

Inter Valley Health Plan FOCUS SNP (HMO)

FORMULARIO COMPLETO DE 2010 (Lista de medicamentos cubiertos)



POR FAVOR LEA:
Este documento
contiene
información sobre
los medicamentos
que cubrimos en
estos planes.

**NOTA PARA
NUESTROS
MIEMBROS:** Este
formulario ha
cambiado desde el año
pasado. Por favor, revise este
documento para asegurarse de que
todavía contiene los medicamentos que usted toma.



Inter Valley Health Plan

Para la salud. No para ganar.

Medicare^{Rx}
Prescription Drug Coverage ^{Rx}

ÍNDICE

¿Qué es el formulario de Inter Valley Health Plan?	página 2
¿Puede cambiar el formulario?	página 2
¿Cómo utilizo el formulario?	página 3
¿Qué son los medicamentos genéricos?	página 3
¿Hay alguna restricción en mi cobertura?.	página 3
¿Qué ocurre si mi medicamento no está en el formulario?	página 4
¿Cómo pido una excepción al formulario de Inter Valley Health Plan?.	página 4
¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico respecto a cambiar de medicamentos o solicitar una excepción?.	página 5
Para obtener más información.	página 6
Copagos del plan Focus SNP de Inter Valley Health Plan.	página 7
Formulario (Lista de medicamentos cubiertos).	página 8
Medicamentos que requieren autorización previa	página 51
Medicamentos con límites en la cantidad.	página 53
Medicamentos que requieren tratamientos en pasos	página 56
Índice de medicamentos.	página 57

¿Qué es el formulario de Inter Valley Health Plan?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos que Inter Valley Health Plan seleccionó en consulta con un equipo de proveedores de atención de la salud, el cual representa los tratamientos farmacológicos que son considerados una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Inter Valley Health Plan generalmente cubrirá los medicamentos que se listan en nuestro formulario, siempre que estos sean médicamente necesarios, que se expendan en farmacias de la red de Inter Valley Health Plan y que se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte su Evidencia de Cobertura.

¿Puede cambiar el formulario?

En general, si usted toma un medicamento que figura en nuestro formulario de 2010, el cual estaba cubierto al comienzo del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2010, excepto si aparece un medicamento genérico nuevo y menos costoso o si se da a conocer información adversa sobre la seguridad o eficacia del medicamento. Otros tipos de cambios al formulario, como retirar un medicamento de esta lista, no afectarán a los miembros que actualmente toman el medicamento. Para aquellos miembros que toman ese medicamento éste continuará estando disponible con el mismo costo compartido por lo que resta del año de cobertura. Creemos que es importante que tenga acceso continuo durante el resto del año de cobertura a los medicamentos del formulario que estaban disponibles cuando eligió nuestro plan, excepto en los casos en que puede ahorrar más dinero o en que debemos asegurarnos de mantener su seguridad.



Si retiramos medicamentos de nuestro formulario; añadimos requisitos de autorización previa, límites en las cantidades o restricciones del tratamiento en pasos en un medicamento; o transferimos un medicamento a un nivel de costo compartido mayor, debemos notificar el cambio a los miembros afectados por lo menos 60 días antes de que el cambio entre en efecto, o en el momento en que el miembro solicita una reposición del medicamento, momento en que el miembro recibirá un suministro del medicamento para 60 días. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro, o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, retiraremos el medicamento de nuestro formulario inmediatamente y notificaremos a los miembros que lo toman. El formulario que se incluye está vigente desde octubre del 2009. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Inter Valley Health Plan, visite nuestro sitio Web en www.ivhp.com/ivhp/partd.asp. o llame al Servicio de Farmacia al Cliente al 800-523-3142, de 7:30 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deberán llamar al 800-505-7150. Inter Valley Health Plan proporciona actualizaciones

del formulario en nuestro boletín trimestral *InterView*, o en nuestro sitio Web en www.ivhp.com/ivhp.partd.asp.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos maneras para encontrar su medicamento en el formulario:

Por afección médica

El formulario comienza en la página 9. Los medicamentos de este formulario están agrupados en categorías, dependiendo del tipo de afecciones médicas que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se utilizan para tratar una afección cardíaca se listan bajo la categoría "Medicamentos cardiovasculares". Si usted sabe para qué se utiliza su medicamento, busque la categoría en la lista que comienza en la página 9. Luego busque el medicamento en esa categoría.

Listado por orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría debe buscar, busque su medicamento en el Índice que comienza en la página 57. El Índice contiene una lista en orden alfabético de todos los medicamentos que están incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos están enumerados en el Índice. Busque su medicamento en el Índice. Al lado del medicamento verá el número de página en donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página indicada en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Inter Valley Health Plan cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

Autorización previa: Inter Valley Health Plan requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará obtener la aprobación de Inter Valley Health Plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene la autorización, Inter Valley Health Plan podría no cubrir el medicamento.

Límites en la cantidad: Para ciertos medicamentos, Inter Valley Health Plan limita la cantidad de medicamento que el plan cubre. Por ejemplo, para el medicamento Lipitor Inter Valley Health Plan proporciona 31 comprimidos por receta. Esto podría ser además del suministro común para un mes o para tres meses.



Tratamiento en pasos: En algunos casos, Inter Valley Health Plan requiere que usted primero pruebe un medicamento para tratar su afección antes de que el plan cubra otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección, Inter Valley Health Plan podría no cubrir el medicamento B a menos que usted primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no le da resultado, Inter Valley Health Plan cubrirá el medicamento B.

En el formulario que comienza en la página 9 puede ver si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a ciertos medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio Web www.ivhp.com/ivhp./partd.asp.

Usted puede pedirle a Inter Valley Health Plan que haga una excepción a estas restricciones o límites. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte la sección titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de Inter Valley Health Plan?" en esta página.

¿Qué ocurre si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario, primero deberá comunicarse con los Servicios de Farmacia y confirmar que su medicamento no está cubierto. Si le dicen que Inter Valley Health Plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedir a los Servicios de Farmacia una lista de los medicamentos similares que están cubiertos por Inter Valley Health Plan. Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Inter Valley Health Plan.



- Puede pedir a Inter Valley Health Plan que haga una excepción y cubra su medicamento. A continuación encontrará información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo pido una excepción al formulario de Inter Valley Health Plan?

Puede pedir a Inter Valley Health Plan que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que nos puede pedir.

- Puede pedirnos que cubramos su medicamento incluso si no está en nuestro formulario.
- Puede pedirnos que renunciemos a las restricciones o límites en la cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos Inter Valley Health Plan limita la cantidad de medicamento que cubrirá. Si su medicamento tiene un límite en la cantidad, puede pedirnos que renunciemos al límite y cubramos una cantidad mayor.

- Puede pedirnos que le proporcionemos un nivel de cobertura más alto para su medicamento. Si su medicamento está en nuestro nivel de medicamentos genéricos o de marca no preferidos, puede pedirnos que cubramos su medicamento al nivel de gasto compartido que se aplica a los medicamentos del nivel de medicamentos genéricos o de marca preferidos. Esto reducirá el importe que usted tendrá que pagar por su medicamento. Note que si aceptamos cubrir un medicamento que no está en nuestro formulario, usted no puede pedirnos que le otorguemos un nivel de cobertura más alto para el medicamento. Además, no puede pedirnos que le proporcionemos un nivel más alto de cobertura para los medicamentos que están en el nivel de Medicamentos Especializados.

Generalmente, Inter Valley Health Plan sólo aprobará el pedido de una excepción si los medicamentos alternativos que están incluidos en el formulario del plan, el medicamento del nivel más bajo o las restricciones adicionales de uso no serían tan eficaces para tratar su afección o le causarían efectos médicos adversos.

Póngase en contacto con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura inicial para una excepción al formulario, al nivel del medicamento o a una restricción del uso. Cuando solicite una excepción al formulario, al nivel del medicamento o a una restricción del uso, deberá presentar una declaración de su médico que le respalde. En general debemos tomar nuestra decisión

en un plazo de 72 horas a partir de que obtenemos la declaración de respaldo de su médico. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico creen que su salud podría verse gravemente afectada por esperar hasta 72 horas para obtener la decisión. Si aceptamos acelerar la decisión, debemos informarle nuestra decisión a más tardar en 24 horas, después que recibimos la declaración de respaldo de su médico.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico respecto a cambiar de medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro de nuestro plan, ya sea nuevo o no, usted podría estar tomando medicamentos que no son parte de nuestro formulario. También podría estar tomando un medicamento que es parte de nuestro formulario pero tener una capacidad limitada para obtenerlo. Por ejemplo, usted puede necesitar que le demos una autorización previa antes de que pueda obtener su medicamento. Deberá hablar con su médico para decidir si necesita cambiar de medicamento a otro apropiado que cubrimos o si debe solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción adecuado para usted, es posible que cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días que es miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que toma que no está en nuestro formulario, o si su capacidad para obtener sus medicamentos está limitada, cubriremos un suministro provisorio para 31 días cuando vaya a una farmacia de la red (a menos que tenga una receta para una cantidad menor de días). Después de su primer suministro para 31 días, no pagaremos esos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.



Si reside en un centro de atención de larga duración, cubriremos un suministro provisorio de transición para 31 días (a menos que tenga una receta para una cantidad menor de días). Cubriremos más de una reposición de estos medicamentos para los primeros 90 días en que es miembro de nuestro plan. Si necesita un medicamento que no está en nuestro formulario, o si su capacidad para obtener su medicamento está limitada, pero ya han pasado los primeros 90 días de su afiliación a nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de ese medicamento para 31 días (a menos que tenga una receta para una cantidad menor de días), mientras pide una excepción al formulario.

Hay excepciones para los beneficiarios que han tenido un cambio en el nivel de la atención que reciben, lo cual los obliga a cambiar de establecimiento o centro de tratamiento. A continuación damos algunos ejemplos de situaciones en las que los beneficiarios serían elegibles para una única excepción temporaria a un suministro de medicamentos cuando están fuera de la fecha de vigencia de tres meses en el programa de la Parte D:

- ▶ Si un beneficiario fue dado de alta del hospital y le dieron una lista de medicamentos para después del alta en base al formulario del hospital.
- ▶ Beneficiarios que terminan una estancia de la Parte A de Medicare en un centro especializado de enfermería (en donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que necesitan volver a su formulario del plan de la Parte D.
- ▶ Beneficiarios que renuncian al estado de Cuidado Paliativo para regresar a los beneficios regulares de las Partes A y B de Medicare.
- ▶ Beneficiarios que son dados de alta de Hospitales para Enfermedades Psiquiátricas Crónicas con regímenes de medicación muy individualizados.

Todas estas situaciones garantizarían un único suministro temporario de medicamentos, independientemente de si el beneficiario está en sus primeros noventa (90) días de inscripción en el programa.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de Inter Valley Health Plan, consulte su Evidencia de Cobertura (EOC) y los otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Inter Valley Health Plan, llame a los Servicios de Farmacia al **800-523-3142, de 7:30 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Los usuarios TTY/TDD deberán llamar al 800-505-150. También puede visitar www.ivhp.com/ivhp/partd.asp.**

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al **800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios TTY/TDD deberán llamar al 877-486-2048. También puede visitar www.medicare.gov.**



Copagos de Focus SNP (HMO) de Inter Valley Health Plan

LÍMITE DE COBERTURA INICIAL \$2,830; los costos anuales totales en medicamentos en el límite de cobertura inicial pagados por usted e InterValley Health Plan

	Nivel de medicamento	Copago/coseguro en farmacia (suministro para 31 días)	Copago/coseguro en farmacia (suministro para 90 días)	Costo compartido para atención de larga duración de la red (suministro para 31 días)	Copago/coseguro para pedido por correo (suministro para 90 días)	Copago/coseguro fuera de la red (suministro para 31 días)
NIVEL 1	Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$4	Copago de \$12 ⁺⁺	Copago de \$4	Copago de \$8 ⁺⁺	Copago de \$4 ⁺
NIVEL 2	Medicamentos genéricos no preferidos	Copago de \$8	Copago de \$24 ⁺⁺	Copago de \$8	Copago de \$18 ⁺⁺	Copago de \$8 ⁺
NIVEL 3	Otros medicamentos para necesidades especiales	Copago de \$18	Copago de \$54 ⁺⁺	Copago de \$18	Copago de \$36 ⁺⁺	Copago de \$18 ⁺
NIVEL 4	Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$29	Copago de \$87 ⁺⁺	Copago de \$29	Copago de \$58 ⁺⁺	Copago de \$29 ⁺
NIVEL 5	Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$55	Copago de \$165 ⁺⁺	Copago de \$55	Copago de \$110 ⁺⁺	Copago de \$55 ⁺
NIVEL 6	Medicamentos inyectables	10% Coseguro	10% ⁺⁺ Coseguro	10% Coseguro	10% ⁺⁺ Coseguro	10% ⁺ Coseguro
NIVEL 7	Medicamentos de especialidad	25% Coseguro	Usted paga el 100%	25% Coseguro	Usted paga el 100%	25% ⁺ Coseguro
INTERRUPCIÓN EN LA COBERTURA						
NIVEL 1	Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$4	Copago de \$12 ⁺⁺	Copago de \$4	Copago de \$8 ⁺⁺	Copago de \$4 ⁺
NIVEL 2	Medicamentos genéricos no preferidos	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%
NIVEL 3	Otros medicamentos para necesidades especiales	Copago de \$18	Copago de \$54 ⁺⁺	Copago de \$18	Copago de \$36 ⁺⁺	Copago de \$18 ⁺
NIVEL 4	Medicamentos de marca preferidos	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%
NIVEL 5	Medicamentos de marca no preferidos	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%
NIVEL 6	Medicamentos inyectables	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%
NIVEL 7	Medicamentos de especialidad	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%	Usted paga el 100%

COBERTURA CATASTRÓFICA Después de que los costos de sus desembolsos anuales en medicamentos alcanzan los \$4,550, usted paga un copago de \$2.50 por medicamento genérico (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), y \$6.30 para todos los otros medicamentos, o 5% de coseguro, lo que sea mayor.

⁺La cobertura de medicamentos con receta dentro de la red está limitada al área de servicio de Inter Valley Health Plan. Usted puede pagar más que el copago si obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red.

⁺⁺No todos los medicamentos están disponibles para un suministro para más días. Para obtener más información, comuníquese con el Plan.

Formulario de Inter Valley Health Plan

El formulario que comienza en la página 9 ofrece información de cobertura sobre algunos de los medicamentos que cubre Inter Valley Health Plan. Si tiene dificultad para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 57.

La primera columna de la tabla lista el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos en mayúsculas (p.ej., LIPITOR) y los medicamentos genéricos en minúsculas y cursiva (p.ej., *simvastatin*).

La información en la columna de Requisitos/Límites le dice si Inter Valley Health Plan tiene algún requisito especial para cubrir el medicamento. Lo siguiente explica las abreviaciones que se utilizan en el formulario: **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites en la Cantidad; **ST** – Tratamiento en Pasos; **Elix** – Elixir; **SUSP** – Suspensión; **OINT** – Ungüento; **Inj** – Inyección; **TD** – Transdérmico; **Rec** – Rectal; **Top** – Tópico; **NS** – Nasal; **Vag** – Vaginal; **Inh** – Inhalación; **OP** – Oftálmico; **OT** – Ótico.

