	1	QL
<i>gynodiol</i>	1	QL
<i>jolivette</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	1	
<i>nora-be</i>	1	
<i>norethindrone acetate</i>	1	
<i>ortho-est</i>	1	QL

Brands

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
ACTIVELLA	2	QL
ALORA	2	QL
CENESTIN	2	QL
CLIMARA PRO	2	QL
COMBIPATCH	2	QL
CRINONE	2	
DEPO-PROVERA	2	
DIVIGEL	2	
ENJUVIA	2	QL
ESTRADERM	2	QL
PREMARIN W/APPLICATOR	2	
PREMPHASE	2	QL
PREMPRO	2	QL
PROMETRIUM	2	
VAGIFEM	2	
VIVELLE-DOT	2	QL

Miscellaneous Ob/Gyn

Generics

<i>clindamycin phosphate</i>	1
<i>metronidazole vaginal</i>	1
<i>miconazole 3</i>	1
<i>terconazole</i>	1
<i>vandazole</i>	1
<i>zazole</i>	1

Brands

CLEOCIN SUPP	2
GYNAZOLE-1	2

Oral Contraceptives / Related Agents

Generics

<i>apri</i>	1
<i>aranelle</i>	1
<i>aviane</i>	1
<i>balziva</i>	1
<i>cesia</i>	1
<i>cryselle-28</i>	1
<i>enpresse-28</i>	1
<i>junel 1.5/30</i>	1
<i>junel 1/20</i>	1
<i>junel fe 1.5/30</i>	1
<i>junel fe 1/20</i>	1
<i>kariva</i>	1
<i>kelnor 1/35</i>	1
<i>leena</i>	1
<i>lessina-28</i>	1
<i>levora 0.15/30-28</i>	1
<i>low-ogestrel</i>	1

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
<i>lutera</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin 1/20</i>	1	
<i>microgestin fe</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	1	
<i>mononessa</i>	1	
<i>necon 0.5/35-28</i>	1	
<i>necon 1/35-28</i>	1	
<i>necon 1/50-28</i>	1	
<i>necon 10/11-28</i>	1	
<i>necon 7/7/7</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7</i>	1	
<i>ogestrel</i>	1	
<i>portia-28</i>	1	
<i>previfem</i>	1	
<i>quasense</i>	1	
<i>reclipsen</i>	1	
<i>solia</i>	1	
<i>sprintec 28</i>	1	
<i>sronyx</i>	1	
<i>tri-legest fe</i>	1	
<i>tri-previfem</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<i>trinessa</i>	1	
<i>trivora-28</i>	1	
<i>velivet</i>	1	
<i>zovia 1/35e</i>	1	
<i>zovia 1/50e</i>	1	

Brands

PLAN B	2
--------	---

Oxytocics

Brands

METHERGINE	2
------------	---

Ophthalmology

Antibiotics

Generics

<i>ak-poly-bac</i>	1
<i>ak-tob</i>	1
<i>bacitracin</i>	1
<i>bacitracin /neomycin /polymyxin</i>	1
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	1
<i>ciprofloxacin hcl</i>	1
<i>erythromycin</i>	1

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
<i>gentak</i>		1
<i>gentamicin sulfate</i>		1
<i>gentasol</i>		1
<i>neomycin /polymyxin /gramicidin</i>		1
<i>ofloxacin</i>		1
<i>polycin b</i>		1
<i>polymyxin b sulfate(trimethoprim sulfate)</i>		1
<i>tobramycin sulfate</i>		1
<i>tobrasol</i>		1

Brands

AZASITE	2
CILOXAN	2
NATACYN	2
TOBREX OINT	2
VIGAMOX	2
ZYMAR	2

Antivirals

Generics

<i>trifluridine</i>	1
---------------------	---

Beta-Blockers

Generics

<i>betaxolol hcl</i>	1
<i>carteolol hcl</i>	1
<i>levobunolol hcl</i>	1
<i>metipranolol</i>	1
<i>timolol maleate</i>	1

Brands

BETOPTIC-S	3
ISTALOL	2
TIMOPTIC OCUDOSE	2

Cycloplegic Mydriatics

Generics

<i>mydral</i>	1
<i>tropicacyl</i>	1
<i>tropicamide</i>	1

Direct Acting Miotics

Brands

PILOFINE HS	2
-------------	---

Miscellaneous Ophthalmologics

Generics

<i>cromolyn sodium</i>	1
<i>parcaine</i>	1

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
<i>proparacaine hcl</i>	1	

Brands

ALAMAST	2
ELESTAT	2
LACRISERT	2
OPTIVAR	2
PATANOL	2
RESTASIS	2

Non-Steroidal Anti-Inflammatory Agents

Generics

<i>diclofenac sodium</i>	1
<i>flurbiprofen sodium</i>	1

Brands

ACULAR	2
ACULAR LS	2
ACULAR PF	2
NEVANAC	2
XIBROM	2

Oral Drugs For Glaucoma

Generics

<i>acetazolamide</i>	1
<i>acetazolamide sodium</i>	1
<i>methazolamide</i>	1

Other Glaucoma Drugs

Brands

AZOPT	2
COMBIGAN	2
COSOPT	2
LUMIGAN	2
TRAVATAN	2
TRAVATAN Z	2
TRUSOPT	2
XALATAN	2

Steroid-Antibiotic Combinations

Generics

<i>neo /poly /bac /hc</i>	1
<i>neomycin /polymyxin /dexamethasone</i>	1
<i>neomycin /polymyxin /hydrocortisone</i>	1
<i>poly-dex</i>	1

Brands

TOBRADEX	2
----------	---

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
ZYLET	2	

Steroid-Sulfonamide Combinations

Generics

<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>

Steroids

Generics

<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	1
<i>fluorometholone</i>	1
<i>prednisolone acetate</i>	1
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	1

Brands

ALREX	3
FML FORTE	2
FML S.O.P.	2
LOTEMAX	2

Sulfonamides

Generics

<i>sulfacetamide sodium</i>	1
-----------------------------	---

Sympathomimetics

Generics

<i>brimonidine tartrate</i>	1
<i>dipivefrin hcl</i>	1

Brands

ALPHAGAN P	2
------------	---

Vasoconstrictor Decongestants

Generics

<i>ak-con</i>	1
<i>naphazoline hcl</i>	1

Respiratory And Allergy Antihistamine / Antiallergenic Agents

Generics

<i>cetirizine hcl</i>	1
<i>clemastine fumarate</i>	1
<i>diphenhydramine hcl caps, INJ</i>	1
<i>epinephrine hcl</i>	1
<i>fexofenadine hcl</i>	1
<i>hydroxyzine hcl INJ</i>	1
<i>hydroxyzine hcl syrup, tabs</i>	1
<i>palgic</i>	1
<i>phenadotz</i>	1
<i>promethazine hcl plain</i>	1
	PA

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
<i>promethazine hcl supp, syrup, tabs</i>	1	PA
<i>promethazine hcl INJ 50mg/ml</i>	1	
<i>promethegan</i>	1	

Brands

EPIPEN 2-PAK	2
EPIPEN-JR 2-PAK	2

Pulmonary Agents

Generics

<i>acetylcysteine</i>	1	PA
<i>albuterol sulfate er</i>	1	
<i>albuterol sulfate syrup, tabs</i>	1	
<i>albuterol sulfate nebu</i>	1	PA
<i>aminophylline</i>	1	
<i>cromolyn sodium</i>	1	PA
<i>flunisolide</i>	1	QL
<i>fluticasone propionate</i>	1	QL
<i>ipratropium bromide</i>	1	PA
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	1	PA
<i>metaproterenol sulfate syrup, tabs</i>	1	
<i>metaproterenol sulfate nebu</i>	1	PA
<i>terbutaline sulfate</i>	1	
<i>theochron</i>	1	
<i>theophylline</i>	1	
<i>theophylline er</i>	1	

Brands

ADVAIR DISKUS	2	QL
ADVAIR HFA	2	QL
ASMANEX 120 METERED DOSES	2	QL
ASMANEX 30 METERED DOSES	2	QL
ASMANEX 60 METERED DOSES	2	QL
ATROVENT HFA	2	QL
BRETHINE INJ	2	
COMBIVENT	2	QL
FLOVENT HFA	2	QL
FORADIL AEROLIZER	2	QL
INTAL INHALER	2	QL
NASACORT AQ	2	QL
NASONEX	2	QL
PROAIR HFA	2	QL
PROVENTIL HFA	2	QL
PULMICORT FLEXHALER	2	QL
PULMICORT SUSP 0.25MG/2ML, 0.5MG/2ML	2	PA

