

2012 Member Formulary

2012 Formulario de Miembros

formulary



**Preferred Drug List**  
**Generic Medication Policy**  
**Dispensing Limitations**  
**Prescribing Guidelines**

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

**ClearScript**<sup>SM</sup>



## INTRODUCTION

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

## DEVELOPMENT OF THE DRUG FORMULARY

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

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

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

## MENTAL HEALTH PARITY ACT

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

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

## PHARMACY AND THERAPEUTICS (P&T) COMMITTEE

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

## PRODUCT SELECTION CRITERIA

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

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

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

## FORMULARY CONTROL MEASURES

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

## FORMULARY MODIFICATION/QUESTIONS

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

## THREE-TIER FORMULARY CO-PAYMENT STRUCTURE

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

## FORMULARY ALTERNATIVES

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

## THERAPEUTIC INTERCHANGE (TI) POLICY

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

## GENERIC DRUG POLICY

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

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

Providers are reminded of the following:

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

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

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

#### OFF-LABEL USE OF MEDICATIONS

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

#### EXPERIMENTAL MEDICATIONS

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

#### TABLET SPLITTING

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

#### PRIOR AUTHORIZATION

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

#### MAINTENANCE AND NON-MAINTENANCE MEDICATIONS

Prescription drug card benefit plans often differ in their plan design. In some plans, the benefits may vary depending upon whether the medication is considered to be an acute or a maintenance medication. Your medication co-pay and the quantity of medication you can receive in a prescription can vary depending upon the status of your medication. **Non-Maintenance (Acute) Medications:** Acute medications are medications that are to be used for a short period of time. This can include medications that are given as a starter dose. A starter dose of medication is a medication that may become a maintenance medication based on its generic name and strength and has not been obtained within the previous six-month period. Medications such as antibiotics or other agents that are given to cure or treat a condition from which recovery is predicted are considered curative treatments and are classified as non-maintenance medications, or a short-term medication.

**Maintenance Medications:** Maintenance medications can also be referred to as long-term medications. The following is the criteria that is used to determine if a medication is a maintenance medication: a) The drug has a low probability for dosage or therapy changes due to side effects, serum drug concentration monitoring, or therapeutic response over a course of prolonged therapy; b) The drug's most common use is to treat a chronic disease state when a therapeutic endpoint cannot be determined. (A drug may have an indication for maintenance therapy but lacks the maintenance drug code if that indication is not the most common use of the drug); c) Therapy with the drug is not considered curative or promoting of recovery; and d) The drug is administered continuously rather than intermittently. The criteria listed above are limited to the typical outpatient use of a drug. Dosage forms that are not practical for large dispensing quantities (such as liquids) or have limited expiration dating are excluded. Drugs known for life-threatening toxicity when taken in overdose may be excluded. Non-drug products and non-prescription drug products, with the exception of insulin (if covered by the plan), are excluded.

## NEW DRUGS INTRODUCED INTO THE CONSUMER MARKET

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

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

## STEP THERAPY

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

## DISPENSING LIMITATION LIST

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

PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT
Abilify	30 tabs/30 days	Aricapt	30 tabs/30 days	Celebrex	60 tabs/30 days
Abilify sol	750 ml/30days	Arimidex	30 tabs/30 days	Chantix	60 tabs/30 days
Acanya	1 jar/30 days	Asmanex	1 inhaler/30 days	Cialis	8 tabs/30 days
Accolrel	2 tabs/30 days	Astepro	1 tab/30/30 days	Cialis 2.5 mg and 5 mg	24 tabs/30 days
Accutane	120 vials/30 days	Atacand	30 tabs/30 days	Cimzia Starter Kit	1 kit per 365 days
Accutane	150 days supply/calendar yr	Atacan HCT	30 tabs/30 days	Cimzia	2-200 mg inj or 400 mg/28 days
Accutane	30 days/presc. dispensed	Atelvia	4 tabs/28 days	claravis	30 days/presc. dispensed
Aciphex	30 tabs/30 days	Availide	30 tabs/30 days	Clarinet, Clarinet D	30 tabs/30 days
Actiq	120 lozenges/30 days	Avandamet	60 tabs/30 days	Climara, Climara Pro	4 patches/30 days
Actos	30 tabs/30 days	Avandaryl	60 tabs/30 days	clozapine	120 tabs/30 days
Adcirca	60 tablets/30 days	Avandia	60 tabs/30 days	Coartem	24 tabs/30 days
Advair	60 capsules/30 days	Avapro	30 tabs/30 days	Cognex	120 capsules/30 days
Advicor	60 tablets/30 days	Avexol	14 tabs/presc.	Colcyr	120 tabs/30 days
Aerochamber	1/calendar yr	Avinza	30 capsules/30 days	Compera	30 tabs/30 days
Afinitor	30 tabs/30 days	Avodart	30 capsules/30 days	Concerta 18 mg, 27 mg, & 54 mg	30 tabs/30 days
Alora	8 patches/30 days	Axert 12.5 mg tabs	12 tabs (2 boxes)/30 days	Concerta 36 mg	60 tabs/30 days
Altoprev	30 tablets/30 days	Axert 6.25 mg tabs	18 tab (3 boxes)/30 days	Copaxone	1 kit per 30 days
Alsuma	60 capsules/30 days	Axiron	180 ml/30 days	Cordaron Patch	24/30 days
Amfiza	60 caps/30 days	Benzacril	1 unit/30 days	Cordran Tape	2 rolls/30 days
Amprya ER	60 tablets/30 days	Banzel	240 tabs/30 days	Core CR	30 tabs/30 days
Androgel 1.62%	150 gm/30 days	Benicar	30 tabs/30 days	Cozar	30 tabs/30 days
Androgel 1%-50 mg & Pump	300 gm/30 days	Benicar HCT	30 tabs/30 days	Crestor	30 tabs/30 days
Androgel 1%-25 mg	75 gm/30 days	Betaseron	15 vials/30 days	Cymbalta 20 mg	90 capsules/30 days
Antara 130 mg	30 tabs/30 days	Bezac	28 tabs/28 days	Cymbalta 30 mg	30 capsules/30 days
Antara 43 mg	60 tabs/30 days	Boniva 150 mg	1 tab/28 days	Cymbalta 60 mg	30 capsules/30 days
Arcalet	60 vials/30 days	Briq	60 tabs/30 days	Dalipres	30 tabs/30 days
Avonex	4 vials/30 days	budepredin XL 150 mg	90 tabs/30 days	Daytrana	30 patches/30 days
Avlesco	1 inhaler/30 days	budepredin XL 300 mg	60 tabs/30 days	Denavir	1.5 gms/30 days
Ambien	30 tabs/30 days	bupropion/ASA/caff/codine	2 bottles (2.5 ml ea)/30 days	Detrol	60 tabs/30 days
Ambien CR	30 tabs/30 days	butorphanol NS	2 bottles (2.5 ml ea)/30 days	Detrol LA	30 capsules/30 days
Amerge 1.5 mg tabs	18 tabs (2 boxes)/30 days	Butrans	4 patches/28 days	Diabetic Test Strips,	
Amerge 2.5 mg tabs	9 tabs (1 box)/30 days	Byetta	2.4 ml/30 days	Lancets, Syringes	800 units/3 mo. period
Amveena	Limited to 18 tabs/30 days	Byetta	2.4 ml/30 days	Diovan	30 tabs/30 days
amlopidine	30 tabs/30 days	Caduet	30 tabs/30 days	Diovan HCT	30 tabs/30 days
amlopidine/benzepiril	30 tabs/30 days	Cambia	9 packets/30 days	Duetact	30 tabs/30 days
amnestem	30 days/presc. dispensed	Caprelsa	300 mg 30 tabs/30 days	Duexis	90 tabs/30 days
Amrix	30 caps/30 days	Caprelsa	100 mg 60 tabs/30 days	Dulera	1 inhaler/30 days
Amturnide	30 tabs/30 days	carisoprodol	120 tabs/30 days	Duragesic	10 patches/30 days
Anzemet tabs	10 tabs/presc. dispensed	carisoprodol/ASA	150 tabs/30 days		
Aplena	30 tabs/30 days	carisoprodol/ASA/codine	120 tabs/30 days		
Apriso	120 caps/30 days	Casodex	30 tabs/30 days		
Arcapta	30 caps/30 days	Conject	6 injections/30 days		