Los medicamentos marcados con "***" no están normalmente cubiertos en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando presenta una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a calificar para cobertura catastrófica). Además, si está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
<i>acetaminophen - butalbital - caffeine codeine (Oral)</i>	FIORICET - CODEINE	Tier 1	
<i>acetaminophen - caffeine - dihydrocodeine (Oral)</i>	PANLOR SS	Tier 1	
<i>acetaminophen - codeine (15mg) (Oral)</i>	TYLENOL - CODEINE	Tier 1	QL (400 per 30 days)
<i>acetaminophen - codeine (2.4 mg/ml) (Oral)</i>	TYLENOL - CODEINE	Tier 1	
<i>acetaminophen - codeine (30mg) (Oral)</i>	TYLENOL - CODEINE	Tier 1	QL (400 per 30 days)
<i>acetaminophen - codeine (60mg) (Oral)</i>	TYLENOL - CODEINE	Tier 1	QL (400 per 30 days)
<i>acetaminophen - hydrocodone (0.5 mg/ml) (Oral)</i>	VICODIN / LORTAB / LORCET	Tier 1	QL (3600 per 30 days)
<i>acetaminophen - hydrocodone (325-10mg) (Oral)</i>	VICODIN / LORTAB / LORCET	Tier 1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen - hydrocodone (325-5mg) (Oral)</i>	VICODIN / LORTAB / LORCET	Tier 1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen - hydrocodone (325-7.5mg) (Oral)</i>	VICODIN / LORTAB / LORCET	Tier 1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen - hydrocodone (500-10mg) (Oral)</i>	VICODIN / LORTAB / LORCET	Tier 1	QL (240 per 30 days)
<i>acetaminophen - hydrocodone (500-2.5mg) (Oral)</i>	VICODIN / LORTAB / LORCET	Tier 1	QL (240 per 30 days)
<i>acetaminophen - hydrocodone (500-5mg) (Oral)</i>	VICODIN / LORTAB / LORCET	Tier 1	QL (240 per 30 days)
<i>acetaminophen - hydrocodone (650-10mg) (Oral)</i>	VICODIN / LORTAB / LORCET	Tier 1	QL (180 per 30 days)
<i>acetaminophen - hydrocodone (750-10mg) (Oral)</i>	VICODIN / LORTAB / LORCET	Tier 1	QL (150 per 30 days)
<i>acetaminophen - hydrocodone (750-7.5mg) (Oral)</i>	VICODIN / LORTAB / LORCET	Tier 1	QL (150 per 30 days)
<i>acetaminophen - oxycodone (325-10mg) (Oral)</i>	PERCOCET	Tier 1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen - oxycodone (325-2.5mg) (Oral)</i>	PERCOCET	Tier 1	QL (240 per 30 days)
<i>acetaminophen - oxycodone (325-2.5mg) (Oral)</i>	TYLOX	Tier 1	QL (240 per 30 days)
<i>acetaminophen - oxycodone (325-5mg) (Oral)</i>	PERCOCET	Tier 1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen - oxycodone (325-7.5mg) (Oral)</i>	PERCOCET	Tier 1	QL (360 per 30 days)

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
<i>acetaminophen - oxycodone (500-7.5mg) (Oral)</i>	PERCOCET	Tier 1	QL (240 per 30 days)
<i>acetaminophen - oxycodone (650-7.5mg) (Oral)</i>	PERCOCET	Tier 1	QL (180 per 30 days)
<i>acetaminophen - pentazocine (Oral)</i>	TALACEN	Tier 1	QL (180 per 30 days)
<i>acetaminophen - propoxyphene hcl (650-65mg) (Oral)</i>	<i>acetaminophen - propoxyphene</i>	Tier 1	QL (180 per 30 days)
<i>acetaminophen - propoxyphene napsylate (325 50mg) (Oral)</i>	DARVOCET-N	Tier 1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen - propoxyphene napsylate (500 100mg) (Oral)</i>	DARVOCET-N	Tier 1	QL (240 per 30 days)
<i>acetaminophen - propoxyphene napsylate (650 100mg) (Oral)</i>	DARVOCET-N	Tier 1	QL (180 per 30 days)
<i>aspirin - butalbital - caffeine - codeine (Oral)</i>	FIORINAL - CODEINE	Tier 1	
<i>aspirin - oxycodone - oxycodone terephthalate (Oral)</i>	PERCODAN	Tier 2	QL (360 per 30 days)
<i>balacet 325 (Oral)</i>	<i>acetaminophen - propoxyphene</i>	Tier 4	
<i>butorphanol (NS)</i>	STADOL	Tier 1	QL (10 per 30 days)
CELEBREX (Oral)	<i>celecoxib</i>	Tier 4*	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac ec (Oral)</i>	VOLTAREN	Tier 1	
<i>diclofenac er (Oral)</i>	VOLTAREN XR	Tier 1	
<i>diclofenac potassium (Oral)</i>	CATAFLAM	Tier 1*	
<i>diflunisal (Oral)</i>	<i>diflunisal</i>	Tier 1	
<i>etodolac (Oral)</i>	LODINE	Tier 1*	
<i>etodolac er (Oral)</i>	LODINE XL	Tier 1*	
<i>fenoprofen (Oral)</i>	<i>fenoprofen</i>	Tier 1*	
<i>fentanyl (TD)</i>	DURAGESIC	Tier 2	QL (30 per 30 days)
<i>flurbiprofen (Oral)</i>	ANSAID	Tier 1*	
<i>hydrocodone - acetaminophen (500-7.5mg) (Oral)</i>	VICODIN / LORTAB / LORCET	Tier 1	QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone - acetaminophen (650-7.5mg) (Oral)</i>	VICODIN / LORTAB / LORCET	Tier 1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone - ibuprofen (Oral)</i>	VICOPROFEN	Tier 2	QL (480 per 30 days)
<i>hydromorphone (Oral)</i>	DILAUDID	Tier 1	
<i>ibuprofen (Oral)</i>	MOTRIN	Tier 1*	
<i>indomethacin (Oral)</i>	INDOCIN SR	Tier 1*	
<i>ketoprofen (Oral)</i>	<i>ketoprofen</i>	Tier 1	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
<i>ketoprofen er (Oral)</i>	<i>ketoprofen er</i>	Tier 1*	
<i>ketorolac (Inj)</i>	TORADOL	Tier 6	PA
<i>ketorolac (Oral)</i>	TORADOL	Tier 1	QL (20 per 30 days)
<i>levorphanol (Oral)</i>	<i>levo-dromoran</i>	Tier 1	
<i>meloxicam (Oral)</i>	MOBIC	Tier 2*	
MELOXICAM (Oral)	<i>meloxicam</i>	Tier 4*	
<i>mepidine (Oral)</i>	DEMEROL	Tier 2	
<i>methadone (Oral)</i>	DOLOPHINE	Tier 1	
<i>methadone (Oral)</i>	METHADONE	Tier 1	
<i>morphine (Inj)</i>	<i>morphine</i>	Tier 6	
<i>morphine (Oral)</i>	<i>morphine</i>	Tier 1	
<i>morphine er (Oral)</i>	MS CONTIN	Tier 1	
<i>nabumetone (Oral)</i>	RELAFEN	Tier 1*	
<i>nalbuphine (Inj)</i>	NUBAIN	Tier 6	PA
<i>naproxen (Oral)</i>	ANAPROX / ANAPROX DS	Tier 1*	
<i>naproxen (Oral)</i>	NAPROSYN	Tier 1*	
<i>naproxen ec (Oral)</i>	NAPROSYN	Tier 1*	
<i>oxaprozin (Oral)</i>	DAYPRO	Tier 1*	
<i>oxycodone (Oral)</i>	OXYCODONE	Tier 2	
<i>oxycodone (Oral)</i>	ROXICODONE	Tier 2	
<i>oxycodone - acetaminophen (Oral)</i>	PERCOCET	Tier 1	QL (360 per 30 days)
OXYCONTIN (Oral)	<i>oxycodone er</i>	Tier 5	PA, QL (120 per 30 days)
<i>pentazocine - naloxone (Oral)</i>	TALWIN NX	Tier 1	
<i>piroxicam (Oral)</i>	FELDENE	Tier 1*	
<i>propoxyphene (Oral)</i>	DARVON	Tier 1	
ROXICODONE (Oral)	<i>roxicodeone</i>	Tier 5	PA
SUBOXONE (SL)	<i>buprenorphine - naloxone</i>	Tier 5	
SUBUTEX (SL)	<i>buprenorphine</i>	Tier 5	
<i>sulindac (Oral)</i>	CLINORIL	Tier 1*	
<i>tolmetin (Oral)</i>	<i>tolmetin</i>	Tier 1*	
<i>tolmetin ds (Oral)</i>	<i>tolectin ds</i>	Tier 1*	
<i>tramadol (Oral)</i>	ULTRAM	Tier 1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol - acetaminophen (Oral)</i>	ULTRACET	Tier 2	QL (240 per 30 days)

Anestésicos

<i>lidocaine (Inj)</i>	XYLOCAINE	Tier 6	PA
------------------------	-----------	--------	----

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
<i>lidocaine (Top)</i>	XYLOCAINE	Tier 1	
<i>lidocaine - prilocaine (Top)</i>	EMLA	Tier 1	
<i>lidocaine jelly (Top)</i>	XYLOCAINE	Tier 1	

Agentes antiinflamatorios

<i>a-hydrocort (Inj)</i>	SOLU-CORTEF	Tier 6	
ARTHROTEC (Oral)	<i>diclofenac-misoprostol</i>	Tier 5*	
<i>cortisone acetate (Oral)</i>	<i>cortisone</i>	Tier 1	
<i>dexamethasone (Inj)</i>	<i>dexamethasone</i>	Tier 6	PA
<i>dexamethasone (Oral)</i>	<i>dexamethasone</i>	Tier 1	
DEXPAK (Oral)	<i>dexamethasone</i>	Tier 4	
ENTOCORT EC (Oral)	<i>budesonide</i>	Tier 5	
<i>hydrocortisone (Oral)</i>	CORTEF	Tier 1	
<i>methylprednisolone (Oral)</i>	MEDROL	Tier 1	
<i>methylprednisolone (Inj)</i>	SOLU-MEDROL	Tier 6	PA
<i>methylprednisolone (depo) (Inj)</i>	DEPO-MEDROL	Tier 6	PA
<i>prednisolone (Oral)</i>	ORAPRED	Tier 1	
<i>prednisone (Oral)</i>	<i>prednisone</i>	Tier 1	
PREVACID NAPRAPAC (Oral)	<i>lansoprazole - naproxen</i>	Tier 5*	PA

Antibacterianos

<i>amikacin (Inj)</i>	AMIKIN	Tier 6	PA
<i>amoxicillin (Oral)</i>	<i>amoxicillin</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin - clavulanate (Oral)</i>	AUGMENTIN	Tier 2	
<i>ampicillin (Inj)</i>	<i>ampicillin</i>	Tier 6	PA
<i>ampicillin (Oral)</i>	<i>ampicillin</i>	Tier 1	
<i>ampicillin-sulbactam (Inj)</i>	UNASYN	Tier 6	PA
AVELOX (Inj)	<i>moxifloxacin</i>	Tier 6	PA
AVELOX (Oral)	<i>moxifloxacin</i>	Tier 4	QL (14 per 14 days)
<i>azithromycin (Inj)</i>	ZITHROMAX	Tier 6	PA
<i>azithromycin (100/5ml) (Oral)</i>	ZITHROMAX	Tier 1	QL (30 per 5 days)
<i>azithromycin (200/5ml) (Oral)</i>	ZITHROMAX	Tier 1	QL (30 per 5 days)
<i>azithromycin (250mg) (Oral)</i>	ZITHROMAX	Tier 1	QL (6 per 5 days)
<i>azithromycin (500mg) (Oral)</i>	ZITHROMAX	Tier 1	QL (6 per 5 days)