Drug Name	Drug Tier	Reqs./Limits
QVAR	2	QL
RHINOCORT AQUA	3	QL
SEREVENT DISKUS	2	QL
SINGULAIR	2	QL
SPIRIVA HANDIHALER	2	QL
SYMBICORT	2	QL
VENTOLIN HFA	2	QL
VERAMYST	2	

Urologicals

Anticholinergics / Antispasmodics

Generics

<i>flavoxate hcl</i>	1	
<i>oxybutynin chloride</i>	1	
<i>oxybutynin chloride er</i>	1	QL

Brands

DETROL	2	QL
DETROL LA	2	QL
ENABLEX	2	QL
OXYTROL	2	QL
SANCTURA	2	QL
SANCTURA XR	2	QL
VESICARE	2	QL

Benign Prostatic Hyperplasia(BPH)

Therapy

Generics

<i>finasteride</i>	1	QL
--------------------	---	----

Brands

AVODART	2	QL
FLOMAX	2	QL
UROXATRAL	2	QL

Cholinergic Stimulants

Generics

<i>bethanechol chloride</i>	1	
-----------------------------	---	--

Miscellaneous Urologicals

Generics

<i>potassium citrate extended-release</i>	1	
---	---	--

Brands

CYSTAGON	2	LA
ELMIRON	2	

Vitamins, Hematinics /

Electrolytes

Electrolytes

Generics

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%	1	
kcl 0.15%/d5w/ nacl 0.3%	1	
kcl 0.15%/d5w/lr	1	
kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%	1	
kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%	1	
kcl 0.3%/d5w/lr	1	
kcl 0.3%/d5w/lr iv lac ring	1	
kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%	1	
kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%	1	
klor-con 10	1	
klor-con 8	1	
klor-con m10	1	
klor-con m20	1	
potassium chloride	1	
potassium chloride 0.15% d5w/nacl 1 0.33%	1	
potassium chloride 0.15% d5w/nacl 1 0.45% viaflex	1	
potassium chloride 0.15% nacl 0.9%	1	
potassium chloride 0.15%/nacl 0.9%	1	
potassium chloride 0.224%/d5w	1	
potassium chloride 0.224%d5w/nacl 0.33%	1	
potassium chloride 0.3%/d5w	1	
potassium chloride er	1	
ringer's injection	1	
sodium bicarbonate	1	
sodium chloride	1	
sodium chloride 0.45% viaflex	1	

Brands

DEXTROSE 5%/POTASSIUM CHLORIDE 0.075%	2
DEXTROSE 5%/POTASSIUM CHLORIDE 0.15%	2
KCL 0.075%/D5W/NAACL 0.2%	2
KCL 0.15%/D5W/NAACL 0.2%	2
KCL 0.15%/D5W/NAACL 0.225%	2
KCL 0.224%/D5W/NAACL 0.2%	2
KCL 0.3%/D5W/NAACL 0.2%	2
LACTATED RINGER'S	2
VIAFLEX	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W	2
NORMOSOL-R IN D5W	2
PHOSLO	2

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
POTASSIUM CHLORIDE	2	
0.075%/D5W/NAACL 0.225%		
POTASSIUM CHLORIDE 0.15% /NAACL 0.45% VIAFLEX	2	
POTASSIUM CHLORIDE 0.15%/D5W	2	
POTASSIUM CHLORIDE 0.22% D5W/NAACL 0.45%	2	
POTASSIUM CHLORIDE 0.224%/D5W/NAACL 0.45%	2	
POTASSIUM CHLORIDE 0.3%/ NAACL 0.9%	2	
POTASSIUM CHLORIDE 0.3%/NAACL 0.9%/VIAFLEX	2	

Miscellaneous Nutrition Products

Generics

aminosyn ii	1
aminosyn ii 4.25/dextrose25%	1
intralipid	1
intralipid 20%	1
novamine	1
premasol	1
travasol	1

Brands

AMINOSYN	2
AMINOSYN II	2
AMINOSYN II	2
3.5%/DEXTROSE25%	
AMINOSYN II	2
3.5%/DEXTROSE5%	
AMINOSYN II	2
4.25/DEXTROSE10%	
AMINOSYN II	2
4.25/DEXTROSE20%	
AMINOSYN-HBC	2
AMINOSYN-HF	2
AMINOSYN-PF	2
AMINOSYN-PF 7%	2
CLINIMIX 2.75%/DEXTROSE 5%	2
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	2
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 20%	2
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 25%	2
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	2

Drug Name	Drug Tier	Reqs./ Limits
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	2	
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 25%	2	
CLINISOL SF 15%	2	
DEXTROSE 5%	2	
/ELECTROLYTE #48 VIAFLEX		
DEXTROSE 5%	2	
/ELECTROLYTE #75 VIAFLEX		
FREAMINE HBC 6.9%	2	
FREAMINE III	2	
HEPATAMINE	2	
HEPATASOL	2	
INTRALIPID	2	
IONOSOL-B/DEXTROSE 5%	2	
IONOSOL-MB/DEXTROSE 5%	2	
IONOSOL-T/DEXTROSE 5%	2	
ISOLYTE-H/DEXTROSE 5%	2	
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5%	2	
ISOLYTE-S	2	
ISOLYTE-S PH 7.4	2	
ISOLYTE-S/DEXTROSE 5%	2	
KCL 0.15%/D10W/NACL 0.2%	2	
NEPHRAMINE	2	
NORMOSOL-R	2	
PLASMA-LYTE 56	2	
PLASMA-LYTE A	2	
PLASMA-LYTE-148	2	
PLASMA-LYTE-148/D5W	2	
PLASMA-LYTE-56/D5W	2	
PREMASOL	2	
RENAMIN	2	
TRAVASOL	2	
TRAVASOL 5.5%/DEXTROSE 20%	2	
TRAVASOL 8.5%/DEXTROSE 10%	2	
TRAVASOL 8.5%/DEXTROSE 20%	2	
TRAVASOL 8.5%/DEXTROSE 50%	2	
TROPHAMINE	2	

Vitamins / Hematinics

Generics

<i>prenatal rx 1</i>	1
<i>sodium fluoride</i>	1

8-MOP.....	11
------------	----

A

<i>acarbose</i>	13
<i>acebutolol hcl</i>	8
ACEON.....	9
<i>acetaminophen/codeine</i>	6
<i>acetazolamide</i>	19
<i>acetazolamide sodium</i>	19
<i>acetic acid</i>	13
<i>acetic acid/hydrocortisone</i>	13
<i>acetylcysteine</i>	20
ACTHIB.....	16
<i>acticin</i>	12
ACTIVELLA.....	17
ACTONEL.....	12
ACTONEL.....	17
ACTONEL WITH CALCIUM.....	17
ACTOPLUS MET.....	14
ACTOS.....	14
ACULAR.....	19
ACULAR LS.....	19
ACULAR PF.....	19
<i>acyclovir</i>	2
<i>acyclovir sodium</i>	2
ADACEL.....	16
ADDERALL XR.....	8
<i>adriamycin</i>	4
ADVAIR DISKUS.....	20
ADVAIR HFA.....	20
<i>afeditab cr</i>	9
AGGRENOX.....	10
<i>a-hydrocort</i>	13
<i>ak-con</i>	19
<i>ak-poly-bac</i>	18
<i>ak-tob</i>	18
<i>ala-cort</i>	11
ALAMAST.....	19
ALBENZA.....	3
<i>albuterol sulfate</i>	20
<i>albuterol sulfate er</i>	20
<i>alclometasone dipropionate</i>	11
<i>alcohol 5%/dextrose 5%</i>	12
ALCOHOL PREPS.....	14
<i>alendronate sodium</i>	12
<i>alendronate sodium</i>	17
ALINIA.....	3
<i>allopurinol</i>	17
ALORA.....	17