continued on next page

PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT
Edarbi	30 tabs/30 days	Lotronex	60 tabs/30 days	Sanctura	60 caps/30 days
Edex	6 injections/30 days	Lotronex	Limited to use in females only	Sanctura XR	30 capsules/30 days
Eduar	30 tabs/30 days	Lovaza	120 capsules/30 days	Sancuso	4 transdermal patches/30 days
Eduant	30 tabs/30 days	Lumigan	5 ml/30 days	Santyl	30 grams/presc. dispensed
Effexor XR 37.5 mg	30 tabs/30 days	Lunesta	30 tabs/30 days	Saphris	60 sublingual tabs/30 days
Effexor XR 75 mg	30 tabs/30 days	Luvect CR	30 caps/30 days	Savella	60 tabs/30 days
Effexor XR 150 mg	60 tabs/30 days	Lyrica	120 capsules/30 days	Singular Chewables	Limited to 15 yrs and under
Effient	30 tabs/30 days	Maxalt, Maxalt MLT	5 mg tabs	Serquel	60 tabs/30 days
Elidel Cream	30 gms/presc. dispensed	Maxalt, Maxalt MLT	10 mg tabs	Serquel XR	60 tabs/30 days
Emend	5 tabs/presc. dispensed	Micardis	30 tabs/30 days	Silenor	30 tabs/30 days
Emsum	10 mg patches/30 days	Micardis	30 tabs/30 days	Simcor	60 tabs/30 days
Enbanel	30 tabs/30 days	Micardis	30 tabs/30 days	simvastatin	30 tabs/30 days
Enclorix	16 injections/30 days	Migranal Nasal Spray	16 sprays (2 boxes)/30 days	Singulair	30 tabs/30 days
Enbrel 50 mg	8 injections/30 days	Mirapex	90 tabs/30 days	Singular Chewables	Limited to 15 yrs and under
Epiduo	90 gms/30 days	Mirapex XR	30 tabs/30 days	Skelid	60 tabs/30 days
Epipen, Epipen Jr	2 pens/30 days	mirtazapine	30 tabs/30 days	Sonataze	100 gm/30 days
Epivir HBV	30 tabs/30 days	Moexza	3 ml/30 days	Sonata tabs	30 tabs/30 days
epplerone	Limited to use in males only	Multaq	60 tabs/30 days	Sonataze	120 gms/30 days
Erectile Dysfunction Drugs (Cialis, Levitra, Viagra)	Combined limit of 6 tabs/30 days	Musca	6 inserts/30 days	soret	30 days/presc. dispensed
Evamist	1 box/30 days	Namenda	60 tabs/30 days	Soyva	1 inhaler (30 capsules)/30 days
Evista	30 tabs/30 days	Namenda XR	30 tabs/30 days	Sprax	90 day supply/calendar yr
Exalgo	30 tabs/30 days	Natazia	28 tabs/28 days	Srix	5 bottles/30 days
Exelon	60 tabs/30 days	Nebupent	1 inhaler/30 days	Stadol NS	2 bottles (2.5 ml each)/30 days
Exelon Patch	30 patches/30 days	Neulasta	2 syringes/30 days	Starlix	90 tabs/30 days
Exlorge	30 tabs/30 days	Neumega	21 vials/30 days	Staxyn	6 tabs/30 days
Exlorel HCT	30 tabs/30 days	Nexasyn	30 capsules/30 days	Strattera	60 capsules/30 days
Extavia	15 vials/30 days	Niaspan HCT	30 tabs/30 days	Sumavel DosePro	6 injections/30 days
Factive	7 tabs/30 days	Novasc	30 tabs/30 days	Sylatron	30 syringes/30 days
Fanapt	60 tabs/30 days	Noxafil	Limited to 13 yrs and older	Symbyax	30 capsules/30 days
Fentora	120 tabs/30 days	Nucynta	180 tabs/30 days	Symfin Pen 60	1 pack or 3 ml/30 days
fenofenadine 30 mg & 60 mg	60 tabs/30 days	Nuving	1/30 days	Symfin Pen 120	1 pack or 5.4 ml/30 days
fenofenadine 180 mg	30 tabs/30 days	Nuvigil	30 tabs/30 days	Tamiflu	1 treatment every 180 days
finasteride	60 capsules/30 days	Olepsa	60 tabs/30 days	Tarka	30 tabs/30 days
finasteride	Limited to use in males only	omeprazole	60 capsules/30 days	Teklar	30 tabs/30 days
Flector	30 patches/30 days	Omnaris	2 inhalers/30 days	Tektura HCT	30 tabs/30 days
Flomax	60 capsules/30 days	ondansetron DDT tabs	10 tabs/presc. dispensed	Terazol 3	1 tube/30 days
Foradil	1 inhaler (60 capsules)/30 days	ondansetron tabs	10 tabs/presc. dispensed	Terazol 7	1 tube/30 days
Fortesta	120 gm/30 days	Onglyza	30 tabs/30 days	Teklamlo	30 tabs/30 days
Fortovase 18 tabs (2 boxes)/30 days	18 tabs (2 boxes)/30 days	Onsolis	30 films/30 days	terbinafine tabs	90 days supply/calendar yr
Gardasil	Limited to females 13-26 of age	Oral contraceptives	Limited to use in females only	terconazole 3	1 tube/30 days
Gelique	30 gm/30 days	Dravig	14 tabs/30 days	terconazole 7	1 tube/30 days
Geodon	60 capsules/30 days	Ortho Evra	3 patches/28 days	TOBI	56 ampules/30 days
Gilenya	30 capsules/30 days	oxycodone/APAP	not to exceed 4000 mg of APAP/day	Tobradex ST	5 ml/30 days
Gralise 300mg	180 tab/30days	Oxycontin	120 tabs/30 days	Toradol	20 tabs/calendar yr
Gralise 600mg	90 tab/30days	Oxytrol	8 patches/30 days	Toviaz	30 tabs/30 days
grastrotron	10 tabs/presc. dispensed	pantoprazole	30 tabs/30 days	Tradjenta	30 tabs/30 days
Hepsera	30 tabs/30 days	paroxetine CR	60 tabs/30 days	tramadol	240 tabs/30 days
Horizant	30 tabs/30 days	Patanol	1 bottle/30 days	tramadol/APAP	240 tabs/30 days
Humira 20 mg	8 injections/30 days	Paxil CR	60 tabs/30 days	Transderm Scop	10 patches/30 days
Humira 40 mg	4 injections/30 days	Pegasys	8/30 days	Travatan, Travatan Z	5 ml/30 days
hydrocodone/APAP	not to exceed 4000 mg of APAP/day	Peg-Intron	4 syringes/vials/30 days	Treximet	10 tabs/30 days
Hyzaar	30 tabs/30 days	Pensaid	150 ml/30 days	Tribrizen	30 tabs/30 days
Ilatris	1 vial/60 days	Pentasa 250 mg	120 caps/30 days	Tricor	30 tabs/30 days
Imitrex 25 mg tabs	18 tabs (2 boxes)/30 days	Pentasa 300 mg	240 caps/30 days	Triplix	30 tabs/30 days
Imitrex 50 mg tabs	18 tabs (2 boxes)/30 days	Pexeva 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	14 tabs/30 days	Tweyna	30 tabs/30 days
Imitrex 100 mg tabs	9 tabs (1 box)/30 days	Plan B	1 treatment/calendar yr	Uloric	30 tabs/30 days
Imitrex Injection	3 kits (6 injections)/30 days	Pravachol	30 tabs/30 days	Ulmeric	30 tabs/30 days
Imitrex Nasal Spray	12 sprays (2 boxes)/30 days	Praxid	60 capsules/30 days	Ultram/Ultracet	240 tabs/30 days
incoke	180 tabs/30 days for 12 weeks	Prandimet	60 tabs/30 days	Uroxatral	30 tabs/30 days
Infergen	12 vials or syringes/30 days	Prandin	240 tabs/30 days	Valturna	30 tabs/30 days
Inspira	30 tabs/30 days	Pravachol	30 tabs/30 days	Velin	30 grams/30 days
Intencele	120 tabs/30 days	Praxid	30 tabs/30 days	Ventolin HFA	2 inhalers/30 days
Invega 3 mg & 9 mg	30 tabs/30 days	Pregnyl	3 vials/30 days	Vesicare	30 tabs/30 days
Invega 6 mg	60 tabs/30 days	Prevacid	30 tabs/30 days	Viagra	6 tabs/30 days
I-port	1 box/30 days	Pristiq	30 tabs/30 days	Victoza	3/30 days
Iressa	30 tabs/30 days	ProAir HFA	2 inhalers/30 days	Viibryd	30 tabs/30 days
Iressant	60 tabs/30 days	Procrit 2000, 3000, 4000 unit only	12/30 days	Vimovo	60 tabs/30 days
itraconazole	90 days supply/calendar yr	Proflast	3 vials/30 days	Vimpat	60 tabs/30 days
Jalyn	30 capsules/30 days	Prograf	30 tabs/30 days	Vitamin XR	30 tabs/30 days
Janumet	60 tabs/30 days	Protonix	30 tabs/30 days	Voltairen Gel	960 gm/30 days
Januvia	30 tabs/30 days	Proventil HFA	2 inhalers/30 days	Vytorin	30 tabs/30 days
Kadian	60 capsules/30 days	Provigil 100 mg	120 tabs/30 days	Xalatan	5 ml/30 days
Kapvay	60 tabs/30 days	Provigil 200 mg	60 tabs/30 days	Xarelto	30 tabs/30 days
Kapixid	30 caps/30 days	Pulmicort Respules	70 ampuls/30 days	Xerese	5 gm/30 days
Kepra XR 500mg	120 tabs/30 days	Quaaluin	42 caps/365 days	zaleplon	30 tabs/30 days
Kepra XR 750mg	120 tabs/30 days	Rapaflo	120 tabs/30 days	Zazole	1 tube/30 days
Ketek	20 tabs/presc. dispensed	Rapaflo	30 caps/30 days	Zegerid capsules/powder	30/30 days
ketorolac tabs	20 tabs/calendar yr	Raptiva	Limited to 18 yrs and older	Zetia	30 tabs/30 days
Kineret	30 syringes/30 days	Razadyne ER	30 capsules/30 days	Zocor	30 tabs/30 days
Kombiglyze XR	60 tabs/30 days	Rebif	12 injections/30 days	Zofran ODT tabs	10 tabs/presc. dispensed
Kytril	10 tabs/presc. dispensed	Regranex	15 gms/presc. dispensed	Zofran tabs	10 tabs/presc. dispensed
Levitra	90 days supply/calendar yr	Relenza	1 treatment every 180 days	zolpidem	30 tabs/30 days
Latuda	30 tabs/30 days	Relax 20 mg	2 kits or 15 tabs/30 days	Zolmitriptan	1 tablet/30 days
Lescol	60 capsules/30 days	Relax 40 mg	12 tabs/30 days	Zomig Nasal Spray	12 sprays (2 boxes)/30 days
Lescol XL	30 capsules/30 days	Requip XL	6 tabs/30 days	Zomig, Zomig ZMT	2.5 mg tabs
Letsains	30 tabs/30 days	Restasis	30 tabs/30 days	Zomig, Zomig ZMT	12 tabs (2 boxes)/30 days
Levquin	6 tabs/30/presc.	Revatio	90 tabs/30 days	Zostavax	Limited to 60 yrs and older
Lexapro	30 tabs/30 days	Risperdal 4mg	120 tabs/30 days	Zovirax ointment	30 grams (2 x 15 gm tubes)/30 days
Lialda	120 tabs/30 days	Risperdal all strengths except 4 mg	60 tabs/30 days	Zyflo CR	120 tabs/30 days
Lidoderm Patches	90 patches/30 days	Ritalin LA	60 capsules/30 days	Zylo CR	1 bottle/30 days
Lipitor	30 tabs/30 days	Rozalem	30 tabs/30 days	Zyprexa	30 tabs/30 days
Livalo	30 tabs/30 days	Rybit DDT	240 tabs/30 days	Zyvox	56 tabs/28 days
LoSeasonique	91 tabs/90 days	Ryzolt	30 tabs/30 days	Zytiga	120 tabs/30 days
Lotrel	30 tabs/30 days	Sabril	180 tabs/30 days		
		Safaryl	28 tabs/28 days		
		Samsca	60 tabs/30 days		