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Limites
<i>azithromycin (600mg) (Oral)</i>	ZITHROMAX	Tier 1	QL (6 per 5 days)
<i>bacitracin (Inj)</i>	<i>bacitracin</i>	Tier 6	PA
BACTROBAN (NS)	<i>mupirocin</i>	Tier 5	
BACTROBAN (Top)	<i>mupirocin</i>	Tier 4	
BICILLIN C-R (Inj)	<i>penicillin g benzathine - penicillin g procaine</i>	Tier 6	PA
BICILLIN L-A (Inj)	<i>penicillin g benzathine</i>	Tier 6	PA
<i>cefaclor (Oral)</i>	CECLOR	Tier 1	
<i>cefadroxil (Oral)</i>	DURICEF	Tier 1	
<i>cefazolin (Inj)</i>	ANCEF	Tier 6	PA
<i>cefdinir (Oral)</i>	OMNICEF	Tier 2	
<i>cefepime (Inj)</i>	MAXIPIME	Tier 6	PA
<i>cefotaxime (Inj)</i>	CLAFORAN	Tier 6	PA
<i>cefoxitin (Inj)</i>	MEFOXIN	Tier 6	PA
<i>cefpodoxime (Oral)</i>	VANTIN	Tier 2	
<i>cefprozil (Oral)</i>	CEFZIL	Tier 2	
<i>ceftazidime (Inj)</i>	FORTAZ	Tier 6	PA
<i>ceftriaxone (Inj)</i>	ROCEPHIN	Tier 6	PA
<i>cefuroxime (Oral)</i>	CEFTIN	Tier 2	
<i>cefuroxime (Inj)</i>	ZINACEF	Tier 6	PA
<i>cephalexin (Oral)</i>	KEFLEX	Tier 1	
CHLORAMPHENICOL (Inj)	<i>chloramphenicol</i>	Tier 6	PA
<i>ciprofloxacin (Inj)</i>	CIPRO	Tier 6	PA
<i>ciprofloxacin (Oral)</i>	CIPRO	Tier 1	
<i>ciprofloxacin er (Oral)</i>	CIPRO XR	Tier 1	
<i>clarithromycin (Oral)</i>	BIAXIN	Tier 1	QL (28 per 14 days)
<i>clarithromycin (125/5ml) (Oral)</i>	BIAXIN	Tier 1	
<i>clarithromycin (250/5ml) (Oral)</i>	BIAXIN	Tier 1	
<i>clarithromycin er (Oral)</i>	BIAXIN XL	Tier 1	QL (28 per 14 days)
<i>clindamycin (Inj)</i>	CLEOCIN	Tier 6	PA
<i>clindamycin (Oral)</i>	CLEOCIN	Tier 1	
<i>clindamycin (Vag)</i>	CLEOCIN	Tier 1	
<i>clindamycin (Top)</i>	CLEOCIN-T	Tier 1	
<i>colistimethate (Inj)</i>	COLY-MYCIN-M	Tier 6	PA
CUBICIN (Inj)	<i>daptomycin</i>	Tier 6	PA
<i>demeclocycline (Oral)</i>	DECLOMYCIN	Tier 2	
<i>dicloxacillin (Oral)</i>	<i>dicloxacillin</i>	Tier 1	
<i>doxycycline hyc (Oral)</i>	PERIOSTAT	Tier 1	
<i>doxycycline hyc (Inj)</i>	VIBRAMYCIN	Tier 6	PA
<i>doxycycline hyc (Oral)</i>	VIBRAMYCIN	Tier 1	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
<i>doxycycline mono (Oral)</i>	ADOXA	Tier 1	
ERYTHROCIN (Inj)	<i>erythromycin</i>	Tier 6	PA
<i>erythromycin (Top)</i>	ERYGEL	Tier 1	
<i>erythromycin - sulfisoxazole (Oral)</i>	PEDIAZOLE	Tier 1	
<i>erythromycin ethylsuc (Oral)</i>	<i>erythromycin ethylsuc</i>	Tier 1	
<i>erythromycin stearate (Oral)</i>	<i>erythromycin stearate</i>	Tier 1	
FACTIVE (Oral)	<i>factive</i>	Tier 4	QL (7 per 7 days)
<i>gentamicin (Inj)</i>	GARAMYCIN	Tier 6	PA
<i>gentamicin (Top)</i>	GENTAMICIN	Tier 1	
INVANZ (Inj)	<i>ertapenem</i>	Tier 4	
LEVAQUIN (Oral)	<i>levofloxacin</i>	Tier 5	QL (14 per 14 days)
LEVAQUIN (25MG/ML) (Oral)	<i>levofloxacin</i>	Tier 5	
LINCOCIN (Inj)	<i>lincomycin</i>	Tier 6	PA
MERREM (Inj)	<i>meropenem</i>	Tier 6	
<i>methenamine hip (Oral)</i>	HIPREX	Tier 1	
<i>metronidazole (Oral)</i>	FLAGYL	Tier 1	
<i>metronidazole (Vag)</i>	METROGEL-VAG	Tier 2	
<i>metronidazole (Top)</i>	<i>metronidazole</i>	Tier 2	
<i>minocycline (Oral)</i>	MINOCIN	Tier 1	
<i>mupirocin (Top)</i>	BACTROBAN	Tier 1	
<i>neomycin (Oral)</i>	<i>neomycin</i>	Tier 1	
<i>nitrofurantoin macrocryst (Oral)</i>	MACRODANTIN	Tier 1	
<i>nitrofurantoin monohydrate (Oral)</i>	MACROBID	Tier 1	
<i>ofloxacin (Oral)</i>	FLOXIN	Tier 1	
OXACILLIN (Inj)	<i>oxacillin</i>	Tier 6	PA
<i>paromomycin (Oral)</i>	HUMATIN	Tier 1	
PENICILLIN G PROCAINE (Inj)	<i>penicillin g procaine</i>	Tier 6	PA
PIPERACILLIN (Inj)	<i>piperacillin</i>	Tier 6	PA
<i>silver sulfadiazine (Top)</i>	SILVADENE / SSD	Tier 1	
<i>sulfacetamide (Top)</i>	KLARON	Tier 1	
<i>sulfadiazine (Oral)</i>	<i>sulfadiazine</i>	Tier 1	
<i>sulfamethoxazole - trimethoprim (Inj)</i>	BACTRIM / SEPTRA	Tier 6	PA
<i>sulfamethoxazole - trimethoprim (Oral)</i>	BACTRIM / SEPTRA	Tier 1	
<i>sulfamethoxazole - trimethoprim ds (Oral)</i>	BACTRAM DS / SEPTRA DS	Tier 1	
SULFAMYLON (Top)	<i>mafenide</i>	Tier 4	
SUPRAX (Oral)	<i>cefixime</i>	Tier 5	
<i>tetracycline (Oral)</i>	<i>tetracycline</i>	Tier 1	
TIMENTIN (Inj)	<i>potassium clavulanate - ticarcillin</i>	Tier 6	PA
<i>trimethoprim (Oral)</i>	PROLOPRIM	Tier 1	
TYGACIL (Inj)	<i>tigecycline</i>	Tier 6	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
VANCOCIN (Oral)	<i>vancomycin</i>	Tier 6	PA
<i>vancomycin (Inj)</i>	<i>vancomycin</i>	Tier 6	PA
ZOSYN (Inj)	<i>piperacillin - tazobactam</i>	Tier 6	PA
ZYVOX (Inj)	<i>linezolid</i>	Tier 7	PA
ZYVOX (100MG/5ML) (Oral)	<i>linezolid</i>	Tier 7	PA
ZYVOX (600MG) (Oral)	<i>linezolid</i>	Tier 7	PA, QL (56 per 28 days)

Antiespasmódicos

BANZEL (Oral)	<i>rufinamide</i>	Tier 4	
<i>carbamazepine (Oral)</i>	TEGRETOL	Tier 1*	
<i>carbamazepine er (Oral)</i>	TEGRETOL	Tier 1*	
CELONTIN (Oral)	<i>methsuximide</i>	Tier 5*	
<i>clonazepam (Oral)**</i>	<i>clonazepam</i>	Tier 2	
<i>clonazepam odt (Oral)**</i>	<i>clonazepam</i>	Tier 2	
DILANTIN (Oral)	<i>phenytoin</i>	Tier 4*	
<i>divalproex (Oral)</i>	DEPAKOTE	Tier 2*	
<i>ethosuximide (Oral)</i>	ZARONTIN	Tier 1*	
FELBATOL (Oral)	<i>felbamate</i>	Tier 5*	
<i>gabapentin (100mg) (Oral)</i>	NEURONTIN	Tier 1*	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin (300mg) (Oral)</i>	NEURONTIN	Tier 1*	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin (400mg) (Oral)</i>	NEURONTIN	Tier 1*	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin (600mg) (Oral)</i>	NEURONTIN	Tier 1*	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin (800mg) (Oral)</i>	NEURONTIN	Tier 1*	QL (120 per 30 days)
GABITRIL (Oral)	<i>tiagabine</i>	Tier 5*	
KEPPRA (Inj)	<i>levetiracetam</i>	Tier 6	
KEPPRA (Oral)	<i>levetiracetam</i>	Tier 4*	
<i>lamictal odt (Oral)</i>	<i>lamotrigine disintegrating</i>	Tier 2*	
<i>lamotrigine (Oral)</i>	LAMICTAL	Tier 1*	QL (90 per 30 days)
<i>lamotrigine chewable (Oral)</i>	LAMICTAL	Tier 1*	
<i>lamotrigine chewable (Oral)</i>	LAMICTAL CHEWABLE	Tier 1*	
LYRICA (Oral)	<i>pregabalin</i>	Tier 5*	
NEURONTIN (Oral)	<i>gabapentin</i>	Tier 5	
<i>oxcarbazepine (Oral)</i>	TRILEPTAL	Tier 2*	
PEGANONE (Oral)	<i>ethotoin</i>	Tier 5*	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
<i>phenobarbital (Oral)**</i>	<i>phenobarbital</i>	Tier 1	
PHENYTEK (Oral)	<i>phenytoin</i>	Tier 4*	
<i>phenytoin (Oral)</i>	DILANTIN	Tier 1*	
<i>primidone (Oral)</i>	MYSOLINE	Tier 1*	
SABRIL (Oral)	<i>vigabatrin</i>	Tier 5*	QL (180 per 30 days)
TEGRETOL-XR (Oral)	<i>carbamazepine er</i>	Tier 4*	
TOPAMAX (Oral)	<i>topiramate</i>	Tier 4*	
<i>topiramate (Oral)</i>	TOPAMAX	Tier 2*	
TRILEPTAL (Oral)	<i>oxcarbazepine</i>	Tier 5*	
<i>valproate sod (Inj)</i>	DEPAKENE	Tier 6	
<i>valproic acid (Oral)</i>	DEPAKENE	Tier 1*	
VIMPAT (Inj)	<i>lacosamide</i>	Tier 5	
VIMPAT (Oral)	<i>lacosamide</i>	Tier 5	QL (60 per 30 days)
<i>zonisamide (Oral)</i>	ZONEGRAN	Tier 2*	

Agentes para la demencia

ARICEPT (Oral)	<i>donepezil</i>	Tier 4*	
ARICEPT ODT (Oral)	<i>donepezil disintegrating</i>	Tier 4*	
<i>ergoloid mesylates (Oral)</i>	HYDERGINE	Tier 2	
EXELON (Oral)	<i>rivastigmine</i>	Tier 5*	
EXELON PATCH (TD)	<i>rivastigmine patch</i>	Tier 5*	
<i>galantamine (Oral)</i>	REMINYL	Tier 2	
<i>galantamine er (Oral)</i>	RAZADYNE ER	Tier 2	
NAMENDA (Oral)	<i>memantine</i>	Tier 4*	

Antidepresivos

<i>amitriptyline (Oral)</i>	<i>amitriptyline</i>	Tier 1*	
<i>amoxapine (Oral)</i>	<i>amoxapine</i>	Tier 1*	
<i>bupropion (Oral)</i>	WELLBUTRIN	Tier 2*	
<i>bupropion sr (Oral)</i>	WELLBUTRIN SR	Tier 2*	
<i>bupropion xl (Oral)</i>	WELLBUTRIN XL	Tier 2*	QL (30 per 30 days)
<i>citalopram (Oral)</i>	CELEXA	Tier 1*	
<i>clomipramine (Oral)</i>	ANAFRANIL	Tier 1*	
CYMBALTA (Oral)	<i>duloxetine</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
CYMBALTA (20MG) (Oral)	<i>duloxetine</i>	Tier 5*	QL (60 per 30 days)

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
<i>desipramine (Oral)</i>	NORPRAMIN	Tier 1*	
<i>doxepin (Oral)</i>	SINEQUAN	Tier 1*	
EMSAM (TD)	<i>selegiline</i>	Tier 5*	PA, QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine (Oral)</i>	PROZAC	Tier 1*	
<i>fluvoxamine (100mg) (Oral)</i>	LUVOX	Tier 1*	QL (90 per 30 days)
<i>fluvoxamine (25mg) (Oral)</i>	LUVOX	Tier 1*	QL (45 per 30 days)
<i>fluvoxamine (50mg) (Oral)</i>	LUVOX	Tier 1*	QL (60 per 30 days)
<i>imipramine (Oral)</i>	TOFRANIL	Tier 1*	
LEXAPRO (Oral)	<i>escitalopram</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
LEXAPRO (5MG/5ML) (Oral)	<i>escitalopram</i>	Tier 5*	QL (620 per 30 days)
<i>maprotiline (Oral)</i>	<i>maprotiline</i>	Tier 1*	
MARPLAN (Oral)	<i>isocarboxazid</i>	Tier 4*	
<i>mirtazapine (Oral)</i>	REMERON	Tier 1*	QL (30 per 30 days)
NARDIL (Oral)	<i>phenelzine</i>	Tier 4*	
<i>nefazodone (Oral)</i>	<i>nefazodone</i>	Tier 1*	
<i>nortriptyline (Oral)</i>	PAMELOR	Tier 1*	
<i>paroxetine (Oral)</i>	PAXIL	Tier 1*	QL (30 per 30 days)
<i>paroxetine (10mg/5ml) (Oral)</i>	PAXIL	Tier 1*	QL (946 per 30 days)
<i>paroxetine er (Oral)</i>	PAXIL CR	Tier 1*	
PRISTIQ (Oral)	<i>desvenlafaxine</i>	Tier 5	
<i>sertraline (Oral)</i>	ZOLOFT	Tier 1*	QL (30 per 30 days)
<i>sertraline (100mg) (Oral)</i>	ZOLOFT	Tier 1*	QL (60 per 30 days)
<i>sertraline (20mg/ml) (Oral)</i>	ZOLOFT	Tier 1*	QL (300 per 30 days)
<i>tranylcypromine (Oral)</i>	PARNATE	Tier 1*	
<i>trazodone (Oral)</i>	DESYREL	Tier 1*	
<i>trimipramine (Oral)</i>	SURMONTIL	Tier 1*	
<i>venlafaxine (Oral)</i>	EFFEXOR	Tier 2*	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine (75mg) (Oral)</i>	EFFEXOR	Tier 2*	QL (150 per 30 days)
VIVACTIL (Oral)	<i>protriptyline</i>	Tier 4*	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
--------------------------------	-----------------------------------	-----------	----------------------

Antídotos, disuasivos, agentes toxicológicos

ANTABUSE (Oral)	<i>disulfiram</i>	Tier 4	
ANTIZOL (Inj)	<i>fomepizole (4-methylpyrazole)</i>	Tier 6	
CAMPRAL (Oral)	<i>acamprosate</i>	Tier 5	
CHANTIX (Oral)	<i>varenicline</i>	Tier 5	PA
CUPRIMINE (Oral)	<i>penicillamine</i>	Tier 5	
DEPEN (Oral)	<i>penicillamine</i>	Tier 5	
EXJADE (Oral)	<i>deferasirox</i>	Tier 7	PA
<i>naloxone (Inj)</i>	NARCAN	Tier 6	
<i>naltrexone (Oral)</i>	REVIA	Tier 1	
NICOTROL INHALER (Inh)	<i>nicotine spray</i>	Tier 5	
NICOTROL NS (NS)	<i>nicotine nasal</i>	Tier 5	QL (40 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate (Oral)</i>	KAYEXALATE / SPS	Tier 2	
SYPRINE (Oral)	<i>trientine</i>	Tier 5	

Antieméticos

ANZEMET (Oral)	<i>dolasetron</i>	Tier 5	PA, QL (6 per 30 days)
<i>chlorpromazine (Oral)</i>	THORAZINE	Tier 1	
CHLORPROMAZINE (Inj)	THORAZINE	Tier 6	
<i>diphenhydramine (Inj)</i>	BENADRYL	Tier 6	PA
<i>diphenhydramine (Oral)</i>	BENADRYL	Tier 1	
EMEND (Oral)	<i>aprepitant</i>	Tier 4	PA, QL (3 per 3 days)
<i>granisetron (Inj)</i>	KYTRIL	Tier 1	PA
<i>granisetron (Oral)</i>	KYTRIL	Tier 1	PA, QL (6 per 1 days)
<i>granisol (Oral)</i>	<i>granisetron</i>	Tier 1	PA, QL (60 per 1 days)
<i>hydroxyzine pamoate (Oral)</i>	VISTARIL	Tier 1	
<i>meclizine (Oral)</i>	ANTIVERT	Tier 1	
<i>metoclopramide (Oral)</i>	REGLAN	Tier 1	
<i>ondansetron (Oral)</i>	ZOFRAN	Tier 1	PA, QL (12 per 1 days)
<i>ondansetron (4mg/5ml) (Oral)</i>	ZOFRAN	Tier 1	PA, QL (60 per 1 days)
<i>ondansetron odt (Oral)</i>	ZOFRAN ODT	Tier 1	PA, QL (12 per 1 days)
<i>perphenazine (Oral)</i>	<i>perphenazine</i>	Tier 1	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
<i>prochlorperazine (Inj)</i>	<i>prochlorperazine</i>	Tier 6	
<i>prochlorperazine (Oral)</i>	<i>prochlorperazine</i>	Tier 1	
<i>promethazine (Inj)</i>	PHENERGAN	Tier 6	PA
<i>promethazine (Oral)</i>	PHENERGAN	Tier 1	
<i>promethazine (Rec)</i>	PHENERGAN	Tier 1	
SANCUSO (TD)	<i>granisetron patch</i>	Tier 5	PA
TRANSDERM-SCOP (TD)	<i>scopolamine</i>	Tier 5	QL (12 per 30 days)
<i>trimethobenzamide (Inj)</i>	TIGAN	Tier 6	PA
<i>trimethobenzamide (Oral)</i>	TIGAN	Tier 1	