ALPHAGAN P.....	19
ALREX.....	19
ALTABAX.....	11
<i>amantadine hcl</i>	2
AMBIEN CR.....	8
<i>amcinonide</i>	12
AMERGE.....	6
<i>a-methapred</i>	13
<i>amikacin sulfate</i>	3
<i>amikin</i>	3
<i>amiloride /hydrochlorothiazide</i>	9
<i>amiloride hcl</i>	9
<i>aminophylline</i>	20
AMINOSYN.....	21
<i>aminosyn ii</i>	21
AMINOSYN II 3.5%/DEXTROSE25%.....	21
AMINOSYN II 3.5%/DEXTROSE5%.....	21
AMINOSYN II 4.25/DEXTROSE10%.....	21
AMINOSYN II 4.25/DEXTROSE20%.....	21
<i>aminosyn ii 4.25/dextrose25%</i>	21
AMINOSYN-HBC.....	21
AMINOSYN-HF.....	21
AMINOSYN-PF.....	21
AMINOSYN-PF 7%.....	21
<i>amiodarone hcl</i>	8
AMITIZA.....	15
<i>amitriptyline hcl</i>	7
<i>amlodipine besylate</i>	9
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i> ...	9
<i>ammonium lactate</i>	11
<i>amnesteem</i>	11
<i>amoclan</i>	3
<i>amoxapine</i>	7
<i>amoxicillin</i>	3
<i>amoxicillin/potassium clavulanate</i>	3
<i>amoxil</i>	3
<i>amphetamine salt combo</i>	7
<i>amphotericin b</i>	2
<i>ampicillin</i>	3
<i>ampicillin sodium</i>	3
<i>ampicillin-sulbactam</i>	3
<i>anagrelide hydrochloride</i>	12
ANCOBON.....	2
ANDRODERM.....	14
ANDROGEL.....	14
ANDROGEL PUMP.....	14
<i>androxy</i>	14
ANTABUSE.....	12
ANTARA.....	10
APIDRA.....	14

APOKYN	6	<i>balziva</i>	17
<i>apri</i>	17	BD INSULIN SYRINGE	
<i>aranelle</i>	17	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	14
ARANESP ALBUMIN FREE	16	BD INSULIN SYRINGE	
ARANESP ALBUMIN FREE SURECLICK	16	ULTRAFINE/0.3ML/31G X 5/16"	14
ARICEPT	6	BD INSULIN SYRINGE	
ARICEPT ODT	6	ULTRAFINE/0.5ML/30G X 1/2"	14
ARIMIDEX	5	BD INSULIN SYRINGE	
ARIIXTRA	10	ULTRAFINE/1ML/31G X 5/16"	14
AROMASIN	5	BD ULTRA-FINE ORIGINAL PEN	
ASACOL	15	NEEDLES/29G X 12.7MM	14
ASMANEX 120 METERED DOSES	20	<i>benazepril hcl</i>	9
ASMANEX 30 METERED DOSES.....	20	<i>benazepril hcl/hydrochlorothiazide</i>	9
ASMANEX 60 METERED DOSES.....	20	<i>benztropine mesylate</i>	6
ATACAND	9	<i>betamethasone dipropionate</i>	12
ATACAND HCT	9	<i>betamethasone valerate</i>	12
<i>atenolol</i>	9	BETASERON.....	16
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	9	<i>beta-val</i>	12
<i>atropine sulfate</i>	15	<i>betaxolol hcl</i>	9
ATROVENT HFA	20	<i>betaxolol hcl</i>	18
ATTENUVAX	16	<i>bethanechol chloride</i>	20
<i>augmented betamethasone dipropionate</i>	12	BETOPTIC-S.....	18
AUGMENTIN XR	4	BICILLIN C-R	4
AVALIDE	9	BICILLIN L-A	4
AVANDAMET	14	BIDIL.....	9
AVANDARYL.....	14	BILTRICIDE	3
AVANDIA	14	<i>bisoprolol fumarate</i>	9
AVAPRO	9	<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	9
AVELOX	4	<i>bleomycin sulfate</i>	4
AVELOX ABC PACK.....	4	BONIVA.....	17
<i>aviane</i>	17	BOOSTRIX	16
<i>avita</i>	11	<i>borofair</i>	13
AVODART	20	BRETHINE	20
AVONEX	16	<i>brimonidine tartrate</i>	19
AZACTAM	3	<i>bromocriptine mesylate</i>	6
AZACTAM IN DEXTROSE	3	<i>budeprion sr</i>	7
AZASITE	18	<i>budeprion xl</i>	7
<i>azathioprine</i>	4	<i>bumetanide</i>	9
<i>azathioprine sodium</i>	4	BUPHENYL	12
AZELEX	11	BUPRENEX	7
<i>azithromycin</i>	3	<i>buprenorphine hcl</i>	6
AZOPT	19	<i>buproban</i>	13
B		<i>bupropion hcl</i>	7
<i>bacitracin</i>	18	<i>bupropion hcl</i>	13
<i>bacitracin /neomycin /polymyxin</i>	18	<i>buspirone hcl</i>	7
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	18	<i>butorphanol tartrate</i>	7
<i>baclofen</i>	6	BYSTOLIC.....	9
BACTROBAN NASAL.....	13	C	
<i>balacet 325</i>	7	<i>cabergoline</i>	14
<i>balsalazide disodium</i>	15	CADUET	10

<i>calcipotriene</i>	11	<i>chlordiazepoxide /amitriptyline</i>	7
<i>calcitriol</i>	14	<i>chlorhexidine gluconate</i>	13
<i>camila</i>	17	<i>chloroquine phosphate</i>	3
CAMPRAL	12	<i>chlorothiazide</i>	9
CANASA	15	<i>chlorpromazine hcl</i>	7
CAPEX	12	<i>chlorthalidone</i>	9
<i>captopril</i>	9	<i>chlorzoxazone</i>	6
<i>captopril /hydrochlorothiazide</i>	9	<i>cholestyramine</i>	10
CARAC	11	<i>cholestyramine light</i>	10
CARAFATE	16	<i>ciclopirox</i>	11
<i>carbamazepine</i>	5	<i>ciclopirox nail lacquer</i>	11
CARBATROL	5	<i>cilostazol</i>	10
<i>carbidopa/levodopa</i>	6	CILOXAN	18
<i>carbidopa/levodopa er</i>	6	CIPRO I.V.	4
<i>carboplatin</i>	4	CIPRO I.V.-IN D5W	4
<i>carisoprodol</i>	6	CIPRODEX	13
<i>carisoprodol/aspirin</i>	6	<i>ciprofloxacin</i>	4
CARMOL-HC	11	<i>ciprofloxacin hcl</i>	4
CARNITOR	12	<i>ciprofloxacin hcl</i>	18
<i>carteolol hcl</i>	18	<i>cisplatin</i>	4
<i>cartia xt</i>	9	<i>citalopram hydrobromide</i>	7
<i>carvedilol</i>	9	CLADRIBINE	5
CASODEX	5	<i>claravis</i>	11
CATAPRES-TTS-1	9	<i>clarithromycin</i>	3
CATAPRES-TTS-2	9	<i>clarithromycin er</i>	3
CATAPRES-TTS-3	9	<i>clemastine fumarate</i>	19
CEENU	5	CLEOCIN	17
<i>cefaclor</i>	2	CLEOCIN GALAXY	3
<i>cefadroxil</i>	2	CLEOCIN PEDIATRIC GRANULES	3
<i>cefazolin sodium</i>	2	CLIMARA PRO	17
<i>cefdinir</i>	2	<i>clindamycin hcl</i>	3
<i>cefotaxime sodium</i>	2	<i>clindamycin phosphate</i>	3
<i>cefoxitin sodium</i>	2	<i>clindamycin phosphate</i>	11
<i>cefpodoxime proxetil</i>	2	<i>clindamycin phosphate</i>	17
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	2	CLINIMIX 2.75%/DEXTROSE 5%	21
<i>ceftriaxone sodium</i>	2	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	21
CEFTRIAXONE/DEXTROSE	2	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 20%	21
<i>cefuroxime axetil</i>	2	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 25%	21
<i>cefuroxime sodium</i>	2	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	12
CEFUROXIME/DEXTROSE	2	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	21
CELEBREX	7	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	22
CELLCEPT	5	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 25%	22
CELLCEPT INTRAVENOUS	5	CLINISOL SF 15%	22
CELONTIN	5	<i>clobetasol propionate</i>	12
CENESTIN	17	<i>clobetasol propionate e</i>	12
<i>cephalexin</i>	2	<i>clobetasol propionate emollient</i>	12
<i>cesia</i>	17	CLOBEX	12
<i>cetirizine hcl</i>	19	<i>clomipramine hcl</i>	7
CHANTIX	13	<i>clonidine hcl</i>	9
CHEMET	12	<i>clotrimazole</i>	2