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

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

## MEMBER BILL OF RIGHTS

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

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

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

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

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

## EN ESPAÑOL

### INTRODUCCIÓN

Para la información más reciente de National Pharmaceutical Services® / Pharmaceutical Technologies, Inc.® (PTI®) formulario (el formulario), por favor consulte la información de formulario en nuestra página web [www.pti-nps.com](http://www.pti-nps.com). Este formulario incluye la mayoría, pero no todas, las clases terapéuticas de los medicamentos recetados y está sujeta a cambios en cualquier momento mediante la revisión por PTI. Nuestro Formulario Nacional se revisa cada trimestre por un comité de Farmacia y Terapéuticos (P&T). El formulario sólo se aplica a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios dispensados por las farmacias participantes. No se aplica a los medicamentos de hospitalización o medicamentos obtenidos a partir de y / o administrados por un médico. Toda la información en el formulario se proporciona como una referencia para la selección de la terapia de drogas. Los médicos y los farmacéuticos se les anima a revisar el formulario y utilizarlo cuando se prescriba para nuestros miembros. Esto es extremadamente importante, ya que benefician a un miembro de la receta se basa en medicamentos que se prescriben en el formulario. El formulario no pretende interferir con el juicio médico independiente que se basa en la relación médico-paciente. La elección final de selección de medicamentos específicos para un paciente individual depende únicamente del prescriptor. Productos en el formulario no incluye todas las concentraciones o formas de administración asociados con el producto de marca. Todos los medicamentos incluidos en el formulario no están necesariamente cubiertos por el plan de medicamentos recetados a cada miembro de beneficios sociales. **La inclusión de un medicamento en esta lista no implica la cobertura de todos los planes. La cobertura de los productos señalados estarán sujetos a las limitaciones del diseño del plan de beneficios de farmacia. Los miembros deben consultar a su manual de beneficios de medicamentos recetados o comuníquese con un representante de servicio al cliente para determinar la cobertura específica.**