Antimicóticos

AMBISOME (Inj)	<i>amphotericin b</i>	Tier 6	PA
AMPHOTEC (Inj)	<i>amphotericin b</i>	Tier 6	PA
<i>amphotericin b (Inj)</i>	FUNGIZONE	Tier 6	PA
ANCOBON (Oral)	<i>flucytosine</i>	Tier 4	
CANCIDAS (Inj)	<i>casprofungin</i>	Tier 7	PA
<i>ciclopirox (Top)</i>	LOPROX	Tier 2	
<i>ciclopirox nail lacquer (Top)</i>	PENLAC	Tier 2	
<i>clotrimazole (Top)</i>	LOTRIMIN	Tier 1	
<i>econazole (Top)</i>	SPECTAZOLE	Tier 1	
ERAXIS (Inj)	<i>anidulafungin</i>	Tier 6	PA
<i>fluconazole (Oral)</i>	DIFLUCAN	Tier 1	
<i>fluconazole - dextrose soln (Inj)</i>	DIFLUCAN IN DEXTROSE	Tier 6	PA
GRIS-PEG (Oral)	<i>griseofulvin</i>	Tier 4	
<i>griseofulvin (Oral)</i>	GRIFULVIN V	Tier 1	
<i>itraconazole (Oral)</i>	SPORANOX	Tier 2	PA
<i>ketoconazole (Oral)</i>	NIZORAL	Tier 1	
<i>ketoconazole (Top)</i>	NIZORAL	Tier 1	
LAMISIL (Top)	<i>terbinafine</i>	Tier 5	PA
<i>miconazole 3 (Vag)</i>	<i>miconazole</i>	Tier 1	
MYCAMINE (Inj)	<i>micafungin</i>	Tier 7	PA
NAFTIN (Top)	<i>naftifine</i>	Tier 4	
NOXAFIL (Oral)	<i>posaconazole</i>	Tier 5*	PA
<i>nystatin (Top)</i>	MYCOSTATIN	Tier 1	
<i>nystatin (MT)</i>	<i>nystatin</i>	Tier 1	
<i>nystatin (Oral)</i>	<i>nystatin</i>	Tier 1	
<i>nystatin - triamcinolone (Top)</i>	<i>nystatin - triamcinolone</i>	Tier 1	
<i>pedi-dri (Top)</i>	MYCOSTATIN	Tier 1	
<i>terbinafine (Oral)</i>	LAMISIL	Tier 2	PA, QL (30 per 30 days)

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
<i>terconazole (Vag)</i>	TERAZOL	Tier 1	
XOLEGEL (Top)	<i>ketoconazole</i>	Tier 4	

Agentes antigota

<i>allopurinol (Oral)</i>	ZYLOPRIM	Tier 1*	
<i>colchicine - probenecid (Oral)</i>	<i>colchicine - probenecid</i>	Tier 1*	
COLCRYS (Oral)	<i>colchicine</i>	Tier 4*	
<i>probenecid (Oral)</i>	PROBENECID	Tier 1*	

Agentes antiyaquecosos

<i>caffeine - ergotamine (Oral)</i>	CAFERGOT	Tier 1	
<i>dihydroergotamine (Inj)</i>	MIGRANAL	Tier 6	PA
<i>divalproex (Oral)</i>	DEPAKOTE ER	Tier 2*	
IMITREX (20 MG/ACTUATION) (NS)	<i>sumatriptan</i>	Tier 4	QL (12 per 30 days)
IMITREX (5 MG/ACTUATION) (NS)	<i>sumatriptan</i>	Tier 4	QL (36 per 30 days)
MAXALT (Oral)	<i>rizatriptan</i>	Tier 5	QL (12 per 30 days)
MAXALT-MLT (Oral)	<i>rizatriptan</i>	Tier 5	QL (12 per 30 days)
<i>migergot (Rec)</i>	<i>caffeine-ergotamine</i>	Tier 1	
<i>sumatriptan (100mg) (Oral)</i>	IMITREX	Tier 2	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan (12 mg/ml) (Inj)</i>	IMITREX	Tier 2	QL (6 per 30 days)
<i>sumatriptan (25mg) (Oral)</i>	IMITREX	Tier 2	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan (50mg) (Oral)</i>	IMITREX	Tier 2	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan (8 mg/ml) (Inj)</i>	IMITREX	Tier 2	QL (6 per 30 days)
<i>timolol (Oral)</i>	<i>timolol</i>	Tier 1*	

Agentes contra la debilidad muscular

MESTINON (Oral)	<i>pyridostigmine</i>	Tier 4	
MYTELASE (Oral)	<i>ambenonium</i>	Tier 5	
<i>pyridostigmine (Oral)</i>	MESTINON	Tier 2	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
--------------------------------	-----------------------------------	-----------	----------------------

Antimicobacterianos

CAPASTAT (Inj)	<i>capreomycin</i>	Tier 4	
DAPSONE (Oral)	<i>dapsone</i>	Tier 4	
<i>ethambutol (Oral)</i>	MYAMBUTOL	Tier 2	
<i>isoniazid (Oral)</i>	<i>isoniazid</i>	Tier 1*	
<i>isoniazid - rifampin (Oral)</i>	RIFAMATE	Tier 1	
MYCOBUTIN (Oral)	<i>rifabutin</i>	Tier 5	
PASER (Oral)	<i>aminosalicylic acid</i>	Tier 4	
PRIFTIN (Oral)	<i>rifapentine</i>	Tier 4	
<i>pyrazinamide (Oral)</i>	<i>pyrazinamide</i>	Tier 2	
<i>rifampin (Inj)</i>	RIFADIN	Tier 6*	PA
<i>rifampin (Oral)</i>	RIFADIN	Tier 1*	
SEROMYCIN (Oral)	<i>cycloserine</i>	Tier 5	
TRECTOR (Oral)	<i>ethionamide</i>	Tier 5	

Antineoplásicos

<i>6-mercaptopurine (Oral)</i>	PURINETHOL	Tier 2	
AFINITOR (Oral)	<i>everolimus</i>	Tier 7	PA
ARIMIDEX (Oral)	<i>anastrozole</i>	Tier 4*	QL (30 per 30 days)
AROMASIN (Oral)	<i>exemestane</i>	Tier 4*	
<i>bleomycin (Inj)</i>	BLENOXANE	Tier 2	
CAMPATH (Inj)	<i>alemtuzumab</i>	Tier 4	PA
CEENU (Oral)	<i>lomustine</i>	Tier 4	
<i>cyclophosphamide (Oral)</i>	CYTOXAN	Tier 2	PA
DROXIA (Oral)	<i>hydroxyurea</i>	Tier 4	
ELITEK (Inj)	<i>rasburicase</i>	Tier 5	
EMCYT (Oral)	<i>estramustine</i>	Tier 6	PA
FARESTON (Oral)	<i>toremifene</i>	Tier 5*	PA
FEMARA (Oral)	<i>letrozole</i>	Tier 4*	
GLEEVEC (100MG) (Oral)	<i>imatinib</i>	Tier 7	PA, QL (90 per 30 days)
GLEEVEC (400MG) (Oral)	<i>imatinib</i>	Tier 7	PA, QL (60 per 30 days)
HEXALEN (Oral)	<i>altretamine</i>	Tier 5	
<i>hydroxyurea (Oral)</i>	HYDREA	Tier 1	
IRESSA (Oral)	<i>gefitinib</i>	Tier 4	QL (30 per 30 days)
LEUKERAN (Oral)	<i>chlorambucil</i>	Tier 5	
MATULANE (Oral)	<i>procarbazine</i>	Tier 5	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
MESNEX (Oral)	<i>mesna</i>	Tier 4	
<i>mitoxantrone (Inj)</i>	NOVANTRONE	Tier 2	PA
NEXAVAR (Oral)	<i>sorafenib</i>	Tier 7	PA, QL (120 per 30 days)
ONTAK (Inj)	<i>denileukin diftitox</i>	Tier 6	PA
PANRETIN (Top)	<i>alitretinoin</i>	Tier 5	
PROLEUKIN (Inj)	<i>aldesleukin</i>	Tier 7	PA
REVLIMID (Oral)	<i>lenalidomide</i>	Tier 7	PA
RITUXAN (Inj)	<i>rituximab</i>	Tier 5	PA
SPRYCEL (Oral)	<i>dasatinib</i>	Tier 7	PA
SUTENT (Oral)	<i>sunitinib</i>	Tier 7	PA
TABLOID (Oral)	<i>thioguanine</i>	Tier 5	
<i>tamoxifen (Oral)</i>	NOLVADEX	Tier 1*	
TARCEVA (Oral)	<i>erlotinib</i>	Tier 7	PA
TARGRETIN (Oral)	<i>bexarotene</i>	Tier 5	
TARGRETIN (Top)	<i>bexarotene</i>	Tier 5	
TASIGNA (Oral)	<i>nilotinib</i>	Tier 7	PA
THALOMID (Oral)	<i>thalidomide</i>	Tier 7	
TORISEL (Inj)	<i>temsirolimus</i>	Tier 7	
<i>tretinoin (Oral)</i>	VESANOID	Tier 2	
TRISENOX (Inj)	<i>arsenic trioxide</i>	Tier 4	
TYKERB (Oral)	<i>lapatinib</i>	Tier 7	PA
VELCADE (Inj)	<i>bortezomib</i>	Tier 6	PA
VIDAZA (Inj)	<i>azacitidine</i>	Tier 6	PA
ZOLINZA (Oral)	<i>vorinostat</i>	Tier 7	PA

Antiparasitarios

ALBENZA (Oral)	<i>albendazole</i>	Tier 5	
ALINIA (Oral)	<i>nitazoxanide</i>	Tier 4	
BILTRICIDE (Oral)	<i>praziquantel</i>	Tier 5	
<i>chloroquine (Oral)</i>	ARALEN	Tier 1	
DARAPRIM (Oral)	<i>pyrimethamine</i>	Tier 4	
EURAX (Top)	<i>crotamiton</i>	Tier 4	
FANSIDAR (Oral)	<i>pyrimethamine-sulfadoxine</i>	Tier 5	
<i>hydroxychloroquine (Oral)</i>	PLAQUENIL	Tier 1	
<i>lindane (Top)</i>	<i>lindane</i>	Tier 1	
MALARONE (Oral)	<i>atovaquone-proguanil</i>	Tier 5	
<i>mebendazole (Oral)</i>	VERMOX	Tier 1	
<i>mefloquine (Oral)</i>	LARIAM	Tier 1	
MEPRON (Oral)	<i>atovaquone</i>	Tier 4	
NEUTREXIN (Inj)	<i>trimetrexate</i>	Tier 6	PA

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Limites
OVIDE (Top)	<i>malathion</i>	Tier 4	
PENTAM (Inj)	<i>pentamidine</i>	Tier 6	
<i>permethrin</i> (Top)	ELIMITE	Tier 1	
QUALAQUIN (Oral)	<i>quinine</i>	Tier 5	PA
TINDAMAX (Oral)	<i>tinidazole</i>	Tier 4	

Antiparkinsonianos

<i>amantadine</i> (Oral)	SYMMETREL	Tier 1*	
AZILECT (Oral)	<i>rasagiline</i>	Tier 4*	
<i>benztropine</i> (Oral)	<i>benztropine</i>	Tier 1*	
<i>bromocriptine</i> (Oral)	PARLODEL	Tier 2*	
<i>carbidopa - levodopa</i> (Oral)	SINEMET	Tier 1*	
<i>carbidopa - levodopa cr</i> (Oral)	SINEMET CR	Tier 1*	
COGENTIN (Inj)	<i>benztropine</i>	Tier 6	PA
COMTAN (Oral)	<i>entacapone</i>	Tier 4*	QL (240 per 30 days)
MIRAPEX (Oral)	<i>pramipexole</i>	Tier 5*	QL (90 per 30 days)
<i>ropinirole</i> (Oral)	REQUIP	Tier 2	
<i>selegiline</i> (Oral)	ELDEPRYL	Tier 2*	
STALEVO (Oral)	<i>carbidopa - entacapone -levodopa</i>	Tier 5*	
TASMAR (200MG) (Oral)	<i>tolcapone</i>	Tier 5*	QL (90 per 30 days)
<i>trihexyphenidyl</i> (Oral)	<i>trihexyphenidyl</i>	Tier 1*	
ZELAPAR (Oral)	<i>selegiline</i>	Tier 5*	

Antipsicóticos

ABILIFY (Inj)	<i>aripiprazole</i>	Tier 5	PA
ABILIFY (Oral)	<i>aripiprazole</i>	Tier 5*	PA, QL (30 per 30 days)
ABILIFY (1 MG/ML) (Oral)	<i>aripiprazole</i>	Tier 5*	PA, QL (900 per 30 days)
ABILIFY DISCMELT (Oral)	<i>aripiprazole disintegrating</i>	Tier 5*	PA, QL (60 per 30 days)
<i>clozapine</i> (Oral)	CLOZARIL	Tier 2*	
FAZACLO (Oral)	<i>clozapine</i>	Tier 5*	QL (270 per 30 days)
FLUPHENAZINE (Inj)	PROLIXIN	Tier 6	
<i>fluphenazine</i> (Oral)	PROLIXIN	Tier 1*	
<i>fluphenazine decanoate</i> (Inj)	PROLIXIN-DEC	Tier 6	
GEODON (Inj)	<i>ziprasidone</i>	Tier 5	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
GEODON (Oral)	<i>ziprasidone</i>	Tier 5*	QL (60 per 30 days)
<i>haloperidol (Oral)</i>	HALDOL	Tier 1*	
<i>haloperidol decanoate (Inj)</i>	HALDOL DECAN	Tier 6	
<i>haloperidol lactate (Inj)</i>	HALDOL LAC	Tier 6	
<i>haloperidol lactate (Oral)</i>	HALDOL LAC	Tier 1*	
INVEGA (3MG) (Oral)	<i>paliperidone</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
INVEGA (6MG) (Oral)	<i>paliperidone</i>	Tier 5*	QL (60 per 30 days)
INVEGA (9MG) (Oral)	<i>paliperidone</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
<i>loxapine (Oral)</i>	LOXITANE	Tier 2*	
MOBAN (Oral)	<i>molindone</i>	Tier 4*	
ORAP (Oral)	<i>pimozide</i>	Tier 5*	
<i>prochlorperazine (Rec)</i>	COMPRO	Tier 1	
RISPERDAL (Inj)	<i>risperdal</i>	Tier 6	
RISPERDAL (Inj)	<i>risperidone</i>	Tier 6	
RISPERDAL M (Oral)	<i>risperidone odt</i>	Tier 5*	QL (60 per 30 days)
RISPERDAL M (4MG) (Oral)	<i>risperidone odt</i>	Tier 5*	QL (120 per 30 days)
<i>risperidone (Oral)</i>	RISPERDAL	Tier 2*	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone (1mg/ml) (Oral)</i>	RISPERDAL	Tier 2	QL (480 per 30 days)
<i>risperidone (4mg) (Oral)</i>	RISPERDAL	Tier 2*	QL (120 per 30 days)
<i>risperidone odt (Oral)</i>	RISPERDAL M	Tier 2*	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone odt (4mg) (Oral)</i>	RISPERDAL M	Tier 2*	QL (120 per 30 days)
SAPHRIS (SL)	<i>asenapine</i>	Tier 5*	QL (60 per 30 days)
SEROQUEL (100MG) (Oral)	<i>quetiapine</i>	Tier 4*	QL (120 per 30 days)
SEROQUEL (200MG) (Oral)	<i>quetiapine</i>	Tier 4*	QL (90 per 30 days)
SEROQUEL (25MG) (Oral)	<i>quetiapine</i>	Tier 4*	QL (120 per 30 days)
SEROQUEL (300MG) (Oral)	<i>quetiapine</i>	Tier 4*	QL (90 per 30 days)
SEROQUEL (400MG) (Oral)	<i>quetiapine</i>	Tier 4*	QL (60 per 30 days)