<i>clotrimazole</i>	11
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	11
<i>clozapine</i>	7
COGENTIN	6
<i>colchicine</i>	17
COLESTID FLAVORED	10
<i>colestipol hcl</i>	10
<i>colistimethate sodium</i>	3
COLY-MYCIN-S	13
COMBIGAN	19
COMBIPATCH	17
COMBIVENT	20
<i>compro</i>	15
COMTAN	6
COMVAX	16
CONDYLOX	11
<i>constulose</i>	15
COPAXONE	6
CORDRAN TAPE	12
COREG CR	9
<i>cormax</i>	12
CORTIFOAM	15
<i>cortisone acetate</i>	13
CORTISPORIN-TC	13
<i>cortomycin</i>	13
COSOPT	19
COZAAR	9
CREON 5	15
CREON 10	15
CREON 20	15
CRESTOR	10
CRINONE	17
CRIXIVAN	2
<i>cromolyn sodium</i>	18
<i>cromolyn sodium</i>	20
<i>cryselle-28</i>	17
CUBICIN	3
CUPRIMINE	17
CURITY GAUZE PADS 2"X2"	14
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	6
<i>cyclophosphamide</i>	4
<i>cyclosporine</i>	4
<i>cyclosporine modified</i>	4
CYKLOKAPRON	10
CYMBALTA	8
CYSTADANE	15
CYSTAGON	20
<i>cytarabine</i>	4
CYTOMEL	15
CYTOVENE	2
D	
<i>dacarbazine</i>	4
<i>danazol</i>	14
<i>dantrolene sodium</i>	6
DAPSONE	3
DAPTACEL	16
DARAPRIM	3
<i>daunorubicin hcl</i>	4
DECAVAC	16
<i>del-beta</i>	12
<i>demeocycline hcl</i>	4
DEM SER	9
DENAVIR	11
<i>depage</i>	7
DEPAKOTE	5
DEPAKOTE ER	5
DEPAKOTE SPRINKLES	5
DEPEN TITRATABS	17
DEPO-MEDROL	13
DEPO-PROVERA	17
DERMOTIC	13
<i>desipramine hcl</i>	7
<i>desmopressin acetate</i>	14
<i>desonide</i>	12
<i>desoximetasone</i>	12
DETROL	20
DETROL LA	20
<i>dexamethasone</i>	13
DEXAMETHASONE INTENSOL	13
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	13
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	19
<i>dexamethylphenidate hcl</i>	7
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	7
<i>dextroamphetamine sulfatecr</i>	7
DEXTROSE 10%/NACL 0.45%	12
DEXTROSE 5% /ELECTROLYTE #48	
VIAFLEX	22
DEXTROSE 5% /ELECTROLYTE #75	
VIAFLEX	22
<i>dextrose 10%flex container</i>	12
DEXTROSE 10%/NACL 0.2%	12
<i>dextrose 2.5%/nacl 0.45%</i>	12
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	12
<i>dextrose 5%</i>	12
<i>dextrose 5%/lactated ringer's</i>	12
<i>dextrose 5%/nacl 0.2%</i>	12
<i>dextrose 5%/nacl 0.225%</i>	12
DEXTROSE 5%/NACL 0.33%	12
<i>dextrose 5%/nacl 0.45%</i>	12
<i>dextrose 5%/nacl 0.9%</i>	12

DEXTROSE 5%/POTASSIUM CHLORIDE	
0.075%.....	21
DEXTROSE 5%/POTASSIUM CHLORIDE	
0.15%.....	21
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	12
DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORIDE 0.33%	13
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	12
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	12
<i>dextrostat</i>	7
<i>diclofenac potassium</i>	7
<i>diclofenac sodium</i>	7
<i>diclofenac sodium</i>	19
<i>diclofenac sodium dr</i>	7
<i>diclofenac sodium ec</i>	7
<i>diclofenac sodium er</i>	7
<i>diclofenac sodium xr</i>	7
<i>dicloxacillin sodium</i>	3
<i>dicyclomine hcl</i>	15
<i>didanosine</i>	2
<i>DIFFERIN</i>	11
<i>diflorasone diacetate</i>	12
DIFLUCAN IN NACL.....	2
<i>diflunisal</i>	7
<i>digitek</i>	10
<i>digoxin</i>	10
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	6
DILANTIN.....	5
DILANTIN INFATABS.....	5
DILAUDID-5.....	7
DILAUDID-HP.....	7
<i>dilt-cd</i>	9
<i>diltiazem cd</i>	9
<i>diltiazem hcl</i>	9
<i>diltiazem hcl er</i>	9
<i>dilt-xr</i>	9
DIOVAN.....	9
DIOVAN HCT.....	10
<i>diphenhydramine hcl</i>	19
<i>diphenoxylate/atropine</i>	15
<i>dipivefrin hcl</i>	19
DIPTHERIA/TETANUS TOXOID	
PEDIATRIC.....	16
<i>dipyridamole</i>	10
<i>disopyramide phosphate</i>	8
<i>disopyramide phosphate er</i>	8
DIVIGEL.....	17
<i>dolorex forte</i>	6
DOVONEX.....	11
<i>doxazosin mesylate</i>	9
<i>doxepin hcl</i>	7
doxorubicin hcl	4
doxycycline hydiate	4
doxycycline monohydrate	4
drabinol	15
DROXIA.....	5
DUETACT.....	14
duramorph	6
dygase	15
E	
<i>e.e.s. 200</i>	3
<i>e.e.s. 400</i>	3
<i>econazole nitrate</i>	11
EDECIN.....	10
ELESTAT.....	19
ELMIRON.....	20
EMCYT.....	5
EMEND.....	15
EMTRIVA.....	2
ENABLEX.....	20
<i>enalapril maleate</i>	9
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	9
ENBREL.....	17
ENBREL SURECLICK.....	17
<i>endocet</i>	6
ENGERIX-B.....	16
ENJUVIA.....	17
<i>enpresse-28</i>	17
ENTOCORT EC.....	15
<i>enulose</i>	15
<i>epinephrine hcl</i>	19
EPIPEN 2-PAK.....	20
EPIPEN-JR 2-PAK.....	20
<i>epitol</i>	5
EPIVIR.....	2
EPIVIR HBV.....	2
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	6
errin	17
ERTACZO.....	11
ery	11
ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	3
<i>erythrocin stearate</i>	3
<i>erythromycin</i>	3
<i>erythromycin</i>	11
<i>erythromycin</i>	18
<i>erythromycin /sulfisoxazole</i>	3
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	3
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	11
ESTRADERM.....	17
<i>estradiol</i>	17
estropipate	17