## DESARROLLO DEL FORMULARIO DE DROGAS

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

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

## LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL

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

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

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

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

## CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PRODUCTOS

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

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

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

## FORMULARIO MEDIDAS PARA CONTROLAR

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

## MODIFICACIÓN / PREGUNTAS DEL FORMULARIO

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

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

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

## ALTERNATIVAS DEL FORMULARIO

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

## POLÍTICA DEL INTERCAMBIO TERAPÉUTICO (TI)

El uso de los programas de intercambio terapéutico como parte de un enfoque global de la calidad, la atención al paciente sea costo efectivo es recomendado. Intercambio terapéutico es la práctica de la sustitución, con la aprobación del médico que prescribe, un medicamento recetado originalmente previsto para un paciente con un medicamento recetado que es su equivalente terapéutico. Dos o más medicamentos se consideran terapéuticamente equivalentes si se puede esperar que producen niveles iguales de efectividad clínica y el sonido los resultados médicos de los pacientes. El intercambio terapéutico término debe distinguirse de la sustitución terapéutica plaza. sustitución terapéutica se ha definido como una práctica en la que el farmacéutico puede sustituir un medicamento por el farmacéutico cree tener un efecto similar terapéutica que el medicamento prescrito, sin la aprobación de su médico. Intercambio terapéutico implica la colaboración de los farmacéuticos y los prescriptores en el examen de los productos disponibles de drogas con efectos equivalentes terapéuticos con el fin de proporcionar a los pacientes con la más segura, más racional, y la mayoría de la terapia con medicamentos rentable. Intercambio terapéutico asegura que los prescriptores están informados sobre las opciones de tratamiento farmacológico. El médico tiene la autoridad para decidir sobre el tratamiento final del paciente. programas de intercambio terapéutico se rigen por las normas de prescripción clínica basada en que son revisados por el Comité P & T. Sin embargo, de intercambio terapéutico no siempre se trata de costos de los medicamentos más bajos. Intercambio terapéutico a menudo ocurre cuando un ahorro global de salud se puede lograr. Sustitución de un fármaco por otro más caro puede ocasionar fallas en el tratamiento menos, una mejor adherencia del paciente al plan de tratamiento y menos efectos secundarios. Tal uso eficiente de los recursos médicos ayuda a mantener los costos médicos hacia abajo, mejora el acceso del paciente a más cuidados de salud asequibles, y mejora la calidad del paciente de la vida. Intercambio terapéutico requiere la autorización del médico. Intercambio terapéutico requiere la evaluación de cada paciente antes de cambiar el orden de los medicamentos. Cuando sea posible, de intercambio terapéutico es prospectiva. Cuando intercambio terapéutico se lleva a cabo, es preferible dar el medicamento equivalente terapéutico antes de la primera dosis de la medicación prescrita. Realizar el intercambio terapéutico antes de la administración de la primera dosis al paciente mejora la eficiencia del programa y mejora la aceptación del paciente.

## POLÍTICA DE DROGAS GENÉRICAS

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

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

Se recuerda a los proveedores de los siguientes:

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

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

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

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

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

#### **MEDICAMENTOS EXPERIMENTADOS**

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

#### **PASTILLA PARA CORTAR**

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

#### **AUTORIZACIÓN PREVIA**

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

#### **MANTENIMIENTO Y MEDICAMENTOS SIN MANTENIMIENTO**

Beneficio de medicamentos recetados tarjeta de planes a menudo difieren en su diseño del plan. En algunos planes, los beneficios pueden variar dependiendo de si el medicamento es considerado como una enfermedad aguda o una medicación de mantenimiento. Su medicamento co-pago y la cantidad de medicamento que usted puede recibir en una receta puede variar dependiendo de la situación de los medicamentos. No Mantenimiento (aguda) Medicamentos: medicamentos aguda son medicamentos que se van a utilizar durante un corto período de tiempo. Esto puede incluir medicamentos que son administrados en una dosis de arranque. Una dosis inicial del medicamento es un medicamento que puede convertirse en un medicamento de mantenimiento en función de su nombre genérico y

la fuerza y no se ha obtenido en el período anterior de seis meses. Los medicamentos tales como antibióticos u otros agentes que se dan para curar o tratar una condición de la que se prevé la recuperación se consideran tratamientos curativos y se clasifican como medicamentos sin mantenimiento, o un medicamento a corto plazo. Mantenimiento de medicamentos: medicamentos de mantenimiento también se puede denominar como los medicamentos a largo plazo. El siguiente es el criterio que se utiliza para determinar si un medicamento es un medicamento de mantenimiento: a) La droga tiene una baja probabilidad de cambio de dosis o la terapia debido a efectos secundarios, el seguimiento de suero de concentración del fármaco, o la respuesta terapéutica a lo largo de un curso de tratamiento prolongado b) la utilización más frecuente de la droga es para tratar un estado de enfermedad crónica en un extremo de terapéutica no puede ser determinada. (Un medicamento puede tener una indicación para la terapia de mantenimiento, pero carece del código de mantenimiento con droga, si esa indicación no es el uso más común de la droga), c) El tratamiento con la droga no es considerada curativa o la promoción de la recuperación, y d) El medicamento se administra de forma continua y no intermitente. Los criterios antes mencionados se limitan al uso ambulatorio típico de una droga. Las formas de dosificación que no son prácticas para las grandes cantidades de dosificación (tales como líquidos) o de caducidad limitada citas son excluidos. Fármacos que se sabe de la toxicidad en peligro la vida cuando se toma en una dosis excesiva pueden ser excluidos. Los productos no-drogas y los medicamentos sin receta, con la excepción de la insulina (si está cubierto por el plan), son excluidos.

#### **NUEVOS MEDICAMENTOS INTRODUCIDOS AL MERCADO DE CONSUMO**

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

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

#### **TERAPIA DE PASO**

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

#### **LISTA DE LIMITACIÓN PARA DISPENSAR**

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

## MIEMBROS DE PROYECTO DE LEY DE DERECHOS

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

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

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

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

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

Therapeutic Class	First Tier Generics	Second Tier Preferred Brands	Third Tier Non-Preferred Brands			
<b>ACNE PRODUCTS</b> <i>Coverage Depends On Benefit Design</i>						
Non-Maintenance	Adapalene Amnesteem Avita Benzoyl Peroxide Benzoyl peroxide/ clindamycin Benzoyl peroxide/ erythromycin	Claravis Clindamycin Emgel Erythromycin Isotretinoin Metronidazole Minocycline ER Sulfacetamide Sodium Sulfur Tretinoin	Metrogel Topical 1%  Acanya Accutane Atralin Azelex Benzac Benzac AC Benzac Benzamycin Gel Benzashave 5 Brevoxyl	Cleocin Cleocin T Topical Desquam-X Differin Differin 0.3% Duac Gel Epiduo Klaron Metrocream Metro lotion	Noritrate Retin-A Solodyn Triaz Veltin	
<b>ALZHEIMER'S MEDICATIONS</b>						
Non-Maintenance	Donepezil Galantamine Galantamine ER	Rivastigmine Capsules	<b>Aricept 23 mg</b> Namenda Exelon Patches	Aricept Cognex Exelon Capsules	Razadyne Razadyne ER	
<b>ANAL/RECTAL PRODUCTS</b>						
Non-Maintenance	Hydrocortisone Pramoxine Hydrochloride			Analpram HC Anusol HC Cortenema	Cortifoam Proctocort Proctofoam	
<b>ANTI-ARRHYTHMIC (TO REGULATE HEART RHYTHM)</b>						
Maintenance	Amiodarone Disopyramide Flecainide Mexiletine Procainamide	Propafenone Quinidine Sotalol Sotalol AF	Tikosyn	Betapace Betapace AF Cordarone Multaq Norpace	Norpace CR Pacerone Rythmol Rythmol SR Tambacor	
<b>ANTIBIOTICS</b>						
Non-Maintenance	<b>Amoxicillin</b> <b>Amoxicillin / Clavulanate</b> Amoxicillin/ Clavulanate ER Ampicillin Azithromycin Cefaclor Cefadroxil Cefdinir Cefditoren Cefixime Cefpodoxime Cefprozil Cefuroxime Cephalexin Ciprofloxacin Clindamycin Clarithromycin Cloxacillin Dicloxacillin	<b>Doxycycline</b> Erythromycin Gentamicin Kanamycin Levofloxacin Methenamine <b>Metronidazole</b> <b>Minocycline</b> Neomycin Sulfate Nitrofurantoin Nystatin Ofloxacin <b>Penicillin</b> Rifampin <b>SMX/TMP</b> Sulfadiazine <b>Tetracycline</b> Tobramycin Totacillin Trimethoprim	Ketek Zmax	Amoxil Augmentin Augmentin XR Avelox Bactrim Bactrim DS Biaxin Biaxin XL Ceclor Ceclor CD Cedax Ceftin <b>Cefzil</b> Cipro Cipro Cystitis Cipro XR Cleocin Declomycin Dificid Doryx Duricef	E.E.S. Eimiron Flagyl Flagyl ER Floxin Furadantin Hiprex Keflex Levaquin Lincocin Macrobid Macrodantin Minocin Monodox Monurol Moxatag Noroxin Omnicef PCE PrimsoL Spectracef	Septra Tefaro Tindamax Tobi Vancocin Vantin Vibratab Xifaxan Z-Pak <b>Zithromax</b> Zyvox
<b>ANTIBIOTICS-TOPICAL</b>						
Non-Maintenance	Bacitracin Gentamicin Ketoconazole foam	Mupirocin Polymyxin B	Akne-Mycin Cortisporin	Altabax Bactroban Extina		
<b>ANTICONVULSANTS</b>						
Maintenance (all suspension forms are non-maintenance)	Carbamazepine Carbamazepine ER <b>Clonazepam</b> <b>Diazepam</b> Divalproex Divalproex ER Ethosuximide Gabapentin Lamotrigine Levetiracetam	Oxcarbazepine Phenelzine Phenobarbital Phenytoin Primidone Tiagabine Topiramate Valproate Sodium Valproic Acid Zonisamide	Dilantin Felbatol Gabitril Lyrica Tegretol Tegretol XR	Banzel Carbatrol Cerebyx Depakene Depakote Depakote ER Equetrol Keppra Keppra XR Klonopin	Lamictal Lamictal ODT Lamictal XR Mysoline <b>Neurontin</b> Phenytek Sabril Stavzor <b>Topamax</b> Trileptal	Vimpat Zarontin Zonegran
Non-Maintenance	Ethosuximide Suspension Phenytoin Suspension Valproic Acid Suspension		Diastat			
<b>ANTIDEPRESSANTS</b>						
Maintenance	<b>Amitriptyline</b> Amoxapine Bupropion, SR, XL Citalopram Clomipramine Chlordiazepoxide/ Amitriptyline Desipramine Doxepin Escitalopram <b>Fluoxetine</b> Fluvoxamine Imipramine	Maprotiline Mirtazapine Nefazodone Nortriptyline Paroxetine Paroxetine ER Perphenazine/ Amitriptyline Sertraline Tranylcypromine <b>Trazodone</b> Venlafaxine Venlafaxine ER	Cymbalta Pristiq	Anafranil Aplenzin <b>Celexa</b> <b>Effexor</b> Effexor XR Emsam Lexapro Luvox CR Marplan Nardil Norpramin Oleptro Pamelor Parnate	<b>Paxil</b> Paxil CR Prozac Prozac Wkly <b>Remeron</b> Remeron Sol Tab Sarafen Surmontil Tofranil Tofranil PM Viibryd Vivactil Wellbutrin	Wellbutrin SR Wellbutrin XL <b>Zoloft</b>
<b>ANTIDIARRHEALS</b>						
Non-Maintenance	Diphenoxylate/ Atropine Lodox	Loperamide Paregoric		Alinia Imodium Lomotil	Motofen Xifaxan	