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Limites
SEROQUEL (50MG) (Oral)	<i>quetiapine</i>	Tier 4*	QL (120 per 30 days)
SEROQUEL XR (Oral)	<i>quetiapine xr</i>	Tier 4*	
<i>thioridazine (Oral)</i>	<i>thioridazine</i>	Tier 1*	
<i>thiothixene (Oral)</i>	NAVANE	Tier 1*	
<i>trifluoperazine (Oral)</i>	<i>trifluoperazine</i>	Tier 1*	
ZYPREXA (Inj)	<i>olanzapine</i>	Tier 6	QL (30 per 30 days)
ZYPREXA (Oral)	<i>olanzapine</i>	Tier 4*	QL (30 per 30 days)
ZYPREXA ZYDIS (Oral)	<i>olanzapine disintegrating</i>	Tier 4*	QL (30 per 30 days)

Agentes antiespasticidad

<i>baclofen (Oral)</i>	BACLOFEN	Tier 1*	
<i>dantrolene (Oral)</i>	DANTRIUM	Tier 1	
<i>tizanidine (Oral)</i>	ZANAFLEX	Tier 1*	

Antivirales

<i>acyclovir (Oral)</i>	ZOVIRAX	Tier 1	
APTIVUS (Oral)	<i>tipranavir</i>	Tier 5	
ATRIPLA (Oral)	<i>efavirenz - emtricitabine - tenofovir</i>	Tier 5	
BARACLUDE (Oral)	<i>entecavir</i>	Tier 7	PA, QL (30 per 30 days)
BARACLUDE (0.05 MG/ML) (Oral)	<i>entecavir</i>	Tier 6	PA, QL (600 per 30 days)
COMBIVIR (Oral)	<i>lamivudine-zidovudine</i>	Tier 5	
CRIXIVAN (Oral)	<i>indinavir</i>	Tier 4	
CYTOVENE (Inj)	<i>ganciclovir</i>	Tier 6	PA
DENAVIR (Top)	<i> penciclovir</i>	Tier 5	
<i>didanosine (Oral)</i>	VIDEX EC	Tier 1	
EMTRIVA (Oral)	<i>emtricitabine</i>	Tier 5	
EPIVIR (Oral)	<i>lamivudine</i>	Tier 5	
EPZICOM (Oral)	<i>abacavir-lamivudine</i>	Tier 5	
<i>famciclovir (Oral)</i>	FAMVIR	Tier 2	
FOSCARNET (Inj)	<i>foscavir</i>	Tier 6	PA
FUZEON (Inj)	<i>enfuvirtide</i>	Tier 4	
<i>ganciclovir (Oral)</i>	CYTOVENE	Tier 1	
HEPSERA (Oral)	<i>adefovir</i>	Tier 4	
INTELENCE (Oral)	<i>etravirine</i>	Tier 4	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
INVIRASE (Oral)	<i>saquinavir</i>	Tier 4	
ISENTRESS (Oral)	<i>raltegravir</i>	Tier 5	
KALETRA (Oral)	<i>lopinavir-ritonavir</i>	Tier 4	
LEXIVA (Oral)	<i>fosamprenavir</i>	Tier 4	
NORVIR (Oral)	<i>ritonavir</i>	Tier 4	
PREZISTA (Oral)	<i>darunavir</i>	Tier 5	
RELENZA (Inh)	<i>zanamivir</i>	Tier 5	
RESCRIPTOR (Oral)	<i>delavirdine</i>	Tier 4	
RETROVIR (Inj)	<i>zidovudine</i>	Tier 6	
REYATAZ (Oral)	<i>atazanavir</i>	Tier 4	
<i>ribavirin (Oral)</i>	REBETOL-COPEGUS	Tier 2	
<i>rimantadine (Oral)</i>	FLUMADINE	Tier 1	
SELZENTRY (Oral)	<i>maraviroc</i>	Tier 5	
<i>stavudine (Oral)</i>	ZERIT	Tier 2	
SUSTIVA (Oral)	<i>efavirenz</i>	Tier 4	
TAMIFLU (Oral)	<i>oseltamivir</i>	Tier 5	QL (10 per 5 days)
TAMIFLU (12MG/ML) (Oral)	<i>oseltamivir</i>	Tier 5	
TRIZIVIR (Oral)	<i>abacavir - lamivudine - zidovudine</i>	Tier 5	
TRUVADA (Oral)	<i>emtricitabine - tenofovir</i>	Tier 5	
TYZEKA (Oral)	<i>telbivudine</i>	Tier 6	PA
VALCYTE (Oral)	<i>valganciclovir</i>	Tier 5	
VALTrex (Oral)	<i>valacyclovir</i>	Tier 5	
VIDEX (Oral)	<i>didanosine</i>	Tier 5	
VIRACEPT (Oral)	<i>nelfinavir</i>	Tier 4	
VIRAMUNE (Oral)	<i>nevirapine</i>	Tier 4	
VIREAD (Oral)	<i>tenofovir</i>	Tier 5	
ZERIT (Oral)	<i>stavudine</i>	Tier 4	
ZIAGEN (Oral)	<i>abacavir</i>	Tier 4	
<i>zidovudine (Oral)</i>	RETROVIR	Tier 1	
ZOVIRAX (Top)	<i>acyclovir</i>	Tier 4	

Ansiolíticos

<i>buspirone (Oral)</i>	BUSPAR	Tier 1	
<i>meprobamate (Oral)</i>	MILTOWN	Tier 1	

Agentes para trastorno bipolar

<i>lithium carb (Oral)</i>	LITHOBID	Tier 1	
<i>lithium citr (Oral)</i>	<i>lithium citr</i>	Tier 1	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
--------------------------------	-----------------------------------	-----------	----------------------

Reguladores de glucosa en la sangre

<i>acarbose (Oral)</i>	PRECOSE	Tier 1*	
ACTOPLUS MET (Oral)	<i>pioglitazone-metformin</i>	Tier 3*	
ACTOS (Oral)	<i>pioglitazone</i>	Tier 3*	
<i>alcohol swabs (Top)</i>	<i>isopropyl alcohol pad</i>	Tier 1	QL (100 per 30 days)
AVANDAMET (Oral)	<i>rosiglitazone-metformin</i>	Tier 3*	
AVANDARYL (Oral)	<i>rosiglitazone-glimepiride</i>	Tier 3*	
AVANDIA (Oral)	<i>rosiglitazone</i>	Tier 3*	
BYETTA (Inj)	<i>exenatide</i>	Tier 3*	PA
DUETACT (Oral)	<i>pioglitazone-glimepiride</i>	Tier 3*	
<i>gauze pads and dressing - 2x2 (Top)</i>	<i>gauze pads and dressing - 2x2</i>	Tier 1	QL (90 per 30 days)
<i>glimepiride (Oral)</i>	AMARYL	Tier 1*	
<i>glipizide (Oral)</i>	GLUCOTROL	Tier 1*	
<i>glipizide - metformin (Oral)</i>	METAGLIP	Tier 1*	
GLUCAGON (Inj)	<i>glucagon rdna</i>	Tier 3	
<i>glyburide (Oral)</i>	GLYNASE / DIABETE	Tier 1*	
<i>glyburide - metformin (Oral)</i>	GLUCOVANCE	Tier 1*	
GLYSET (Oral)	<i>miglitol</i>	Tier 4*	
HUMALOG (Inj)	<i>insulin lispro</i>	Tier 3*	
HUMULIN 50/50 (Inj)	<i>insulin human (regular) - insulin human, isophane</i>	Tier 3*	
HUMULIN 70/30 (Inj)	<i>insulin human (regular) - insulin human, isophane</i>	Tier 3*	
HUMULIN N (Inj)	<i>insulin human, isophane (nph)</i>	Tier 3*	
HUMULIN R (Inj)	<i>insulin human (regular)</i>	Tier 3*	
<i>insulin pen needle (Inj)</i>	<i>insulin pen needle</i>	Tier 1*	QL (100 per 30 days)
<i>insulin safety syringe (Inj)</i>	<i>insulin safety syringe</i>	Tier 1*	QL (100 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml (Inj)</i>	<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	Tier 1*	QL (100 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 1 ml (Inj)</i>	<i>insulin syringe (disp) u-100 1 ml</i>	Tier 1*	QL (100 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml (Inj)</i>	<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	Tier 1*	QL (100 per 30 days)
JANUMET (Oral)	<i>sitagliptin-metformin</i>	Tier 3*	
JANUVIA (Oral)	<i>sitagliptin</i>	Tier 3*	
LANTUS (Inj)	<i>insulin glargine</i>	Tier 3*	
LANTUS SOLOSTAR (Inj)	<i>insulin glargine</i>	Tier 4*	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
LEVEMIR (Inj)	<i>insulin detemir</i>	Tier 3*	
<i>metformin (Oral)</i>	GLUCOPHAGE	Tier 1*	
<i>metformin er (Oral)</i>	GLUCOPHAGE XL	Tier 1*	
NOVOLIN 70/30 (Inj)	<i>insulin human (regular) - insulin human, isophane</i>	Tier 5*	
NOVOLIN N (Inj)	<i>insulin human, isophane (nph)</i>	Tier 5*	
NOVOLIN R (Inj)	<i>insulin human (regular)</i>	Tier 5*	
NOVOLOG (Inj)	<i>insulin aspart (human analog)</i>	Tier 5*	
NOVOLOG FLEXPEN (Inj)	<i>insulin aspart (human analog)</i>	Tier 5*	
NOVOLOG MIX 70/30 (Inj)	<i>insulin aspart (human analog) - insulin aspart pro</i>	Tier 5*	
PRANDIN (Oral)	<i>repaglinide</i>	Tier 4*	
PROGLYCEM (Oral)	<i>diazoxide</i>	Tier 3	
STARLIX (Oral)	<i>nateglinide</i>	Tier 5*	
SYMLIN (Inj)	<i>pramlintide</i>	Tier 3*	PA
SYMLINPEN 60 (Inj)	<i>pramlintide</i>	Tier 4*	PA

Productos de la sangre/Modificadores/Expansores de volumen

AGGRENOX (Oral)	<i>aspirin-dipyridamole</i>	Tier 5*	
ARANESP (0.1 MG/ML - 100MCG) (Inj)	<i>darbepoetin alfa</i>	Tier 7	PA, QL (4 per 28 days)
ARANESP (0.025 MG/ML - 25MCG) (Inj)	<i>darbepoetin alfa</i>	Tier 6	PA, QL (4 per 28 days)
ARANESP (0.04 MG/ML - 40MCG) (Inj)	<i>darbepoetin alfa</i>	Tier 6	PA, QL (4 per 28 days)
ARANESP (0.06 MG/ML - 25MCG) (Inj)	<i>darbepoetin alfa</i>	Tier 6	PA, QL (2 per 28 days)
ARANESP (0.06 MG/ML - 60MCG) (Inj)	<i>darbepoetin alfa</i>	Tier 7	PA, QL (4 per 28 days)
ARANESP (0.1 MG/ML - 40MCG) (Inj)	<i>darbepoetin alfa</i>	Tier 6	PA, QL (2 per 28 days)
ARANESP (0.2 MG/ML - 100MCG) (Inj)	<i>darbepoetin alfa</i>	Tier 7	PA, QL (2 per 28 days)
ARANESP (0.2 MG/ML - 200MCG) (Inj)	<i>darbepoetin alfa</i>	Tier 7	PA, QL (4 per 28 days)
ARANESP (0.2 MG/ML - 60MCG) (Inj)	<i>darbepoetin alfa</i>	Tier 7	PA, QL (1 per 28 days)
ARANESP (0.3 MG/ML - 300MCG) (Inj)	<i>darbepoetin alfa</i>	Tier 7	PA, QL (4 per 28 days)
ARANESP (0.5 MG/ML - 150MCG) (Inj)	<i>darbepoetin alfa</i>	Tier 7	PA, QL (1 per 28 days)

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Limites
ARANESP (0.5 MG/ML - 300MCG) (Inj)	<i>darbepoetin alfa</i>	Tier 7	PA, QL (2 per 28 days)
ARANESP (0.5 MG/ML - 500MCG) (Inj)	<i>darbepoetin alfa</i>	Tier 7	PA, QL (4 per 28 days)
ARANESP (0.5 MG/ML -200MCG) (Inj)	<i>darbepoetin alfa</i>	Tier 7	PA, QL (2 per 28 days)
ARIXTRA (10MG/0.8ML) (Inj)	<i>fondaparinux</i>	Tier 7	PA
ARIXTRA (2.5MG/0.5ML) (Inj)	<i>fondaparinux</i>	Tier 6	PA
ARIXTRA (5MG/0.4ML) (Inj)	<i>fondaparinux</i>	Tier 7	PA
ARIXTRA (7MG/0.6ML) (Inj)	<i>fondaparinux</i>	Tier 7	PA
<i>cilostazol (Oral)</i>	PLETAL	Tier 1*	
COUMADIN (Oral)	<i>warfarin</i>	Tier 4*	
COUMADIN (2MG/ML) (Inj)	<i>warfarin</i>	Tier 4*	
CYKLOKAPRON (Inj)	<i>tranexamic acid</i>	Tier 4	
<i>dipyridamole (Oral)</i>	PERSANTINE	Tier 1*	
EPOGEN (Inj)	<i>epoetin alfa</i>	Tier 7	PA
EPOGEN (2000 - 3000 - 4000U/ML) (Inj)	<i>epoetin alfa</i>	Tier 4	PA, QL (15 per 30 days)
FRAGMIN (Inj)	<i>dalteparin</i>	Tier 6	PA
HEP SOD/NACL (Inj)	<i>hep sod/nacl</i>	Tier 6	PA
HEPARIN (Inj)	<i>heparin</i>	Tier 6	PA
<i>heparin sodium (Inj)</i>	<i>heparin</i>	Tier 6	PA
<i>heparin sodium - dextrose 5% (Inj)</i>	<i>heparin sodium - dextrose 5%</i>	Tier 6	PA
<i>heparin sodium - dextrose 5% (Inj)</i>	<i>heparin sodium -dextrose 5%</i>	Tier 6	PA
<i>heparin sodium - sodium chloride 0.9% (Inj)</i>	<i>heparin sodium - sodium chloride 0.9%</i>	Tier 6	PA
INNOHEP (Inj)	<i>tinzaparin</i>	Tier 6	PA
<i>jantoven (Oral)</i>	COUMADIN	Tier 1*	
LOVENOX (Inj)	<i>enoxaparin</i>	Tier 7	PA
LOVENOX (30MG/0.3ML / 40MG/0.4ML) (Inj)	<i>enoxaparin</i>	Tier 6	PA
NEULASTA (Inj)	<i>pegfilgrastim</i>	Tier 7	PA
NEUPOGEN (Inj)	<i>filgrastim</i>	Tier 7	PA
<i>pentoxifylline (Oral)</i>	TRENTAL	Tier 1*	
PLAVIX (Oral)	<i>clopidogrel</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
PROCRIT (Inj)	<i>epoetin alfa</i>	Tier 7	PA
PROCRIT (2000 - 3000 - 4000U/ML) (Inj)	<i>epoetin alfa</i>	Tier 4	PA, QL (15 per 30 days)
PROMACTA (Oral)	<i>eltrombopag</i>	Tier 7	
<i>ticlopidine (Oral)</i>	TICLID	Tier 1*	
<i>warfarin (Oral)</i>	COUMADIN / JANTOVEN	Tier 1*	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
--------------------------------	-----------------------------------	-----------	----------------------