<i>ethambutol hcl</i>	3	<i>fluticasone propionate</i>	12		
<i>ethosuximide</i>	5	<i>fluticasone propionate</i>	20		
<i>etidronate disodium</i>	12	<i>fluvoxamine maleate</i>	7		
<i>etodolac</i>	7	FML FORTE	19		
<i>etodolac er</i>	7	FML S.O.P.	19		
<i>etoposide</i>	4	FOCALIN XR	8		
EURAX	12	FORADIL AEROLIZER	20		
EVISTA	17	FORTAMET	14		
EVOXAC	13	FORTAZ	2		
EXELON	6	FORTEO	17		
EXFORGE	10	<i>fortical</i>	14		
F					
<i>famciclovir</i>	2	<i>foscarnet sodium</i>	2		
<i>famotidine</i>	16	<i>fosinopril sodium</i>	9		
<i>famotidine premixed</i>	16	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	9		
FANSIDAR	3	<i>fosphenytoin sodium</i>	5		
FELBATOL	5	FOSRENOL	13		
<i>felodipine er</i>	9	FRAGMIN	10		
FEMARA	5	FREAMINE HBC 6.9%	22		
<i>fenofibrate</i>	10	FREAMINE III	22		
<i>fenoprofen calcium</i>	7	FURADANTIN	4		
<i>fentanyl</i>	6	<i>furosemide</i>	9		
<i>fentanyl citrate</i>	6	G			
<i>sexofenadine hcl</i>	19	<i>gabapentin</i>	5		
FINACEA	11	GABITRIL	5		
<i>finasteride</i>	20	GANTRISIN PEDIATRIC	4		
<i>flavoxate hcl</i>	20	GARDASIL	16		
<i>flecainide acetate</i>	8	GASTROCROM	15		
FLOMAX	20	<i>gemfibrozil</i>	10		
FLOVENT HFA	20	<i>genograf</i>	5		
FLOXIN OTIC SINGLES	13	<i>gentak</i>	18		
<i>fluconazole</i>	2	<i>gentamicin sulfate</i>	3		
<i>fluconazole in dextrose</i>	2	<i>gentamicin sulfate</i>	11		
<i>fluconazole in nacl</i>	2	<i>gentamicin sulfate</i>	18		
<i>fludarabine phosphate</i>	4	<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	3		
<i>fludrocortisone acetate</i>	13	<i>gentasol</i>	18		
<i>flunisolide</i>	20	GEODON	8		
<i>fluocinolone acetonide</i>	12	<i>glimepiride</i>	13		
<i>fluocinonide</i>	12	<i>glipizide</i>	13		
<i>fluocinonide-e</i>	12	<i>glipizide er</i>	13		
<i>fluorometholone</i>	19	<i>glipizide xl</i>	13		
FLUOROPLEX	11	<i>glipizide/metformin hcl</i>	14		
<i>fluorouracil</i>	5	GLUCAGEN HYPOKIT	14		
<i>fluorouracil</i>	11	GLUCAGON EMERGENCY KIT	14		
<i>fluoxetine hcl</i>	7	<i>glyburide</i>	14		
<i>fluphenazine decanoate</i>	7	<i>glyburide micronized</i>	14		
<i>fluphenazine hcl</i>	7	<i>glyburide/metformin hcl</i>	14		
<i>flurbiprofen</i>	7	<i>glycopyrrolate</i>	15		
<i>flurbiprofen sodium</i>	19	<i>glycron</i>	14		
<i>flutamide</i>	5	<i>griseofulvin microsize</i>	2		
		<i>guanfacine hcl</i>	9		

GYNAZOLE-1	17	<i>idarubicin hcl</i>	5		
<i>gynodiol</i>	17	<i>ifosfamide/mesna</i>	5		
H					
HALDOL DECANOATE-100	8	<i>imipramine hcl</i>	8		
HALDOL DECANOATE-50	8	IMITREX	6		
<i>halobetasol propionate</i>	12	IMITREX STATDOSE REFILL	6		
<i>haloperidol</i>	7	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	16		
<i>haloperidol decanoate</i>	8	<i>indapamide</i>	9		
<i>haloperidol lactate</i>	8	<i>indomethacin</i>	7		
HAVRIX	16	<i>indomethacin er</i>	7		
HECTOROL	14	INFANRIX	16		
<i>heparin sodium</i>	10	INFUMORPH 200	7		
<i>heparin sodium/d5w</i>	10	INFUMORPH 500	7		
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45%	10	INTAL INHALER	20		
<i>heparin sodium/nacl 0.9%</i>	10	<i>intralipid</i>	21		
<i>heparin sodium/sodium chloride 0.9% premix</i>	10	<i>intralipid 20%</i>	21		
HEPATAMINE	22	INTRON-A	16		
HEPATASOL	22	INTRON-A W/DILUENT	16		
HIBTITER	16	INVEGA	8		
HUMALOG	14	INVIRASE	2		
HUMALOG MIX 50/50	14	IONOSOL-B/DEXTROSE 5%	22		
HUMALOG MIX 50/50 PEN	14	IONOSOL-MB/DEXTROSE 5%	22		
HUMALOG MIX 75/25	14	IONOSOL-T/DEXTROSE 5%	22		
HUMALOG MIX 75/25 PEN	14	IPOL INACTIVATED IPV	16		
HUMALOG PEN	14	<i>ipratropium bromide</i>	13		
HUMIRA	17	<i>ipratropium bromide</i>	20		
HUMIRA PEN	17	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	20		
HUMULIN 50/50	14	<i>irinotecan</i>	5		
HUMULIN 70/30	14	ISOLYTE-H/DEXTROSE 5%	22		
HUMULIN 70/30 PEN	14	ISOLYTE-P/DEXTROSE 5%	22		
HUMULIN N	14	ISOLYTE-S	22		
HUMULIN N U-100 PEN	14	ISOLYTE-S PH 7.4	22		
HUMULIN R	14	ISOLYTE-S/DEXTROSE 5%	22		
<i>hydralazine hcl</i>	9	<i>isonarif</i>	3		
<i>hydrochlorothiazide</i>	9	<i>isoniazid</i>	3		
<i>hydrocodone /acetaminophen</i>	6	<i>isosorbide dinitrate</i>	10		
<i>hydrocodone /ibuprofen</i>	6	<i>isosorbide dinitrate er</i>	10		
<i>hydrocortisone</i>	12	<i>isosorbide mononitrate</i>	10		
<i>hydrocortisone</i>	13	<i>isosorbide mononitrate er</i>	10		
<i>hydrocortisone</i>	15	<i>isotonic gentamicin</i>	3		
<i>hydrocortisone butyrate</i>	12	<i>isradipine</i>	9		
<i>hydrocortisone valerate</i>	12	ISTALOL	18		
<i>hydromorphone hcl</i>	6	<i>itraconazole</i>	2		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	3	J			
<i>hydroxyurea</i>	5	<i>jantoven</i>	10		
<i>hydroxyzine hcl</i>	19	JANUMET	14		
HYZAAR	10	JANUVIA	14		
I					
<i>ibuprofen</i>	7	JE-VAX	16		
<i>jolivette</i>	17	<i>junel 1.5/30</i>	17		
<i>junel 1/20</i>	17				

<i>junel fe 1.5/30</i>	17	<i>lamotrigine</i>	5
<i>junel fe 1/20</i>	17	<i>lamotrigine chewable dispersible</i>	5
K			
KADIAN	7	LANOXIN	10
KALETRA	2	LANTUS	14
<i>kariva</i>	17	LANTUS SOLOSTAR	14
KCL 0.075%/D5W/NACL 0.2%	21	<i>lapase</i>	15
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	21	<i>leena</i>	17
KCL 0.15%/D10W/NACL 0.2%	22	<i>leflunomide</i>	17
<i>kcl 0.15%/d5w/ nacl 0.3%</i>	21	<i>lessina-28</i>	17
<i>kcl 0.15%/d5w/lr</i>	21	<i>leucovorin calcium</i>	4
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.2%	21	LEUKERAN	5
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.225%	21	<i>leuprolide acetate</i>	5
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	21	LEUSTATIN	5
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	21	LEVEMIR	14
KCL 0.224%/D5W/NACL 0.2%	21	LEVEMIR FLEXPEN	14
<i>kcl 0.3%/d5w/lr</i>	21	LEVO DROMORAN	7
<i>kcl 0.3%/d5w/lr iv lac ring</i>	21	<i>levobunolol hcl</i>	18
KCL 0.3%/D5W/NACL 0.2%	21	<i>levocarnitine</i>	12
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	21	LEVO-DROMORAN	7
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	21	<i>levora 0.15/30-28</i>	17
<i>kelnor 1/35</i>	17	<i>levorphanol tartrate</i>	6
KEMADRIN	6	<i>levothyroxine sodium</i>	15
KEPPRA	5	<i>levoxyl</i>	15
KETEK	3	LEXAPRO	8
<i>ketoconazole</i>	2	LIALDA	15
<i>ketoconazole</i>	11	<i>lidocaine</i>	11
<i>ketoprofen</i>	7	<i>lidocaine hcl</i>	11
<i>ketoprofen er</i>	7	<i>lidocaine hcl jelly</i>	11
<i>kionex</i>	12	<i>lidocaine/prilocaine</i>	11
<i>klor-con 10</i>	21	LINDANE	12
<i>klor-con 8</i>	21	<i>liothyronine sodium</i>	15
<i>klor-con m10</i>	21	LIPITOR	10
<i>klor-con m20</i>	21	<i>lisinopril</i>	9
<i>kuric</i>	11	<i>lisinopril /hydrochlorothiazide</i>	9
L			
<i>labetalol hcl</i>	9	<i>lithium carbonate</i>	8
<i>laclotion</i>	11	<i>lithium carbonate er</i>	8
LACRISERT	19	<i>lithium citrate</i>	8
<i>lactated ringer's dextrose 5% viaflex</i>	12	LODOSYN	6
LACTATED RINGER'S VIAFLEX	21	<i>lofene</i>	15
<i>lactulose</i>	15	<i>lonox</i>	15
LAMICTAL STARTER/NOT TAKING CARBAMAZEPINE	5	<i>loperamide hcl</i>	15
LAMICTAL STARTER/TAKING CARBAMAZEPINE/NOT TAKING VALPROATE	5	LOTEMAX	19
LAMICTAL STARTER/TAKING VALPROATE	5	LOTREL	10
		LOTRONEX	15
		<i>lovastatin</i>	10
		LOVAZA	10
		LOVENOX	10
		<i>low-ogestrel</i>	17
		<i>loxapine succinate</i>	8
		LUMIGAN	19