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

Therapeutic Class	First Tier Generics	Second Tier Preferred Brands	Third Tier Non-Preferred Brands
<b>ANTIEMETICS (FOR NAUSEA AND/OR VOMITING)</b>			
Non-Maintenance	Dolasetron Granisetron <b>Meclizine</b> Ondansetron Prochlorperazine Promethazine	Trimethobenzamide	Antivert Anzemet Emend Kytril Marinol Medivert Phenergan Zancuso Scopace Tigan Transderm Scop Zofran Zofran ODT Zuplenz
<b>ANTIFUNGALS</b>			
Non-Maintenance	Amphotericin B Fluconazole Griseofulvin Itraconazole Ketoconazole	Nystatin Voriconazole	Amphotec Ancobon Bio-Statin Diflucan Fulvicin Fulvicin U/F Grifulvin Gris-Peg Lamisil Nizoral Noxafil Oravig Sporanox Sporanox Pulse Pak Vfend
<b>ANTIFUNGALS - TOPICAL</b>			
Non-Maintenance	Ciclopirox Clotrimazole Clotrimazole/ Betamethasone Econazole Iodoquinol Ketoconazole	Miconazole Nystatin Nystatin/ Triamcinolone Terbinafine	Exelderm Fungoid Tincture Lamisil Loprox Lotrimine Lotrisone Mentax Naftin Nizoral Oxistat Penlac Nail Lacquer
<b>ANTI PSYCHOTICS</b>			
Maintenance	Chlorpromazine Clozapine Fluphenazine Haloperidol Lithium Loxapine Olanzapine Olanzapine/ Fluoxetine Perphenazine Perphenazine/ Amitriptyline	Quetiapine fumarate Risperidone Risperidone ODT Thioridazine Thiothixene Trifluoperazine Trimipramine Ziprasidone	Geodon Orap Abilify Clozaril Compazine Fanapt Fazaclor Haldol Invega Invega Sustenna Invega ER Latuda Lithobid Loxitane Moban Navane <b>Risperdal</b> Risperdal M Risperdal Consta Saphris Seroquel Seroquel XR Symbyax Zyprexa Zyprexa Relprevv Zyprexa Zydis
<b>ANTIVIRALS</b>			
Maintenance	<b>Acyclovir</b> Amantadine Didanosine Famciclovir Ganciclovir Lamivudine/zidovudine Rimantadine Stavudine Valacyclovir Zidovudine	Aptivus Atripla Combivir Complera Crixivan Edurant Emtriva Epivir Epivir HBV Epzicom Fuzeon Intelence Invirase Isentress Kaletra Lexiva	Norvir Prezista Rescriptor Reyataz Selzentry Sustiva Tamiflu Trizivir Truvada Videx Viracept Viramune Virad Ziagen Zovirax Cream/Oint. Cytovene Denavir Topical Famvir Flumadine Relenza Diskhaler Retrovir Valtrex Victrelis Xerese topical Zerit Zovirax Tablets/Capsules
<b>ASTHMA/COPD INHALERS AND NEBULIZER SOLUTIONS</b>			
Non-Maintenance	Albuterol Metaproterenol	Ventolin HFA	Proair HFA Proventil HFA Xopenex Xopenex HFA
Maintenance	Budesonide Cromolyn Sodium Ipratropium Bromide Ipratropium/Albuterol	Advair Diskus Atrovent HFA Flovent HFA Pulmicort Qvar	Serevent Spiriva Symbicort Alvesco Arcapta Asmanex Brovana Combivent RespiMat Dulera Foradil Perforomist
<b>ASTHMA/COPD - ORAL MEDICATIONS</b>			
Maintenance	Albuterol Aminophylline Dyphylline Metaproterenol	Terbutaline Theophylline Zafirlukast	Singulair Accolate Alupent Tablets Daliresp Lufyllin Theo-24 Uniphyll Zyflo CR
<b>BLOOD MODIFIERS</b>			
Non-Maintenance	Enoxaparin Heparin	<b>Warfarin</b>	<b>Coumadin</b> Arixtra Fragmin Innohep Lovenox
Maintenance	Anagrelide Cilostazol Dipyridamole	Pentoxifylline Ticlopidine	Aggrenox Effient Plavix Pradaxa Xarelto Agrylin Amicar Brilinta Pletal Trental
<b>CHOLESTEROL LOWERING AGENTS - STATINS</b>			
Maintenance	<b>Amlodipine/ atorvastatin Atorvastatin</b>	<b>Lovastatin Pravastatin Simvastatin</b>	<b>Crestor Livalo</b> Advicor Altoprev Lescol Lescol XL Lipitor Mevacor Pravachol Vytorin Zocor
<b>CHOLESTEROL LOWERING AGENTS - OTHER</b>			
	Colestipol Cholestyramine Gemfibrozil	Prevalite	<b>Tricor</b> Trilipix Lovaza Niaspan Simcor Antara Colestid Fibricor Lipofen Lofibra Lopid Triglide Welchol Zetia