Agentes cardiovasculares

<i>acebutolol (Oral)</i>	SECTRAL	Tier 1*	
<i>acetazolamide (Inj)</i>	DIAMOX	Tier 6	PA
ADVICOR (Oral)	<i>lovastatin-niacin</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
<i>amiloride (Oral)</i>	<i>amiloride</i>	Tier 1*	
<i>amiloride hct (Oral)</i>	MODURETIC	Tier 1*	
<i>amiodarone (Inj)</i>	CORDARONE	Tier 6	PA
<i>amiodarone (Oral)</i>	CORDARONE	Tier 1*	
<i>amlodipine (Oral)</i>	NORVASC	Tier 1*	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine - benazepril (Oral)</i>	LOTREL	Tier 2*	QL (30 per 30 days)
ANTARA (Oral)	<i>fenofibrate</i>	Tier 4*	
ATACAND (Oral)	<i>candesartan</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
ATACAND HCT (Oral)	<i>candesartan hct</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
<i>atenolol (Oral)</i>	TENORMIN	Tier 1*	
<i>atenolol - chlorthalidone (Oral)</i>	TENORETIC	Tier 1*	
AZOR (Oral)	<i>amlodipine - olmesartan</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
<i>benazepril (Oral)</i>	LOTENSIN	Tier 1*	
<i>benazepril hct (Oral)</i>	LOTENSIN HCT	Tier 1*	
BENICAR (Oral)	<i>olmesartan</i>	Tier 3*	QL (30 per 30 days)
BENICAR HCT (Oral)	<i>olmesartan hct</i>	Tier 3*	QL (30 per 30 days)
<i>betaxolol (Oral)</i>	KERLONE	Tier 1*	
<i>bisoprolol (Oral)</i>	ZEBETA	Tier 1*	
<i>bisoprolol hct (Oral)</i>	ZIAC	Tier 1*	
<i>bumetanide (Oral)</i>	BUMEX	Tier 1*	
CADUET (Oral)	<i>atorvastatin - amlodipine</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
<i>captopril (Oral)</i>	CAPOTEN	Tier 1*	
<i>captopril hct (Oral)</i>	CAPOZIDE	Tier 1*	
<i>cartia xt (Oral)</i>	<i>diltiazem cd</i>	Tier 1*	
<i>carvedilol (Oral)</i>	COREG	Tier 1*	
CATAPRES-TTS (TD)	<i>clonidine patch</i>	Tier 5*	QL (4 per 28 days)
<i>chlorothiazide (Oral)</i>	<i>chlorothiazide</i>	Tier 1*	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
<i>chlorthalidone (Oral)</i>	<i>chlorthalidone</i>	Tier 1*	
<i>cholestyramine (Oral)</i>	QUESTRAN	Tier 2*	
<i>clonidine (Oral)</i>	CATAPRES	Tier 1*	
<i>colestipol (Oral)</i>	COLESTID	Tier 1*	
CRESTOR (Oral)	<i>rosuvastatin</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
<i>digoxin (Inj)</i>	LANOXIN	Tier 6*	PA
<i>digoxin (Oral)</i>	LANOXIN	Tier 1*	
<i>dilt-cd (Oral)</i>	CARDIZEM CD	Tier 1*	
<i>dilt-cd (Oral)</i>	<i>diltiazem cd</i>	Tier 1*	
<i>dilt-xr (Oral)</i>	<i>diltiazem cd</i>	Tier 1*	
<i>diltiazem (Inj)</i>	CARDIZEM	Tier 6	PA
<i>diltiazem (Oral)</i>	TIAZAC	Tier 1*	
<i>diltiazem cd (Oral)</i>	TIAZAC	Tier 1*	
<i>diltiazem sr (Oral)</i>	CARDIZEM SR	Tier 1*	
<i>diltzac (Oral)</i>	<i>diltiazem cd</i>	Tier 1*	
DIOVAN (Oral)	<i>valsartan</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
DIOVAN HCT (Oral)	<i>valsartan hct</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
<i>disopyramide (Oral)</i>	NORPACE	Tier 2*	
<i>doxazosin (Oral)</i>	CARDURA	Tier 1*	
DYRENIUM (Oral)	<i>triamterene</i>	Tier 4*	
<i>enalapril (Oral)</i>	VASOTEC	Tier 1*	
<i>enalapril hct (Oral)</i>	VASERETIC	Tier 1*	
EXFORGE (Oral)	<i>amlodipine - olmesartan</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
EXFORGE HCT (Oral)	<i>amlodipine - valsartan - hct</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
<i>felodipine er (Oral)</i>	PLENDIL	Tier 1*	
<i>fenofibrate (Oral)</i>	TRICOR	Tier 1*	
<i>flecainide (Oral)</i>	TAMBOCOR	Tier 2*	
<i>fosinopril (Oral)</i>	MONOPRIL	Tier 1*	
<i>fosinopril hct (Oral)</i>	MONOPRIL HCT	Tier 1*	
<i>furosemide (Inj)</i>	LASIX	Tier 1*	
<i>furosemide (Oral)</i>	LASIX	Tier 1*	
<i>gemfibrozil (Oral)</i>	LOPID	Tier 1*	
<i>guanfacine (Oral)</i>	TENEX	Tier 1*	
<i>hydralazine (Oral)</i>	<i>hydralazine</i>	Tier 1*	
<i>hydrochlorothiazide (Oral)</i>	MICROZIDE	Tier 1*	
<i>hydrochlorothiazide - triamterene (Oral)</i>	MAXZIDE / DYAZIDE	Tier 1*	
<i>indapamide (Oral)</i>	LOZOL	Tier 1*	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
INSPRA (Oral)	<i>eplerenone</i>	Tier 5*	
<i>isosorbide dinitrate (SL)</i>	ISORDIL	Tier 1	
<i>isosorbide dinitrate (Oral)</i>	ISORDIL	Tier 1*	
<i>isosorbide mononitrate er (Oral)</i>	IMDUR	Tier 1*	
<i>isradipine (Oral)</i>	DYNACIRC	Tier 1*	
<i>labetalol (Inj)</i>	TRANDATE IV	Tier 6	PA
<i>labetalol (Oral)</i>	TRANDATE	Tier 1*	
LANOXIN (Oral)	<i>digoxin</i>	Tier 4*	
LETAIRIS (Oral)	<i>ambrisentan</i>	Tier 7*	PA
LIPITOR (Oral)	<i>atorvastatin</i>	Tier 3*	QL (30 per 30 days)
<i>lisinopril (Oral)</i>	ZESTRIL / PRINIVIL	Tier 1*	
<i>lisinopril hct (Oral)</i>	ZESTRIL / PRINIVIL	Tier 1*	
LOFIBRA (Oral)	<i>fenofibrate</i>	Tier 5*	
<i>lovastatin (Oral)</i>	MEVACOR	Tier 2*	QL (60 per 30 days)
LOVAZA (Oral)	<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	Tier 4*	QL (120 per 30 days)
<i>methazolamide (Oral)</i>	<i>methazolamide</i>	Tier 1*	
<i>methyclothiazide (Oral)</i>	<i>methyclothiazide</i>	Tier 1*	
<i>methyldopa (Oral)</i>	ALDOMET	Tier 1*	
<i>methyldopa hct (Oral)</i>	<i>methyldopa hct</i>	Tier 1*	
METHYLDOPATE (Inj)	<i>methyldopate</i>	Tier 6	PA
<i>metolazone (Oral)</i>	ZAROXOLYN	Tier 1*	
<i>metoprolol (Inj)</i>	LOPRESSOR	Tier 6	PA
<i>metoprolol (Oral)</i>	LOPRESSOR	Tier 1*	
<i>metoprolol er (Oral)</i>	TOPROL XL	Tier 1*	
<i>metoprolol hct (Oral)</i>	LOPRESSOR HCT	Tier 1*	
<i>mexiletine (Oral)</i>	<i>mexiletine</i>	Tier 1*	
<i>midodrine (Oral)</i>	PROAMATINE	Tier 2	
<i>minoxidil (Oral)</i>	LONITEN	Tier 1*	
<i>moexipril (Oral)</i>	UNIVASC	Tier 1*	
<i>moexipril hct (Oral)</i>	UNIRETIC	Tier 1*	
<i>nadolol (Oral)</i>	CORGARD	Tier 1*	
<i>nadolol - bendroflumethiazide (Oral)</i>	CORZIDE	Tier 1*	
<i>niacin (Oral)</i>	NIACOR	Tier 1	
NIASPAN (Oral)	<i>niacin er</i>	Tier 3*	QL (60 per 30 days)
<i>nicardipine (Oral)</i>	CARDENE	Tier 1*	
<i>nifedipine (Oral)</i>	PROCARDIA	Tier 1*	
<i>nifedipine er (Oral)</i>	PROCARDIA XL / ADALAT CC	Tier 1*	
<i>nimodipine (Oral)</i>	NIMOTOP	Tier 2*	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
<i>nisoldipine (Oral)</i>	SULAR	Tier 1	
NITRO-DUR (TD)	<i>nitroglycerin</i>	Tier 4*	
<i>nitroglycerin (TD)</i>	NITRO-DUR	Tier 1*	
<i>nitroglycerin transdermal (TD)</i>	NITRO-DUR	Tier 1*	
NITROLINGUAL SPRAY (TL)	<i>nitroglycerin spray</i>	Tier 4	
NITROSTAT (SL)	<i>nitroglycerin</i>	Tier 4	
PACERONE (Oral)	<i>amiodarone</i>	Tier 5*	
<i>pindolol (Oral)</i>	<i>pindolol</i>	Tier 1*	
<i>pravastatin (Oral)</i>	PRAVACHOL	Tier 2*	QL (30 per 30 days)
<i>pravastatin (40mg) (Oral)</i>	PRAVACHOL	Tier 2*	QL (60 per 30 days)
<i>prazosin (Oral)</i>	MINIPRESS	Tier 1*	
<i>propafenone (Oral)</i>	RYTHMOL	Tier 2*	
<i>propranolol (Oral)</i>	INDERAL	Tier 1*	
<i>propranolol er (Oral)</i>	INDERAL LA	Tier 1*	
<i>propranolol hct (Oral)</i>	INDERIDE	Tier 1*	
<i>quinapril (Oral)</i>	ACCUPRIL	Tier 1*	
<i>quinapril hct (Oral)</i>	ACCURETIC	Tier 1*	
<i>quinidine gluc cr (Oral)</i>	<i>quinidine gluc cr</i>	Tier 2*	
<i>quinidine sulf (Oral)</i>	<i>quinidine sulf</i>	Tier 1*	
<i>ramipril (Oral)</i>	ALTACE	Tier 2*	
RANEXA (Oral)	<i>ranolazine</i>	Tier 4*	PA
RYTHMOL SR (Oral)	<i>propafenone</i>	Tier 4*	
<i>simvastatin (Oral)</i>	ZOCOR	Tier 1*	QL (30 per 30 days)
<i>sotalol (Oral)</i>	BETAPACE	Tier 1*	
<i>spironolactone (Oral)</i>	ALDACTONE	Tier 1*	
<i>spironolactone hct (Oral)</i>	ALDACTAZIDE	Tier 1*	
SULAR (Oral)	<i>nisoldipine</i>	Tier 4*	
<i>taztia xt (Oral)</i>	<i>diltiazem cd</i>	Tier 1*	
TEKTURNA (Oral)	<i>aliskiren</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
TEKTURNA HCT (Oral)	<i>aliskiren hct</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
<i>terazosin (Oral)</i>	HYTRIN	Tier 1*	
TIKOSYN (Oral)	<i>dofetilide</i>	Tier 4*	
<i>torse mide (Oral)</i>	DEMADEX	Tier 1*	
TRACLEER (Oral)	<i>bosentan</i>	Tier 7*	PA
<i>trandolapril (Oral)</i>	MAVIK	Tier 1*	
<i>triamterene hct (Oral)</i>	DYAZIDE	Tier 1*	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
TRICOR (Oral)	<i>fenofibrate</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
TRIGLIDE (Oral)	<i>fenofibrate</i>	Tier 5*	
TRILIPIX (Oral)	<i>choline fenofibrate</i>	Tier 5	QL (30 per 30 days)
<i>verapamil (Inj)</i>	CALAN / ISOPTIN	Tier 6	PA
<i>verapamil (Oral)</i>	CALAN / ISOPTIN	Tier 1*	
<i>verapamil er (Oral)</i>	CALAN SR / ISOPTIN SR	Tier 1*	
VYTORIN (Oral)	<i>simvastatin - ezetimibe</i>	Tier 3*	QL (30 per 30 days)
WELCHOL (Oral)	<i>colesevelam</i>	Tier 5*	
ZETIA (Oral)	<i>ezetimibe</i>	Tier 4*	QL (30 per 30 days)

Agentes del sistema nervioso central

<i>amphetamine salt combo (Oral)</i>	<i>amphetamine</i>	Tier 1*	
<i>dextroamphetamine (Oral)</i>	DEXEDRINE	Tier 1*	
<i>methylphenidate (Oral)</i>	RITALIN	Tier 1*	
PROVIGIL (Oral)	<i>modafinil</i>	Tier 4*	QL (60 per 30 days)
RILUTEK (Oral)	<i>riluzole</i>	Tier 5*	
STRATTERA (Oral)	<i>atomoxetine</i>	Tier 5*	QL (60 per 30 days)
XENAZINE (Oral)	<i>tetrabenazine</i>	Tier 7	
XYREM (Oral)	<i>sodium oxybate</i>	Tier 5	PA

Agentes dentales y bucales

<i>chlorhexidine gluconate (MT)</i>	PERIDEX ORAL RINSE	Tier 1	
<i>pilocarpine (Oral)</i>	SALAGEN	Tier 2	
<i>triamcinolone acet (MT)</i>	KENALOG/ORAB	Tier 1	