LUNESTA.....	8	<i>methylclothiazide</i>	9
LUPRON 6-PACK.....	5	<i>methylin</i>	8
LUPRON DEPOT.....	5	<i>methylin er</i>	8
<i>lутера</i>	18	<i>methylphenidate hcl</i>	8
LUXIQ.....	12	<i>methylphenidate hcl er</i>	8
LYRICA.....	5	<i>methylprednisolone</i>	13
LYSODREN.....	5	<i>methylprednisolone acetate</i>	13
M		<i>methylprednisolone sodiumsuccinate</i>	13
MACRODANTIN.....	4	<i>metipranolol</i>	18
MAGNESIUM SULFATE IN D5W.....	21	<i>metoclopramide hcl</i>	15
MALARONE.....	3	<i>metolazone</i>	9
<i>maprotiline hcl</i>	8	<i>metoprolol /hydrochlorothiazide</i>	9
<i>margesic-h</i>	6	<i>metoprolol succinate er</i>	9
MARPLAN.....	8	<i>metoprolol tartrate</i>	9
MAXALT.....	6	METROGEL	11
MAXALT-MLT.....	6	<i>metronidazole</i>	3
<i>mebendazole</i>	3	<i>metronidazole</i>	11
<i>meclizine hcl</i>	15	<i>metronidazole in nacl 0.79%</i>	3
<i>meclofenamate sodium</i>	7	<i>metronidazole vaginal</i>	17
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	17	<i>mexiletine hcl</i>	8
<i>mefloquine hcl</i>	3	MIACALCIN	14
MEFOXIN.....	2	MICARDIS	10
MEFOXIN ADD-VANTAGE.....	2	MICARDIS HCT	10
MEFOXIN IN DEXTROSE 2.2%.....	2	<i>miconazole 3</i>	17
MEFOXIN IN DEXTROSE 3.9%.....	2	<i>microgestin 1.5/30</i>	18
<i>megestrol acetate</i>	5	<i>microgestin 1/20</i>	18
<i>meloxicam</i>	7	<i>microgestin fe</i>	18
MENACTRA.....	16	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	18
MENOMUNE-A/C/Y/W-135.....	16	<i>midodrine hcl</i>	12
<i>meperidine hcl</i>	6	<i>migergot</i>	6
<i>mercaptopurine</i>	5	<i>minocycline hcl</i>	4
MERUVAX II W/DILUENT 10 DOSE.....	16	<i>minoxidil</i>	9
<i>mesalamine</i>	15	MINTEZOL	3
<i>mesna</i>	4	MIRAPEX	6
MESNEX.....	4	<i>mirtazapine</i>	8
MESTINON.....	6	<i>mirtazapine odt</i>	8
MESTINON TIMESPAN.....	6	<i>misoprostol</i>	16
<i>metadate er</i>	8	<i>mitomycin</i>	5
<i>metaproterenol sulfate</i>	20	<i>mitoxantrone hcl</i>	5
<i>metformin hcl</i>	14	M-M-R II W/DILUENT 10 DOSE	16
<i>metformin hcl er</i>	14	MOBAN	8
<i>methadone hcl</i>	6	<i>moexipril /hydrochlorothiazide</i>	9
<i>methadose</i>	6	<i>moexipril hcl</i>	9
<i>methazolamide</i>	19	<i>mometasone furoate</i>	12
<i>methenamine hippurate</i>	4	<i>mononessa</i>	18
METHERGINE.....	18	<i>morphine sulfate</i>	6
<i>methimazole</i>	13	<i>morphine sulfate er</i>	6
<i>methocarbamol</i>	6	MOVIPREP	15
<i>methotrexate</i>	5	<i>mupirocin</i>	11
<i>methotrexate sodium</i>	5	MYCOBUTIN	3

<i>mydral</i>	18	<i>nifedipine er</i>	9
MYFORTIC	5	<i>nitrofurantoin macrocrystalline</i>	4
<i>myrac</i>	4	<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	4
MYTELASE	6	<i>nitroglycerin</i>	10
N			
<i>nabumetone</i>	7	<i>nitroglycerin transdermal</i>	10
<i>nadolol</i>	9	NITROLINGUAL PUMPSPRAY	10
<i>nadolol /bendroflumethiazide</i>	9	NITROSTAT	10
<i>nafcillin sodium</i>	3	<i>nizatidine</i>	16
NAFTIN	11	<i>nora-be</i>	17
NAFTIN-MP	11	NORDITROPIN CARTRIDGE	16
NALLPEN ISO-OSMOTIC IN DEXTROSE	4	NORDITROPIN NORDIFLEX PEN	16
NALLPEN/DEXTROSE	4	<i>norethindrone acetate</i>	17
<i>naloxone hcl</i>	7	NORMOSOL-R	22
<i>naltrexone hcl</i>	7	NORMOSOL-R IN D5W	21
<i>naphazoline hcl</i>	19	NORPACE CR	8
<i>naproxen</i>	7	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	18
<i>naproxen dr</i>	7	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	18
<i>naproxen sodium</i>	7	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	18
NARDIL	8	<i>nortrel 7/7/7</i>	18
<i>narvox</i>	6	<i>nortriptyline hcl</i>	8
NASACORT AQ	20	NORVIR	2
NASONEX	20	<i>novamine</i>	21
NATACYN	18	NOVOLIN 70/30	14
NEBUPENT	3	NOVOLIN 70/30 INNOLET	14
<i>necon 0.5/35-28</i>	18	NOVOLIN 70/30 PENFILL	14
<i>necon 1/35-28</i>	18	NOVOLIN N	14
<i>necon 1/50-28</i>	18	NOVOLIN N INNOLET	14
<i>necon 10/11-28</i>	18	NOVOLIN N U-100 PENFILL	14
<i>necon 7/7/7</i>	18	NOVOLIN R	14
<i>nefazodone hcl</i>	8	NOVOLIN R INNOLET	14
<i>neo /poly /bac /hc</i>	19	NOVOLIN R U-100 PENFILL	14
<i>neomycin /polymyxin /dexamethasone</i>	19	NOVOLOG	14
<i>neomycin /polymyxin /gramicidin</i>	18	NOVOLOG FLEXPEN	14
<i>neomycin /polymyxin /hydrocortisone</i>	13	NOVOLOG MIX 70/30	14
<i>neomycin /polymyxin /hydrocortisone</i>	19	NOVOLOG MIX 70/30 PENFILL	14
<i>neomycin sulfate</i>	3	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	
NEORAL	5	FLEXPEN	14
NEPHRAMINE	22	NOVOLOG PENFILL	14
NEURONTIN	5	NOXAFL	2
NEUTREXIN	3	<i>nyamyc</i>	11
NEVANAC	19	<i>nystatin</i>	2
NEXIUM	16	<i>nystatin</i>	11
NEXIUM I.V.	16	<i>nystatin/triamcinolone</i>	11
NIASPIN	10	<i>nystop</i>	11
<i>nicardipine hcl</i>	9	O	
<i>nicotine</i>	13	<i>octreotide acetate</i>	5
<i>nifediac cc</i>	9	<i>ofloxacin</i>	4
<i>nifedical xl</i>	9	<i>ofloxacin</i>	13
<i>nifedipine</i>	9	<i>ofloxacin</i>	18
		<i>ogestrel</i>	18