Therapeutic Class	First Tier Generics	Second Tier Preferred Brands	Third Tier Non-Preferred Brands			
<b>CONTRACEPTIVES (BIRTH CONTROL) Coverage Depends On Benefit Design</b>						
Maintenance	Amethyst Apri Aranelle Aviane Balziva Camila Cryselle Enpresse Errin Gianvi Jolessa Janel Kariva Kelnor Lessina Levora Low-Ogestrel Lutera Microgestin Norel Ocella	Ogestrel Portia Previfem Reclipsen Sprintec Tilia FE Tri-Legest FE Tri-lo Sprintec Tri-Previfen-M Tri-Sprintec Trivora Velivet Zeosa Zovia	Loestrin FE 24 Ovcon 50  Alesse Angeliq Beyaz Brevicon Cesia Cyclessa Desogen Estrostep FE Femcon FE Jolivet Leena Lo/Ovral Lo-Seasonique Loestrin Lybrel Miracette Modicon Mononessa Natazia Necor Nor-Be Nordette	Norinyl Nor-QD Nuva Ring Ortho-Cept Ortho-Cyclen Ortho-EVRA Ortho-Micron Ortho-Novum 1/35 Ortho-Novum 1/50 Ortho-Novum 10/11 Ortho-Novum 7/7/7 OrthoTriCyclen Ortho TriCyclen Lo Ovcon 35 Seasonale Seasonique Solia Trinessa Tri-Norinyl Yasmin Yaz		
<b>CORTICOSTEROIDS - ORAL</b>						
Non-Maintenance	Cortisone Acetate Dexamethasone Hydrocortisone Methylprednisolone	Prednisolone <b>Prednisone</b> Triamcinolone	Aristocort Celestone Cortef Cortone Acetate	Decadron Dexamethasone Intensol Liquid Pred	Medrol Pediapred Prednisone Solution Prelone	
<b>CORTICOSTEROIDS - TOPICAL (FOR RASH, INFLAMMATION)</b>						
Non-Maintenance	Alclometasone Amcinonide Betamethasone Desonide Desoximetasone Diflorasone Diacetate Fluocinonide	Fluticasone Halobetasol Hydrocortisone Mometasone Pramoxine Prednicarbate Triamcinolone	Aclovate Cloderm Cordran Cordran Tape Cutivate Derma- Smoother/FS Dermatop Desonate Desowen Ultraprene	Elocon Halog Kenalog Spray Locoid Luxiq Olux-E Pandel Temovate Texacort Topicort Ultravate	Vanos Westcort	
<b>COUGH/COLD/ALLERGY PRODUCTS</b>						
Non-Maintenance	Generic Cough/Cold/Allergy Combination Products		Allerx Allifen DM Allifen Anaplex DM Anaplex HD Aquateb Atuss Broncholate Brontex Dallergy Deconamine Deconsal II Donatussin Syrup Entex Liquibid-D Lodrane Maxifed Nalex-A Nalex-DH Norel Nucofed	Palgic Phenergan Prolex D Prolex DM, DH Respire-60 Rynatan Semprex-D Tussionex Tussi- Organidin		
<b>DIABETIC ORAL AGENTS</b>						
Maintenance	Acarbose Chlorpropamide Fexofenadine/PSE Glimepiride <b>Glipizide</b> Glipizide/ Metformin <b>Glyburide</b> Glyburide/ Metformin Glyburide, Micronized	<b>Metformin</b> Nateglimide Rosiglitazone Rosiglitazone/ metformin- rosiglitazone/ glimepiride Tolazamide Tolbutamide	Actoplus-met <b>Actos</b> Duetact Glyset Janumet Januvia Juvinsync	<b>Amaryl</b> Avandamet Avandaryl <b>Avandia</b> DiaBeta Fortamet Glucophage Glucophage XR	Glucotrol XL <b>Glucovance</b> Glyname Kombiglyze XR Metaglip Onglyza Prandin	Prandimet Precose Proglycem (non-maint.) Starlix Tradjenta
<b>DIABETIC SUPPLIES (Meters, Test Strips)</b>						
Non-Maintenance		FreeStyle Lite FreeStyle Freedom Lite Precision Xtra				
<b>DIGESTANTS</b>						
Maintenance		Creon Ultras MT Viokase	Pancreaze Zenpep			

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

Therapeutic Class	First Tier Generics	Second Tier Preferred Brands	Third Tier Non-Preferred Brands			
<b>DIURETICS (Water Pills)</b>						
Maintenance	Acetazolamide Acetazolamide ER Amiloride/HCTZ Bumetanide Chlorothiazide Chlorothiazide/ HCTZ Chlorthalidone Furosemide Hydrochlorothiazide	Indapamide Metolazone Methyclothiazide <b>Spirolactone</b> Spirolactone/ HCTZ Torsemide Triamterene/ Triamterene/ HCTZ	Alactazone Aldactone Amiloride Capozide Demadex Diamox Sequel Cap Diuril Suspension Diuril Tablet	Dyazide Dyrenium Edecrin Lasix Maxidex Midamor Zaroxolyn		
<b>ECZEMA/PSORIASIS MEDICATIONS</b>						
Non-Maintenance	Anthralin Calcipotriene Solution	Selenium Sulfide Tazarotene	Dovonex Cream/Ointment Soriatane	Altanax Dithrocreme HP Dovonex Solution Dritho-Scalp	Taclonex Tazorac Sorilux Vectical	
<b>ERECTILE DYSFUNCTION (Impotency) Coverage Depends On Benefit Design</b>						
Non-Maintenance	Alprostadil Sildenafil citrate	Yohimbine	<b>Viagra</b> <b>Cialis</b>	Caverject Edex Levitra	Muse Staxyn	
<b>GASTROINTESTINAL (HEARTBURN, ULCERS) Coverage Depends On Benefit Design</b>						
Maintenance	Cimetidine Dicyclomine Famotidine Lansoprazole Misoprostol Nizatidine Omeprazole	Omeprazole/ Bicarbonate OTC Prilosec Pantoprazole Ranitidine Sucralfate	Nexium	Aciphex Acid Bentyl Carafate Cytotec Helidac	Kapixed Metozolv ODT Pepcid Prevacid Prevpac	Prilosec Protonix Tagamet Zantac Zegerid
<b>GASTROINTESTINAL MISC PRODUCTS</b>						
Non-Maintenance	Clidinium Bromide Dicyclomine Glycopyrrolate Hyoscyamine	<b>Metoclopramide</b> Propantheline Bromide Scopolamine	Pylera	Amitiza Bentyl Cantil Difidid Donnatal	Levsin Pamine Reglan Robinul Sal-Tropine	
<b>GOUT MEDICATIONS</b>						
Maintenance	<b>Allopurinol</b> Colchicine/ Probenecid	Probenecid Sulfapyrazone		Krystexxa Uloric Zyloprim		
Non-Maintenance	Colchicine			Colcrys		
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ACE INHIBITORS</b>						
Maintenance	Benazepril <b>Captopril</b> Enalapril Fosinopril Lisinopril	Moexipril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril		<b>Accupril</b> <b>Aceon</b> Altace Capoten	Lotensin Mavik <b>Monopril</b> Prinivil	Univase Vasotec Zestril
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ACE INHIBITORS + DIURETIC</b>						
Maintenance	Benazepril/ HCTZ Captopril/HCTZ Enalapril/HCTZ	Fosinopril/HCTZ Lisinopril/HCTZ Moexipril/HCTZ Quinapril/HCTZ		Accuretic Capozide Lotensin HCT	Prinzide Uniretic Vaseretic	Zestoretic
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST (ARB)</b>						
Maintenance	Irbesartan	Losartan	<b>Diovan</b>	<b>Atacand</b> Avapro Benicar	<b>Cozaar</b> Edarbi Micardis	Teveten
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST (ARB) + CALCIUM CHANNEL BLOCKER</b>						
Maintenance			Exforge	Azor	Twynsta	
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ARB + DIURETIC</b>						
Maintenance	Irbesartan/HCTZ	Losartan/HCTZ	<b>Diovan HCT</b>	Atacand HCT Avalide	Benicar HCT Hyzaar	Micardis HCT Teveten HCT
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: CALCIUM CHANNEL BLOCKERS</b>						
Maintenance	Amlodipine Cartia XT Diltia XT <b>Diltiazem</b> Felodipine Isradipine Nicardipine	Nifedipine Nifedipine ER Nimodipine Nisoldipine Nisoldipine ER <b>Verapamil</b> Verapamil ER	<b>Caduet</b>	Adalat Calan Cardene SR Cardizem Cardizem CD Cardizem LA Covera-HS	Dilacor XR Dynacirc CR Isoptin Nimotop <b>Novasec</b> Procardia XL Sular	Verelan PM
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ACE-INHIBITOR + CALCIUM CHANNEL BLOCKER</b>						
Maintenance	Amlodipine/Benazepril Trandolapril/Verapamil		Tarka	Lotrel		
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: BETA-BLOCKERS</b>						
Maintenance	Acebutolol <b>Atenolol</b> Betaxolol Bisoprolol Carvedilol <b>Labetalol</b>	Metoprolol, XL <b>Nadolol</b> Pindolol <b>Propranolol, XL</b> Sotalol Timolol	Coreg CR	Betapace Bystolic <b>Coreg</b> Coregard Inderal Inderal LA	Innopran XL Kerlone Levotal Lopressor Sectral Tenormin	Trandate <b>Toprol XL</b> Zebeta
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: BETA-BLOCKERS + DIURETIC</b>						
Maintenance	Atenolol/ chlorthalidone Bisoprolol/ HCTZ	Metoprolol/ HCTZ Propranolol/ HCTZ		Lopressor HCT Tenoretic Ziac		