Agentes dermatológicos

8-MOPBRO (Oral)	<i>methoxsalen</i>	Tier 4	
ALDARA (Top)	<i>imiquimod</i>	Tier 5	
AMEVIVE (Inj)	<i>alefacept</i>	Tier 7	PA
<i>ammonium lactate (Top)</i>	LAC-HYDRIN	Tier 1	
<i>avita (Top)</i>	RETIN-A	Tier 2	
<i>benzoyl peroxide - erythromycin (Top)</i>	BENZAMYCIN	Tier 2	
<i>calcipotriene (Top)</i>	DOVONEX	Tier 2	
<i>clotrimazole - betamethasone (Top)</i>	LOTRISONE	Tier 1	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
CONDYLOX (Top)	<i>podofilox</i>	Tier 4	
DOVONEX (Top)	<i>calcipotriene</i>	Tier 5	
ELIDEL (Top)	<i>pimecrolimus</i>	Tier 4	
<i>fluorouracil (Top)</i>	EFUDEX	Tier 2	
<i>hydrocortisone (Rec)</i>	ANUSOL-HC	Tier 1	
<i>hydrocortisone (Rec)</i>	COLOCORT	Tier 2	
<i>hydrocortisone acetate - urea (Top)</i>	CARMOL-HC	Tier 1	
<i>isotretinoin (Oral)</i>	ACCUTANE	Tier 1	
<i>lactic acid (Top)</i>	LAC-HYDRIN	Tier 1	
<i>lidocaine (Top)</i>	XYLOCAINE	Tier 1	
LIDODERM (Top)	<i>lidocaine</i>	Tier 4	
<i>podofilox (Top)</i>	CONDYLOX	Tier 2	
PROTOPIC (Top)	<i>tacrolimus</i>	Tier 5	
REGRANEX (Top)	<i>becaplermin</i>	Tier 5	
SANTYL (Top)	<i>collagenase</i>	Tier 4	
<i>selenium sulfide (Top)</i>	SELSUN	Tier 1	
SELSUN SHAMPOO (Top)	<i>selenium sulf</i>	Tier 4	
SOLARAZE (Top)	<i>diclofenac</i>	Tier 4	
TAZORAC (Top)	<i>tazarotene</i>	Tier 5	
<i>tretinoin (Top)</i>	RETIN-A	Tier 2	
VEREGEN (Top)	<i>sinecatechins</i>	Tier 5	

Reemplazos/Modificadores enzimáticos

ADAGEN (Inj)	<i>pegademase bovine</i>	Tier 7	PA
ALDURAZYME (Inj)	<i>laronidase</i>	Tier 7	PA
BUPHENYL (Oral)	<i>sodium phenylbutyrate</i>	Tier 5	
CEREDASE (Inj)	<i>alglucerase</i>	Tier 7	PA
CEREZYME (Inj)	<i>imiglucerase</i>	Tier 7	PA
CREON (Oral)	<i>amylases - endopeptidases - lipase</i>	Tier 4*	
CYSTADANE (Oral)	<i>betaine (trimethylglycine)</i>	Tier 5	
CYSTAGON (Oral)	<i>cysteamine</i>	Tier 5	
ELAPRASE (Inj)	<i>idursulfase</i>	Tier 7	PA
FABRAZYME (Inj)	<i>agalsidase beta</i>	Tier 7	PA
KUVAN (Oral)	<i>sapropterin</i>	Tier 4*	PA
<i>levocarnitine (Oral)</i>	CARNITOR	Tier 1	
LIPRAM (Oral)	<i>amylases - endopeptidases - lipase</i>	Tier 4*	
NAGLAZYME (Inj)	<i>galsulfase</i>	Tier 7	PA
ORFADIN (Oral)	<i>nitisinone</i>	Tier 7	PA
PANCREASE MT (Oral)	<i>amylases - endopeptidases - lipase</i>	Tier 4*	
PANCRECARB MS (Oral)	<i>amylases - endopeptidases - lipase</i>	Tier 4*	
PANCRECARB MS-8 (Oral)	<i>amylases - endopeptidases - lipase</i>	Tier 4*	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
PANCRELIPASE (Oral)	<i>amylases - endopeptidases - lipase</i>	Tier 4*	
PANCRELIPASE MST (Oral)	<i>amylases - endopeptidases - lipase</i>	Tier 4*	
PANCRON (Oral)	<i>amylases - endopeptidases - lipase</i>	Tier 4*	
SUCRAID (Oral)	<i>sacrosidase 8500 unt/ml</i>	Tier 5	
ULTRASE (Oral)	<i>amylases - endopeptidases - lipase</i>	Tier 4*	
ULTRASE MT (Oral)	<i>amylases - endopeptidases - lipase</i>	Tier 4*	
VIKASE (Oral)	<i>amylases - endopeptidases - lipase</i>	Tier 4*	
ZAVESCA (Oral)	<i>miglustat</i>	Tier 7*	PA

Agentes gastrointestinales

AMITIZA (Oral)	<i>lubiprostone</i>	Tier 5*	QL (60 per 30 days)
<i>atropine - diphenoxylate (Oral)</i>	LOMOTIL	Tier 1	
<i>cimetidine (Inj)</i>	TAGAMET	Tier 6	PA
<i>cimetidine (Oral)</i>	TAGAMET	Tier 1*	
<i>colyte (Oral)</i>	<i>peg 3350 sol electrolyte</i>	Tier 2	
<i>dicyclomine (Inj)</i>	BENTYL	Tier 6	PA
<i>dicyclomine (Oral)</i>	BENTYL	Tier 1	
<i>diphenoxylate/atropine (Oral)</i>	LOMOTIL	Tier 1	
<i>enulose (Oral)</i>	<i>lactulose</i>	Tier 1	
<i>famotidine (Inj)</i>	PEPCID I.V.	Tier 6	PA
<i>famotidine (Oral)</i>	PEPCID	Tier 1*	
GASTROCROM (Oral)	<i>cromolyn</i>	Tier 4	
<i>generlac (Oral)</i>	<i>lactulose</i>	Tier 1	
<i>glycopyrrolate (Inj)</i>	ROBINUL	Tier 6	PA
<i>glycopyrrolate (Oral)</i>	ROBINUL	Tier 2	
GOLYTELY (Oral)	<i>peg 3350 sol electrolyte</i>	Tier 4	
<i>lactulose (Oral)</i>	CONSTULOSE / CEPHULAC / ENULOSE	Tier 1	
LOTRONEX (Oral)	<i>alose tron</i>	Tier 4*	PA, QL (60 per 30 days)
<i>methscopolamine (Oral)</i>	PAMINE	Tier 1	
<i>misoprostol (Oral)</i>	CYTOTEC	Tier 1	
NEXIUM (Oral)	<i>esomeprazole</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days), ST
<i>nizatidine (Oral)</i>	AXID	Tier 1*	
<i>omeprazole (Oral)</i>	PRILOSEC	Tier 1*	QL (60 per 30 days)
<i>peg 3350 sol electrolyte (Oral)</i>	COLYTE / GOLYTELY	Tier 1	
PREVACID (Oral)	<i>lansoprazole</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days), ST

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
PREVACID SOLUTAB (Oral)	<i>lansoprazole</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days), ST
PROTONIX (Inj)	<i>pantoprazole</i>	Tier 6	PA
PROTONIX (Oral)	<i>pantoprazole</i>	Tier 4*	QL (30 per 30 days)
PYLERA (Oral)	<i>bismuth subcitrate - metronidazole tetracycline</i>	Tier 5	
<i>ranitidine (Inj)</i>	ZANTAC	Tier 6	PA
<i>ranitidine (Oral)</i>	ZANTAC	Tier 1*	
RELISTOR (Inj)	<i>methylnaltrexone</i>	Tier 6	PA
<i>sucralfate (Oral)</i>	CARAFATE	Tier 1	
<i>trilyte sol (Oral)</i>	NULYTELY	Tier 1	
<i>ursodeoxycholate (Oral)</i>	URSO 250	Tier 2	
<i>ursodeoxycholate (Oral)</i>	URSO FORTE	Tier 2	
<i>ursodiol (Oral)</i>	ACTIGALL	Tier 2	

Agentes genitourinarios

AVODART (Oral)	<i>dutasteride</i>	Tier 4*	QL (30 per 30 days)
<i>bethanechol (Oral)</i>	URECHOLINE	Tier 2	
<i>calcium acetate (Oral)</i>	PHOSLO	Tier 1	
CIALIS (Oral)**	<i>tadalafil</i>	Tier 4	QL (4 per 30 days)
DETROL (Oral)	<i>tolterodine</i>	Tier 4*	QL (60 per 30 days)
DETROL LA (Oral)	<i>tolterodine</i>	Tier 4*	QL (30 per 30 days)
ELMIRON (Oral)	<i>pentosan polysulfate</i>	Tier 5	
ENABLEX (Oral)	<i>darifenacin</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
<i>finasteride (Oral)</i>	PROSCAR	Tier 2*	QL (30 per 30 days)
<i>flavoxate (Oral)</i>	URISPAS	Tier 1	
FLOMAX (Oral)	<i>tamsulosin</i>	Tier 4*	QL (60 per 30 days)
FOSRENOL (Oral)	<i>fosrenol</i>	Tier 5*	
<i>neomycin - polymyxin b (IR)</i>	NEOSPORIN GU	Tier 1	
<i>oxybutynin (Oral)</i>	DITROPAN	Tier 1*	
<i>oxybutynin er (Oral)</i>	DITROPAN XL	Tier 1*	
RENVELA (Oral)	<i>sevelamer</i>	Tier 5*	
<i>sodium chloride irrigation (IR)</i>	<i>sodium chloride irrigation</i>	Tier 1	
<i>sterile water irrigation (IR)</i>	<i>sterile water irrigation</i>	Tier 1	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Limites
THIOLA (Oral)	<i>tiopronin</i>	Tier 4	
TOVIAZ (Oral)	<i>fesoterodine</i>	Tier 4*	
VESICARE (Oral)	<i>solifenacin</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
VIAGRA (Oral)**	<i>sildennadil</i>	Tier 4	QL (4 per 30 days)

Agentes hormonales/ Estimulantes/ Reemplazo/ Modificadores (Suprarrenales)

<i>alclometasone (Top)</i>	ACLOVATE	Tier 1	
<i>amcinonide (Top)</i>	<i>amcinonide</i>	Tier 1	
<i>amcinonide (Top)</i>	CYCLOCORT	Tier 1	
<i>augmented betamethasone diprop (Top)</i>	DIPROLENE	Tier 1	
<i>betamethasone diprop (Top)</i>	DEL-BETA	Tier 1	
<i>betamethasone valerate (Top)</i>	BETA-VAL	Tier 1	
<i>clobetasol (Top)</i>	TEMOVATE	Tier 1	
<i>clobetasol e (Top)</i>	TEMOVATE E	Tier 1	
<i>desonide (Top)</i>	DESOWEN	Tier 1	
<i>desoximetasone (Top)</i>	TOPICORT	Tier 2	
<i>diflorasone (Top)</i>	PSORCON	Tier 2	
<i>fludrocortisone (Oral)</i>	FLORINEF	Tier 1	
<i>fluocinolone (Top)</i>	SYNALAR	Tier 1	
<i>fluocinonide e (Top)</i>	LIDEX-E	Tier 1	
<i>fluticasone (Top)</i>	CUTIVATE	Tier 2	
<i>halobetasol (Top)</i>	ULTRAVATE	Tier 2	
<i>hydrocortisone (Top)</i>	HYTONE	Tier 1	
<i>mometasone (Top)</i>	ELOCON	Tier 1	
<i>prednicarbate (Top)</i>	DERMATOP	Tier 1	
<i>triamcinolone acet (Top)</i>	KENALOG	Tier 1	

Agentes hormonales/ Estimulantes/ Reemplazo/ Modificadores (Pituitarias)

<i>desmopressin (Inj)</i>	DDAVP	Tier 6	PA
<i>desmopressin (NS)</i>	DDAVP	Tier 1	
<i>desmopressin (Oral)</i>	DDAVP	Tier 1*	
GENOTROPIN (Inj)	<i>somatropin</i>	Tier 6	PA
<i>gonadotropin, chorionic (Inj)</i>	GONADOTROPIN, CHORIONIC	Tier 6	PA
INCRELEX (Inj)	<i>mecasermin</i>	Tier 6	PA
NORDITROPIN (Inj)	<i>somatropin</i>	Tier 7	PA
NUTROPIN (Inj)	<i>somatropin</i>	Tier 6	PA
NUTROPIN AQ (Inj)	<i>somatropin</i>	Tier 6	PA
SOMATULINE DEPOT (Inj)	<i>lanreotide</i>	Tier 7	PA

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Limites
TEV-TROPIN (Inj)	<i>somatropin</i>	Tier 7	PA

Agentes hormonales/ Estimulantes/ Reemplazo/ Modificadores (Hormonas sexuales/Modificadores)

ANADROL-50 (Oral)	<i>oxymetholone</i>	Tier 4	
ANDRODERM (TD)	<i>testosterone</i>	Tier 5	QL (30 per 30 days)
ANDROGEL (Top)	<i>testosterone</i>	Tier 5	QL (300 per 30 days)
<i>androxy (Oral)</i>	<i>fluoxymesterone</i>	Tier 2*	
<i>danazol (Oral)</i>	DANOCRINE	Tier 1	
<i>desogestrel - ethinyl estradiol (Oral)</i>	CYCLESSA	Tier 1	
<i>desogestrel - ethinyl estradiol (Oral)</i>	ORTHO-CEPT	Tier 1	
ENDOMETRIN (Vag)	<i>progesterone</i>	Tier 5	
<i>estradiol (Oral)</i>	ESTRACE	Tier 1*	
<i>estradiol (TD)</i>	ESTRACE	Tier 1*	
<i>estradiol (Oral)</i>	GYNODIOL	Tier 1*	
<i>estropipate (Oral)</i>	OGEN	Tier 1*	
<i>estropipate (Oral)</i>	ORTHO-EST	Tier 1*	
<i>ethinyl estradiol - ethynodiol diacetate (Oral)</i>	DEMULEN	Tier 1	
<i>ethinyl estradiol - ferrous fumarate norethindrone (Oral)</i>	LOESTRIN FE	Tier 1	
<i>ethinyl estradiol - levonorgestrel (Oral)</i>	ALESSE	Tier 1	
<i>ethinyl estradiol - levonorgestrel (Oral)</i>	SEASONALE	Tier 1	
<i>ethinyl estradiol - levonorgestrel (Oral)</i>	TRI-LEVLEN	Tier 1	
<i>ethinyl estradiol - norethindrone (Oral)</i>	LOESTRIN	Tier 1	
<i>ethinyl estradiol - norethindrone (Oral)</i>	ORTHO-NOVUM	Tier 1	
<i>ethinyl estradiol - norgestimate (Oral)</i>	ORTHO TRI-CYCLEN LO	Tier 1	
<i>ethinyl estradiol - norgestimate (Oral)</i>	ORTHO-CYCLEN	Tier 1	
<i>ethinyl estradiol - norgestimate (Oral)</i>	TRI-PREVIFEM	Tier 1	
<i>ethinyl estradiol - norgestrel (Oral)</i>	LO/OVRAL	Tier 1	
EVISTA (Oral)	<i>raloxifene</i>	Tier 4*	QL (30 per 30 days)
LYBREL (Oral)	<i>ethinyl estradiol - levonorgestrel</i>	Tier 5	
<i>medroxyprogesterone (Inj)</i>	DEPO-PROVERA	Tier 6	
<i>medroxyprogesterone (Oral)</i>	PROVERA	Tier 1*	
<i>megestrol (Oral)</i>	MEGACE	Tier 2	PA
<i>megestrol susp (Oral)</i>	MEGACE SUSP	Tier 2	PA
<i>mestranol - norethindrone (Oral)</i>	ORTHO-NOVUM	Tier 1	
<i>necon (Oral)</i>	<i>ethinyl estradiol - norethindrone</i>	Tier 1	
<i>norethindrone (Oral)</i>	ORTHO MICRONOR	Tier 1	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Limites
<i>norethindrone (Oral)</i>	AYGESTIN	Tier 1*	
<i>nortrel 0.5/35 (28) (Oral)</i>	BREVICON	Tier 1	
ORTHO EVRA (TD)	<i>ethinyl estradiol - norelgestromin</i>	Tier 4	
<i>oxandrolone (Oral)</i>	OXANDRIN	Tier 1	
PREMARIN (Vag)	<i>estrogens, conjugated</i>	Tier 4	
PREMARIN (Oral)	<i>estrogens, conjugated</i>	Tier 4*	
PREMPHASE (Oral)	<i>estrogens, conjugated - medroxyprogesterone</i>	Tier 4*	
PREMPRO (Oral)	<i>estrogens, conjugated - medroxyprogesterone</i>	Tier 4*	
TESTIM (TD)	<i>testosterone</i>	Tier 5	
<i>testosterone cyp (Inj)</i>	DEPO-TESTOSTERONE	Tier 6	PA
<i>testosterone enanth (Inj)</i>	DELATESTRYL	Tier 6	PA