<i>omeprazole</i>	16	PARCOPA	6
OMNI-PAC	2	<i>paromomycin sulfate</i>	3
<i>ondansetron hcl</i>	15	<i>paroxetine hcl</i>	8
<i>ondansetron odt</i>	15	<i>paroxetine hcl er</i>	8
<i>onxol</i>	5	PASER	3
OPTIVAR	19	PATANOL	19
ORAP	8	PAXIL CR	8
<i>orphenadrine citrate</i>	6	PEDIARIX	16
<i>orphenadrine citrate er</i>	6	<i>pedi-dri</i>	11
<i>orphenadrine compound</i>	6	PEDIOTIC	13
<i>orphenadrine compound ds</i>	6	PEDVAX HIB	16
<i>ortho-est</i>	17	<i>peg 3350/electrolytes</i>	15
<i>otacin hc</i>	13	PEGANONE	5
OVIDE	12	<i>penicillin g potassium</i>	3
<i>oxandrolone</i>	14	PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-	
<i>oxaprozin</i>	7	OSMOTIC DEXTROSE	4
<i>oxcarbazepine</i>	5	PENICILLIN G PROCAINE	4
<i>oxybutynin chloride</i>	20	PENICILLIN G SODIUM	4
<i>oxybutynin chloride er</i>	20	<i>penicillin v potassium</i>	3
<i>oxycodone hcl</i>	6	PENTASA	15
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	7	<i>pentopak</i>	10
<i>oxycodone/aspirin</i>	7	<i>pentostatin</i>	5
OXYCONTIN	7	<i>pentoxifylline er</i>	10
OXYTROL	20	<i>pentoxil</i>	10
P		PEPCID	16
<i>pacerone</i>	8	<i>periogard</i>	13
<i>paclitaxel</i>	5	<i>perloxx</i>	7
<i>palcaps 10</i>	15	<i>permethrin</i>	12
<i>palcaps 20</i>	15	<i>perphenazine</i>	8
<i>palgic</i>	19	<i>pfizerpen-g</i>	3
<i>pancrelipase</i>	15	<i>phenadoz</i>	19
<i>pancrelipase mst-16</i>	15	<i>phenytoin</i>	5
<i>pancron 10</i>	15	PHENYTOIN SODIUM	5
<i>pancron 20</i>	15	<i>phenytoin sodium extended</i>	5
PANDEL	12	PHISOHEX	11
<i>pangestyme cn 10</i>	15	PHOSLO	21
<i>pangestyme cn 20</i>	15	<i>pilocarpine hcl</i>	12
<i>pangestyme ec</i>	15	PILOPINE HS	18
<i>pangestyme mt 16</i>	15	<i>pindolol</i>	9
<i>pangestyme ul 12</i>	15	<i>piroxicam</i>	7
<i>pangestyme ul 18</i>	15	PLAN B	18
<i>pangestyme ul 20</i>	15	<i>plaretase 8000</i>	15
<i>panocaps</i>	15	PLASMA-LYTE 56	22
<i>panocaps mt 16</i>	15	PLASMA-LYTE A	22
<i>panocaps mt 20</i>	15	PLASMA-LYTE-148	22
<i>panokase</i>	15	PLASMA-LYTE-148/D5W	22
<i>panokase-16</i>	15	PLASMA-LYTE-56/D5W	22
PANRETIN	11	PLAVIX	10
<i>pantoprazole sodium</i>	16	PLENDIL	10
<i>parcaine</i>	18	<i>podofilox</i>	11

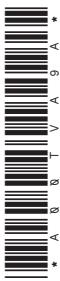
<i>polycin b</i>	18	PRIMAXIN IV ADD-VANTAGE	3
<i>poly-dex</i>	19	<i>primidone</i>	5
<i>Polyethylene glycol 3350</i>	15	PRISTIQ	8
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	18	PROAIR HFA	20
<i>portia-28</i>	18	<i>probencid</i>	17
<i>potassium chloride</i>	21	<i>probenecid/colchicine</i>	17
POTASSIUM CHLORIDE		<i>procainamide hcl</i>	8
0.075%/D5W/NACL 0.225%	21	<i>prochlorperazine</i>	15
POTASSIUM CHLORIDE 0.15% /NACL		<i>prochlorperazine edisylate</i>	15
0.45% VIAFLEX	21	<i>prochlorperazine maleate</i>	15
<i>potassium chloride 0.15% d5w/nacl 0.33%</i>	21	PROCERIT	16
<i>potassium chloride 0.15% d5w/nacl 0.45%</i>		<i>procto-pak</i>	15
<i>viaflex</i>	21	<i>proctosol hc</i>	15
<i>potassium chloride 0.15% nacl 0.9%</i>	21	<i>proctozone-hc</i>	15
POTASSIUM CHLORIDE 0.15%/D5W	21	PROGLYCEM	14
<i>potassium chloride 0.15%/nacl 0.9%</i>	21	PROGRAF	5
POTASSIUM CHLORIDE 0.22% D5W/NACL		<i>promethazine hcl</i>	20
0.45%	21	<i>promethazine hcl plain</i>	19
<i>potassium chloride 0.224%/d5w</i>	21	<i>promethegan</i>	20
POTASSIUM CHLORIDE		PROMETRIUM	17
0.224%/D5W/NACL 0.45%	21	PRONESTYL	8
<i>potassium chloride 0.224%d5w/nacl 0.33%</i>	21	<i>propafenone hcl</i>	8
POTASSIUM CHLORIDE 0.3%/ NACL 0.9%	21	<i>proparacaine hcl</i>	19
<i>potassium chloride 0.3%/d5w</i>	21	<i>propoxyphene /acetaminophen</i>	7
POTASSIUM CHLORIDE 0.3%/NACL		<i>propoxyphene hcl</i>	7
0.9%/VIAFLEX	21	<i>propoxyphene-n /acetaminophen</i>	7
<i>potassium chloride er</i>	21	<i>propranolol /hydrochlorothiazide</i>	9
<i>potassium citrate extended-release</i>	20	<i>propranolol hcl</i>	9
PRANDIN	14	<i>propranolol hcl er</i>	9
<i>pravastatin sodium</i>	10	<i>propylthiouracil</i>	13
<i>prazosin hcl</i>	9	PROQUAD	16
<i>prednicarbate</i>	12	PROVENTIL HFA	20
<i>prednisolone</i>	13	PROVIGIL	8
<i>prednisolone acetate</i>	19	PSORCON E	12
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	13	PULMICORT	20
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	19	PULMICORT FLEXHALER	20
<i>prednisone</i>	13	PYLERA	16
PREDNISONE INTENSOL	13	<i>pyrazinamide</i>	3
PREMARIN W/APPLICATOR	17	<i>pyridostigmine bromide</i>	6
<i>premasol</i>	21		
PREMPHASE	17	Q	
PREMPRO	17	QUALAQUIN	3
<i>prenatal rx 1</i>	22	<i>quasense</i>	18
PREVACID	16	<i>quinapril /hydrochlorothiazide</i>	9
PREVACID SOLUTAB	16	<i>quinapril hcl</i>	9
<i>prevalite</i>	10	<i>quinaretic</i>	9
<i>previfem</i>	18	<i>quinidine gluconate</i>	8
PRIMAQUINE PHOSPHATE	3	<i>quinidine gluconate er</i>	8
PRIMAXIN I.M.	3	<i>quinidine sulfate</i>	8
PRIMAXIN IV	3	<i>quinidine sulfate er</i>	8
		QVAR	20