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

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



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

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

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

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

ARIXTRA  
ENOXAPARIN  
FRAGMIN  
HEPARIN SODIUM  
INNOHEP  
LOVENOX

**ANTINEOPLASTICS**

METHOTREXATE SODIUM

**ASSORTED CLASSES**

ABSTRAL  
ACTIQ  
FENTORA  
LEVAQUIN  
ONSOLIS  
SABRIL (LD)  
VALCYTE  
ZYVOX

**ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.**

ARELIA  
FEMARA  
PAMIDRONATE DISODIUM

**GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.**

REMICADE

**HEMATOPOIETIC AGENTS**

CYANOCOBALAMIN  
CYANOJECT  
HYDROBEXAN  
HYDROXOCOBALAMIN  
VITAMIN B-12  
SHOVITE

**HEMOSTATICS**

CYKLOKAPRON

**MIGRAINE PRODUCTS**

DIHYDROERGOTAMINE MESYLATE

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

TOBI

**ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS**

XOLAIR

**ANTIDOTES**

DEFEROXAMINE  
DEXRAZOXANE  
EXJADE (LD)  
MESNEX  
TOTECT

**ANTINEOPLASTICS**

ABRAXANE	DACOGEN	IDAMYCIN PFS	NIPENT	TICE BCG
ACTIMMUNE	DAUNORUBICIN	IDARUBICIN HCL	NOVANTRONE	TOPOSAR
ADCETRIS	DAUNOXOME	IFEX	OFORTA	TORISEL
ADRIAMYCIN	DEPOCYT	IFEX/MESNEA	ONCASPAR	TRELSTAR DEPOT
ADRUCLIF	DOXIL	IFOSFAMIDE	ONTAK	TRELSTAR LA
AFINITOR	DOXORUBICIN	IFOSFAMIDE/MESNA	ONXOL	TRENTINOIN
ALFERON N	DTIC-DOME IV	INTRON-A	OXALIPLATIN	TREXALL
ALIMTA	ELLENC	IRESSA (LD)	OXSORALEN ULTRA	TRISENOX
ALKERAN	ELIGARD	ISTODAX	PACLITAXEL	TYKERR
ARIMIDEX	ELOXATIN	IXEMPRA	PANRETIN	VALSTAR
AROMASIN	ELSPAR	JEVTANA	PARAPLATIN	VANTAS
ARIPYRIDOL	EMCYT	LETRZOLE	PARAFRIN	VANDETANIB
ARZERRA	EPIRUBICIN HCL	LEUCOVORIN	PROLEUKIN	VECTIBIX
AVASTIN	ERBUTIX	LEUKERAN	PROVENGE	VELCADE
BICNU	ETHYOL	LEUKINE	PURINETHOL	VESANOID
BLENOXANE	ETOPOPHOS	LEUPROLIDE ACETATE	RITUXAN	VIDAZA
BLEOMYCIN SULFATE	ETOPOSID	LEUSTATIN	SPRYCEL	VINBLASTINE SULFATE
BUSULFEX	FARESTON	LUPRON DEPOT	SUTENT	VINCRIStINE SULFATE
CAMPATH	FASLODEX	LYSODREN	TALBOLD	VINORELBINE TARTRATE
CAMPOTOSAR	FIRMAGON	MATULANE	TAXOL	VOTRIENT
CAPRELSA (LD)	FLOXURIDINE	MELPHALAN HCL	TAXOTERE	VUMON
CARBOPLATIN	FLUDARA	MESNA	TARABINE PFS	XALKORI (LD)
CASODEX	FLUDARABINE SULFATE	MITOMYCIN	TARCEVA	XELODA
CERUBIDINE	FUDR	MITOXANTRONE HCL	TARGRETIN	YERVOY
CLADRIBINE	GEMZAR	MUSTARGEN	TASIGNA	ZANOSAR
CLOLAR	GLEEVEC	MUTAMYCIN	TAXOL	ZELBORAF (LD)
COSMEGEN	HALAVEN	MYLERAN	TAXOTERE	ZEVALIN
CYCLOPHOSPHAMIDE	HERCEPTIN	MYLOTARG	TEMODAR	ZINCARD
CYTARABINE	HEXALEN	NAVELBINE	TERACYS	ZOLADEX
CEENU	HYCAMTIN	NEXAVAR (LD)	THIOTEPA	ZOLINZA
DACARBAZINE	HYDREA	NILANDRON	THYROGEN	ZORTRESS

**ANTIPARKINSON AGENTS**

APOKYN (LD)

**ANTIPSYCHOTIC AGENTS**

GEODON  
RELPREVV  
RISPERDAL CONSTA  
ZYPREXA INJ

**ANTIVIRALS**

APTIVUS	HEPAGAM	PEG-INTRON	TRUVADA
ATRIPLA	HEPSERA	REBETOL	TYZEKA
BARACLUDE	HYPERHEP B S-D	RESCRIPTOR	VICTRELIS
BAYHEP B	HYPERRAB S-D	RETROVIR IV	VIDEX
COMBIVIR	INCIVEK	REYATAZ	VIDEX EC
COMPLERA	INFERGEN	RIBAPAK	VIRACEPT
COPEGUS	INVIRASE	RIBASPHERE	VIRAMUNE
CRIVIAN	ISENTRESS	RIBATAB	VIRAMUNE XR
DIDANOSINE	ISLENCE	ROFODAR	VIREAD
EDURANT	KALETRA	ROFERON-A	ZERIT
EMTRIVA	LEXIVA	SELZENTRY	ZIAGEN
EPIVIR	NABI-HB	SIMULECT	ZIDOVUDINE
EPIVIR HBV	NORVIR	STAVUDINE	
EPZICOM	PEGASYS	SUSTIVA	
FUZEON	PREZISTA	TRIZIVIR	

**ASSORTED CLASSES**

ADAGEN	CYCLOSPORINE	MAKENA	PROLIA	VIVITROL
ALOXI	DESFERAL	MOZOLAL	RAPAMUNE	XEOMIN
AMBISOME	DYSPORT	MYCOPHENOLATE	REVLIMID	XIAFLEX
ANZEMET	ELAPRASE	MYFORTIC	SANDIMMUNE	XGEVA
ARCALYST (LD)	GENGRAF	MYOZYME	SUCRAID (LD)	XYREM (LD)
ATGAM	ILARIS (LD)	NEORAL	SOLIRIS	ZEMPLAR
BENLYSTA	IMITREX INJ	NULOJIX	SYLATRON	ZENAPAX
BICILLIN	KRYSTEXXA	ORTHOCLONE-OKT3	TACROLIMUS	ZYVOX
CAVERJECT	LEVAQUIN	PRIALT	THALOMID	
CUVPOSA	LUMIZYME	PROGRAF	VANCOMYCIN	