R	
RABAVERT	16
<i>ramipril</i>	9
RANEXA	10
<i>ranitidine hcl</i>	16
RAPAMUNE	5
RAZADYNE	6
RAZADYNE ER.....	6
REBETOL.....	2
REBIF.....	16
REBIF TITRATION PACK	16
<i>reclipsen</i>	18
RECOMBIVAX HB	16
<i>regionol</i>	6
REGRANEX	11
RELENZA DISKHALER.....	2
RELION 70/30	14
RELION 70/30 INNOLET	14
RELION N	14
RELION N INNOLET	14
RELION R.....	14
RELPAX	6
RENAGEL	13
RENAMIN	22
RENVELA	13
<i>reserpine</i>	9
RESTASIS	19
RETROVIR IV INFUSION	2
RHINOCORT AQUA	20
<i>rifampin</i>	3
<i>rimantadine hcl</i>	2
<i>ringer's injection</i>	21
RISPERDAL	8
RISPERDAL CONSTA	8
RISPERDAL M-TAB	8
<i>risperidone</i>	8
RITUXAN	5
<i>ropinirole hcl</i>	6
ROTATEQ	16
<i>roxicet</i>	7
RYTHMOL SR	8
 S	
SANCTURA	20
SANCTURA XR.....	20
SANDIMMUNE	5
SANTYL	12
<i>selegiline hcl</i>	6
<i>selenium sulfide</i>	11
SENSIPAR	14
SEREVENT DISKUS	20
SEROMYCIN.....	3
SEROQUEL	8
SEROQUEL XR.....	8
<i>sertraline hcl</i>	8
<i>silver sulfadiazine</i>	11
SIMCOR	10
<i>simvastatin</i>	10
SINGULAIR.....	20
<i>sodium bicarbonate</i>	21
<i>sodium chloride</i>	12
<i>sodium chloride</i>	21
<i>sodium chloride 0.9%</i>	12
<i>sodium chloride 0.45% viaflex</i>	21
<i>sodium chloride 0.9%</i>	12
SODIUM EDECRIN	10
<i>sodium fluoride</i>	22
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	12
<i>sodium sulfacetamide</i>	11
SOLARAZE	11
<i>solia</i>	18
SOLTAMOX	5
SOLU-CORTEF	13
SOLU-MEDROL	13
<i>solu-medrol act-o-vial</i>	13
SOMAVERT	15
SORIATANE CK	11
<i>sorine</i>	8
<i>sotalol hcl</i>	8
<i>sotalol hcl (af)</i>	8
<i>sotret</i>	11
SPIRIVA HANDIHALER	20
<i>spironolactone</i>	9
<i>spironolactone /hydrochlorothiazide</i>	9
SPORANOX.....	2
<i>sprintec 28</i>	18
<i>sps</i>	12
<i>sronyx</i>	18
<i>ssd</i>	11
<i>ssd af</i>	11
<i>stagesic</i>	7
STALEVO 100	6
STALEVO 150	6
STALEVO 200	6
STALEVO 50	6
STARLIX	14
STIMATE	15
STRATTERA	8
STREPTOMYCIN SULFATE	3
STROMECTOL.....	3

SUBOXONE	7	ticlopidine hcl	10
SUBUTEX	7	timolol maleate	9
sucralfate	16	timolol maleate	18
SULAR	10	TIMOPTIC OCUDOSE	18
sulfacetamide sodium	19	tizanidine hcl	6
sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate	19	TOBRADEX	19
sulfadiazine	4	tobramycin sulfate	3
sulfamethoxazole /trimethoprim	4	tobramycin sulfate	18
SULFAMYLYON	11	TOBRAMYCIN SULFATE/SODIUM CHLORIDE	3
sulfasalazine	15	tobrasol	18
sulfatrim	4	TOBREX	18
sulfazine	15	tolazamide	14
sulfazine ec	15	tolbutamide	14
sulindac	7	tolmetin sodium	7
SUSTIVA	2	TOPAMAX	5
SYMBICORT	20	TOPAMAX SPRINKLE	6
SYNTHROID	15	torsemide	9
SYPRINE	13	tramadol hcl	7
 T		trandolapril	9
TABLOID	5	tranylcypromine sulfate	8
TAMIFLU	2	travasol	21
tamoxifen citrate	5	TRAVASOL 5.5%/DEXTROSE 20%	22
TARGRETIN	5	TRAVASOL 8.5%/DEXTROSE 10%	22
TAZICEF	2	TRAVASOL 8.5%/DEXTROSE 20%	22
TAZORAC	11	TRAVASOL 8.5%/DEXTROSE 50%	22
taztia xt	9	TRAVATAN	19
TEGRETOL-XR	5	TRAVATAN Z	19
TEKURNA	10	trazodone hcl	8
TEKURNA HCT	10	TRECATOR	3
terazosin hcl	9	tretinoin	5
terbinafine hcl	2	tretinoin	11
terbutaline sulfate	20	trezix	7
terconazole	17	triamcinolone acetonide	12
testosterone cypionate	14	triamcinolone in orabase	13
testosterone enanthate	14	triamterene /hydrochlorothiazide	9
tetanus toxoid adsorbed	16	TRICOR	10
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	16	triderm	12
tetracycline hcl	4	trifluoperazine hcl	8
TEV-TROPIN	16	trifluridine	18
theochron	20	TRIGLIDE	10
theophylline	20	trihexyphenidyl hcl	6
theophylline er	20	TRIHIBIT	16
thermazene	11	tri-legest fe	18
THIOLA	13	trimethoprim	4
thioridazine hcl	8	trimipramine maleate	8
thiotepa	5	trinessa	18
thiothixene	8	TRIPEDIA	16
THYMOGLOBULIN	16	tri-previfem	18
		TRISENOX	5

<i>tri-sprintec</i>	18	<i>vincasar pfs</i>	5
<i>trivora-28</i>	18	<i>vincristine sulfate</i>	5
TROPHAMINE	22	<i>vinorelbine tartrate</i>	5
<i>tropicacyl</i>	18	VIOKASE	16
<i>tropicamide</i>	18	VIOKASE 16	16
TRUSOPT	19	VIOKASE 8	16
TWINRIX	16	VIRACEPT	2
TYGACIL	3	VIRAMUNE	2
TYPHIM VI	16	VIREAD	2
TYZINE	13	VIVELLE-DOT	17
TYZINE PEDIATRIC NASAL DROPS	13	VIVOTIF BERNA	16
		VYTORIN	10
U			
<i>ultracaps mt 20</i>	15		
ULTRASE	15	W	
ULTRASE MT 12	16	<i>warfarin sodium</i>	10
ULTRASE MT 18	16	WELLBUTRIN XL	8
ULTRASE MT 20	16	X	
UNASYN	4	XALATAN	19
<i>unithroid</i>	15	XIBROM	19
UROXATRAL	20	XOLEGEL	11
URSO 250	16	Y	
URSO FORTE	16	YF-VAX	16
<i>ursodiol</i>	15	Z	
		<i>zaleplon</i>	8
V			
VAGIFEM	17	ZANTAC	16
<i>valproate sodium</i>	5	ZAVESCA	15
VALTREX	2	<i>zazole</i>	17
VANCOCIN HCL	4	ZELAPAR	6
<i>vancomycin hcl</i>	4	ZEMPLAR	15
VANCOMYCIN HCL ISO-OSMOTIC		ZERIT	2
DEXTROSE	4	<i>zerlor</i>	7
<i>vandazole</i>	17	ZESTORETIC	10
VAQTA	16	ZESTRIL	10
VARIVAX	16	ZETIA	10
<i>veetids</i>	4	ZIAGEN	2
<i>velivet</i>	18	<i>zidovudine</i>	2
<i>venlafaxine hcl</i>	8	ZINACEF	2
VENTOLIN HFA	20	ZINACEF IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	2
VERAMYST	20	ZINACEF IN ISO-OSMOTIC DILUENT	2
<i>verapamil hcl</i>	9	ZMAX	3
<i>verapamil hcl er</i>	9	<i>zolpidem tartrate</i>	8
VESICARE	20	ZOMIG	6
VFEND	2	ZOMIG ZMT	6
VFEND IV	2	ZONALON	11
VIBRAMYCIN	4	<i>zonisamide</i>	5
VIDEX EC	2	ZOSTAVAX	17
VIDEX PEDIATRIC	2	ZOSYN	4
VIGAMOX	18	<i>zovia 1/35e</i>	18
<i>vinblastine sulfate</i>	5		

<i>zovia 1/50e</i>	18
ZYLET	19
ZYMAR	18
ZYPREXA	8
ZYPREXA ZYDIS.....	8
ZYVOX.....	3



Medco Health Solutions, Inc., 100 Parsons Pond Drive, Franklin Lakes, NJ 07417

Medco is a registered trademark of Medco Health Solutions, Inc.

Medco Medicare Prescription Plan is a registered trademark of Medco Health Solutions, Inc.

© 2008 Medco Health Solutions, Inc. All rights reserved.

A00TVA9A

medco[®]