**BIOLOGICS**

ACTEMRA	KINERET
ENBRELE	MYOCHRYYSINE
EXTAVIA	ORENCIA
GILENYA	SIMPONI
HUMIRA	

**CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.**

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

**CYSTIC FIBROSIS AGENTS**

CAYSTON (LD)

**DERMATOLOGICALS**

AMEVIVE  
OUTENZA  
SORIATANE  
STELARA

**ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.**

ADAGEN	DEPOESTRODIOL	IPLEX	PLENAXIS	STIMATE
ALDURAZYME	DEPO PROVERA	KALBITOR (LD)	PROMACTA	SUPARTZ
AREDIA	DEPOTESTOSTERONE	KUVAN	PROPREXT	SUPPRELIN LA
BONIVA	DESMOPRESSIN	LUVERIS	RECLAST	SYNAREL
CALCIMAR	ACETATE	MIACALCIN	REFACTO	SYNVISC
CALCITONIN	EGRIFTA	MIRENA	REFLUDAN	TEV-TROPIN
CALCITRIOL	ELITEK	NAGLAZYME	SAIZEN	VIADUR
CARBAGLU (LD)	EUFLEXXA	NORDITROPIN	SAMSCA	VPRIV
CERAZOLE	FABRAZYME	NPLATE	SANDOSTATIN	ZAVESCA (LD)
CEREZYME	FORTEO	NUTROPIN	SANDOSTATIN	ZOMETA
CRINONE	GENOTROPIN	NUTROPIN AQ	LAR DEPOT	ZORBTIVE
CYSTADANE	GEREF	OCTREOTIDE ACETATE	SENSIPAR	ZYTIGA
DDAVP	HUMATROPE	OMNITROPE	SEROSTIM	
DEGARELIX	HYALGAN	ORFADIN (LD)	SOMATULINE	
DELASTERYL	INCRELEX (LD)	ORTHOVISC	SOMAVERT (LD)	

**GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.**

CHENODAL (LD)  
CIMZIA  
EMEND  
RELISTOR

**HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.**

ADVATE	BENEFIX	HUMATE-P	NOVOSEVEN RT	RHOAM
ALBUMIN HUMAN	BERINERT	HYPERRHO S-D	PANHEMATIN	PHOPHYLAC
ALBUMINAR	BUMINATE	HYATE:C	PLAS/SD GROUP B	RIASTAP
ALBUMIN-ZLB	CINRYZE	IPRIVASK	PLASBUMIN	THROMBATE III
ALBUTEIN	FACTOR VIII	KOATE-DVI	PLASMANATE	WINRHO
ALPHANATE	FEIBA VH IMMUNO	KOGENATE FS	PLASMA PLEX	XYNTHA
ALPHANINE SD	FLEXBUMIN	MICRHOGAM	PLASMASTEIN	WILATE
ARALAST (LD)	GLASSIA (LD)	MONARC-M	PROFILINNE SD	ZEMAIRA
ATRYN	HELIXATE FS	MONOCLATE-P	PROLASTIN (LD)	
AUTOPLEXT	HEMOFIL M	MONONINE	PROTENATE	
BEBULIN VH	HUMAN ALBUMIN	NOVOSEVEN	RECOMBINATE	

**HEMATOPOIETIC AGENTS**

ARANESP  
EPOGEN  
NEULASTA

NEUMEGA  
NEUPOGEN  
PROCRIT

**HEMOSTATICS**

AMICAR  
AMINOCAPROIC ACID

**INFERTILITY AGENTS**

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

**INTRA-OCULAR AGENTS**

LUCENTIS  
MACUGEN  
OZURDEX  
PROVISC  
RETISERT  
VISUDYNE  
VITRASERT

**IVIG**

BAYGAM  
CARIMUNE  
CELLCEPT  
CYTOGAM  
FLEBOGAMMA  
GAMASTAN  
GAMMAGARD S/D  
GAMMAPLEX  
GAMMAR PIV

GAMUNEX  
HYZENTRA  
IVEEGAM EN  
OCTAGAM  
POLYGAM S/D  
PRIVIGEN  
THYMOGLOBULIN  
VENOGLOBULIN S  
VIVAGLOBIN

**PASSIVE IMMUNIZING AGENTS**

RESPIGAM  
SYNAGIS

**NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.**

ACTHAR HP  
AMPYRA (LD)  
AVONEX  
BETASERON  
BOTOX  
COPAXONE

EXTAVIA  
MYOBLOC  
REBIF  
RILUTEK  
TYSABRI  
XENAZINE (LD)

**RESPIRATORY AGENTS - MISC.**

PULMOZYME

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

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

## PREFERRED DRUG LIST MEDICATIONS

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

Actonel	Crixivan	Janumet	Serevent
Actoplus-met	Cymbalta	Januvia	Simcor
Actos	Detrol	Juvisync	Singulair
Advair Diskus	Detrol LA	Kaletra	Soriatane
Aggrenox	Diastat	Ketek	Spiriva
Akne-Mycin	Dilantin	Lanoxin	Stalevo
Alamast	Diovan	Lantus	Strattera
Alocril	Diovan HCT	Levemir	Sustiva
Alomide	Dovonex Cream/Oint.	Levoxyl	Symbicort
Alora	Duetact	Lexiva	Synthroid
Alrex	Edurant	Livalo	Tamiflu
Amturnide	Effient	Lodosyn	Tarka
Androgel	Emtriva	Loestrin FE 24	Tasmar
Apidra	Enablex	Lotemax	Tegretol
Aptivus	Epivir	Lovaza	Tegretol XR
Aricept 23mg	Epivir HBV	Lyrica	Tekamlo
Asacol	Epzicom	Metrogel Topical 1%	Tekturna
Atripla	Estring	Namenda	Tekturna HCT
Atrovent HFA	Evista	Nexium	Tikosyn
AVC	Exelon Patches	Niaspan	Tobradex Oint.
Avodart	Exforge	Norvir	Toviaz
Axiron	Exforge HCT	Orap	Treximet
Azopt	Felbatol	Ovcon 50	Tricor
Betoptic S	Femhrt 0.5/2.5	Oxycontin	Trilipix
Boniva Monthly	Flarex	Plavix	Trizivir
Canasa	Flovent	Pradaxa	Truvada
Celebrex	FML Forte	Pramotic	Ultrase MT
Cenestin	FML S	Precision Xtra	Valturna
Cerumenex	FML SOP	Prefest	Ventolin HFA
Cialis	Forteo	Premarin	Veramyst
Cipro HC	Freestyle Light	Premphase	Vesicare
Ciprodex	Freestyle Freedom Light	Prempro	Viagra
Cleocin Vaginal	Fuzeon	Prezista	Videx
Coly-Mycin-S	Gabitril	Pristiq	Viokase
Combipatch	Geodon	Prometrium	Viracept
Combivir	Glyset	Provigil	Viramune
Complera	Gynodiol	Pulmicort	Viread
Comtan	Humalog	Pylera	Vivelle - Dot
Coreg CR	Humulin	Qvar	Xarelto
Cortisporin	Humulin 70/30	Ranexa	Ziagen
Cortisporin TC	Humulin N	Relpax	Zmax
Coumadin	Humulin R	Requip XL	Zovirax Cream/Oint.
Creon	Intelence	Rescriptor	
Crestor	Invirase	Reyataz	
Cresylate	Isentress	Rhinocort Aqua	
Crinone	Jalyn	Selzentry	



National Pharmaceutical Services®  
A Division of Pharmaceutical  
Technologies, Inc.®

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

[www.pti-nps.com](http://www.pti-nps.com)