Agentes hormonales/ Estimulantes/ Reemplazo/ Modificadores (Tiroides)

CYTOMEL (Oral)	<i>liothyronine</i>	Tier 4*	
<i>levothyroxine (Oral)</i>	SYNTHROID	Tier 1*	
<i>levoxyl (Oral)</i>	SYNTHROID	Tier 1*	
SYNTHROID (Oral)	<i>levothyroxine</i>	Tier 3*	
<i>triiodothyronine (Oral)</i>	CYTOMEL	Tier 1*	
<i>unithroid (Oral)</i>	LEVOTHYROXINE	Tier 1*	

Agentes hormonales/ Supresores (Suprarrenales)

LYSODREN (Oral)	<i>mitotane</i>	Tier 4	
-----------------	-----------------	--------	--

Agentes hormonales/ Supresores (Paratiroides)

SENSIPAR (Oral)	<i>cinacalcet</i>	Tier 4*	
-----------------	-------------------	---------	--

Agentes hormonales/ Supresores (Pituitarias)

<i>cabergoline (Oral)</i>	DOSTINEX	Tier 2	
<i>leuprolide sc (Inj)</i>	LUPRON SC	Tier 6	PA
LUPRON DEPOT (3.75MG) (Inj)	<i>leuprolide depot</i>	Tier 6	PA
LUPRON DEPOT (7.5MG) (Inj)	<i>leuprolide depot</i>	Tier 7	PA
LUPRON DEPOT-PED (Inj)	<i>leuprolide depot-ped</i>	Tier 7	PA
<i>octreotide acetate (Inj)</i>	SANDOSTATIN	Tier 1	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT (Inj)	<i>octreotide</i>	Tier 5	PA
SOMAVERT (Inj)	<i>pegvisomant</i>	Tier 6	PA
SYNAREL (NS)	<i>nafarelin</i>	Tier 4	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Limites
--------------------------------	-----------------------------------	-----------	----------------------

Agentes hormonales/ Estimulantes/ Reemplazo/ Modificadores (Hormonas sexuales/Modificadores)

<i>bicalutamide (Oral)</i>	CASODEX	Tier 1*	QL (30 per 30 days)
CASODEX (Oral)	<i>bicalutamide</i>	Tier 5	QL (30 per 30 days)
<i>flutamide (Oral)</i>	EULEXIN	Tier 2	
NILANDRON (Oral)	<i>nilutamide</i>	Tier 5	

Agentes hormonales/ Supresores (Tiroides)

<i>methimazole (Oral)</i>	TAPAZOLE	Tier 1*	
<i>propylthiouracil (Oral)</i>	<i>propylthiouracil</i>	Tier 1*	

Agentes inmunológicos

ACTHIB (Inj)	<i>haemophilus b polysaccharide conj vaccine</i>	Tier 6	PA
ACTIMMUNE (Inj)	<i>interferon gamma-1b</i>	Tier 6	PA
ADACEL (Inj)	<i>acellular pertussis - diphtheria toxoid tetanus</i>	Tier 6	PA
ALFERON N (Inj)	<i>interferon alfa-n3</i>	Tier 7	PA
ATTENUVAX (Inj)	<i>measles virus vaccine</i>	Tier 6	PA
AVONEX (Inj)	<i>interferon beta-1a</i>	Tier 7	PA, QL (4 per 28 days)
AZASAN (Oral)	<i>azathioprine</i>	Tier 5*	PA
AZATHIOPRINE (Inj)	<i>azathioprine</i>	Tier 6	PA
<i>azathioprine (Oral)</i>	IMURAN	Tier 1*	PA
BETASERON (Inj)	<i>interferon beta-1b</i>	Tier 7	PA
BOOSTRIX (Inj)	<i>acellular pertussis and diphtheria toxoid and teta</i>	Tier 6	PA
CARIMUNE (Inj)	<i>globulin, immune</i>	Tier 7	PA
CELLCEPT (Oral)	<i>mycophenolate</i>	Tier 7*	PA
CELLCEPT (250MG) (Oral)	<i>mycophenolate</i>	Tier 6*	PA
CELLCEPT IV (Inj)	<i>mycophenolate</i>	Tier 6	PA
COMVAX (Inj)	<i>haemophilus b polysaccharide conj vacc hepatitis</i>	Tier 6	PA
COPAXONE (Inj)	<i>glatiramer</i>	Tier 7	PA, QL (1 per 30 days)
<i>cyclosporine (Oral)</i>	NEORAL	Tier 2*	PA
<i>cyclosporine (Inj)</i>	SANDIMMUNE	Tier 6*	PA
<i>cyclosporine (Oral)</i>	SANDIMMUNE	Tier 2*	PA

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
DAPTACEL (Inj)	<i>acellular pertussis - diphtheria toxoid tetanus</i>	Tier 6	PA
DECAVAC (Inj)	<i>diphtheria toxoid - tetanus toxoid</i>	Tier 6	PA
DIPHTHERIA/TETANUS TOXOID (Inj)	<i>diphtheria toxoid - tetanus toxoid</i>	Tier 6	PA
ENBREL (25 MG/ML) (Inj)	<i>etanercept</i>	Tier 7	PA, QL (16 per 30 days)
ENBREL (50 MG/ML) (Inj)	<i>etanercept</i>	Tier 7	PA, QL (8 per 30 days)
ENGERIX-B (Inj)	<i>hepatitis b virus vaccine</i>	Tier 6	PA
GARDASIL (Inj)	<i>quadrivalent hpv (6,11,16,18) vac</i>	Tier 6	PA
HAVRIX (Inj)	<i>hepatitis a virus vaccine</i>	Tier 6	PA
HUMIRA (Inj)	<i>adalimumab</i>	Tier 7	PA, QL (8 per 30 days)
HUMIRA PEN (Inj)	<i>adalimumab penfill</i>	Tier 7	PA, QL (8 per 30 days)
IMOVAX RABIES (Inj)	<i>rabies vaccine human diploid cell</i>	Tier 6	PA
INFANRIX (Inj)	<i>acellular pertussis and diphtheria toxoid tetanu</i>	Tier 6	PA
INFERGEN (Inj)	<i>interferon alfacon-1</i>	Tier 7	PA
INTRON-A (Inj)	<i>interferon alfa-2b</i>	Tier 6	PA
IPOLE INACTIVATED IPV (Inj)	<i>poliovirus vaccine</i>	Tier 6	
JE-VAX (Inj)	<i>japanese encephalitis virus vaccine</i>	Tier 6	PA
KINERET (Inj)	<i>anakinra</i>	Tier 7	PA
<i>leflunomide (Oral)</i>	ARAVA	Tier 2*	
M-M-R II (Inj)	<i>measles virus vaccine - mumps virus vaccine</i>	Tier 6	PA
MENACTRA (Inj)	<i>meningococcal polysaccharide vac a-c-y-w</i>	Tier 6	PA
MENOMUNE-A/C/Y/W-135 (Inj)	<i>meningococcal polysaccharide vac a-c-y-w</i>	Tier 6	PA
MERUVAX II (Inj)	<i>rubella virus vaccine</i>	Tier 6	PA
<i>methotrexate (Inj)</i>	TREXALL	Tier 6	PA
<i>methotrexate (Oral)</i>	TREXALL	Tier 1	
<i>mycophenolate (Oral)</i>	CELLCEPT	Tier 2*	PA
MYFORTIC (Oral)	<i>mycophenolate</i>	Tier 4*	PA
PEDIARIX (Inj)	<i>acellular pertussis and diphtheria toxoid and hepatitis b and polio virus</i>	Tier 6	PA
PEDVAX HIB (Inj)	<i>haemophilus b polysaccharide conj vaccine</i>	Tier 6	PA
PEG-INTRON (Inj)	<i>peginterferon alfa-2b</i>	Tier 7	PA
PEGASYS (Inj)	<i>peginterferon alfa-2a</i>	Tier 7	PA, QL (1 per 28 days)
POLYGAM (Inj)	<i>globulin, immune</i>	Tier 7	PA
PROGRAF (Inj)	<i>tacrolimus</i>	Tier 6	PA
PROGRAF (Oral)	<i>tacrolimus</i>	Tier 5*	PA
PROQUAD (Inj)	<i>measles virus vaccine - mumps virus vaccine rubella virus vaccine</i>	Tier 6	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
RABAVERT (Inj)	<i>rabies virus vaccine</i>	Tier 6	PA
RAPAMUNE (Oral)	<i>sirolimus</i>	Tier 5*	PA
REBIF (Inj)	<i>interferon beta-1a</i>	Tier 7	PA, QL (12 per 30 days)
REBIF (TITRTN SOL PACK) (Inj)	<i>interferon beta-1a</i>	Tier 7	PA, QL (6 per 30 days)
RECOMBIVAX HB (Inj)	<i>hepatitis b virus vaccine</i>	Tier 6	PA
REMICADE (Inj)	<i>infliximab</i>	Tier 7	PA
RIDAURA (Oral)	<i>auranofin</i>	Tier 5	
ROTATEQ (Oral)	<i>rotavirus vaccine</i>	Tier 4	PA
SYNAGIS (Inj)	<i>palivizumab</i>	Tier 7	PA
TETANUS TOXOID ADSORBED (Inj)	<i>tetanus toxoid adsorbed</i>	Tier 6	
TETANUS-DIPHTHERIA TOXOID (Inj)	<i>diphtheria toxoid - tetanus toxoid</i>	Tier 6	PA
TREXALL (Oral)	<i>methotrexate</i>	Tier 4	
TRIHIBIT (Inj)	<i>acellular pertussis - diphtheria toxoid haemophilus b vaccine</i>	Tier 6	PA
TRIPEDIA (Inj)	<i>acellular pertussis - diphtheria toxoid tetanus vaccine</i>	Tier 6	PA
TWINRIX (Inj)	<i>hepatitis a virus vaccine and hepatitis b virus vaccine</i>	Tier 6	PA
TYPHIM VI (Inj)	<i>typhoid vi polysaccharide vaccine</i>	Tier 6	PA
VAQTA (Inj)	<i>hepatitis a virus vaccine</i>	Tier 6	PA
VARIVAX (Inj)	<i>varicella virus vaccine</i>	Tier 6	PA
VIVOTIF BERNA (Oral)	<i>typhoid vaccine</i>	Tier 4	
YF-VAX (Inj)	<i>yellow fever vaccine</i>	Tier 6	PA
ZOSTAVAX (Inj)	<i>zoster vaccine</i>	Tier 6	PA

Agentes para la enfermedad inflamatoria intestinal

APRISO (Oral)	<i>mesalamine (5-asa)</i>	Tier 4*
ASACOL (Oral)	<i>mesalamine (5-asa)</i>	Tier 4*
ASACOL HD (Oral)	<i>mesalamine (5-asa)</i>	Tier 4*
<i>balsalazide disodium (Oral)</i>	COLAZAL	Tier 2
CANASA (Rec)	<i>mesalamine (5-asa)</i>	Tier 4
DIPENTUM (Oral)	<i>olsalazine sodium</i>	Tier 4*
LIALDA (Oral)	<i>mesalamine (5-asa)</i>	Tier 4
<i>mesalamine (5-asa) (Rec)</i>	ROWASA	Tier 2
PENTASA (Oral)	<i>mesalamine (5-asa)</i>	Tier 4*
ROWASA (Rec)	<i>mesalamine (5-asa)</i>	Tier 4
<i>sulfasalazine (Oral)</i>	AZULFIDINE	Tier 1*

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
--------------------------------	-----------------------------------	-----------	----------------------

Agentes para la enfermedad metabólica ósea

ACTONEL (150MG) (Oral)	<i>risedronate</i>	Tier 5*	QL (1 per 28 days)
ACTONEL (30MG) (Oral)	<i>risedronate</i>	Tier 5*	QL (5 per 30 days)
ACTONEL (35MG) (Oral)	<i>risedronate</i>	Tier 5*	QL (5 per 30 days)
ACTONEL (5MG) (Oral)	<i>risedronate</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
ACTONEL (75MG) (Oral)	<i>risedronate</i>	Tier 5*	QL (2 per 28 days)
ACTONEL-CALCIUM (Oral)	<i>risedronate-calcium</i>	Tier 5*	QL (28 per 28 days)
<i>alendronate (10mg) (Oral)</i>	FOSAMAX	Tier 1*	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate (35mg) (Oral)</i>	FOSAMAX	Tier 1*	QL (5 per 30 days)
<i>alendronate (40mg) (Oral)</i>	FOSAMAX	Tier 1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate (5mg) (Oral)</i>	FOSAMAX	Tier 1*	QL (240 per 30 days)
<i>alendronate (70mg) (Oral)</i>	FOSAMAX	Tier 1*	QL (5 per 30 days)
BONIVA (150MG) (Oral)	<i>ibandronate</i>	Tier 5*	QL (1 per 30 days)
BONIVA (2.5MG) (Oral)	<i>ibandronate</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
<i>calcitonin-salmon (NS)</i>	MIACALCIN	Tier 2	
<i>calcitriol (Inj)</i>	CALCIJEX	Tier 6	
<i>calcitriol (Oral)</i>	ROCALTROL	Tier 1	
<i>etidronate (Oral)</i>	DIDRONEL	Tier 2	
FORTEO (Inj)	<i>teriparatide</i>	Tier 7	PA
FOSAMAX PLUS D (Oral)	<i>alendronate - cholecalciferol</i>	Tier 5*	QL (5 per 30 days)
HECTOROL (Oral)	<i>doxercalciferol</i>	Tier 5*	
<i>pamidronate (Inj)</i>	PAMIDRONATE	Tier 6	PA
ZEMPLAR (Oral)	<i>paricalcitol</i>	Tier 5*	PA
ZOMETA (Inj)	<i>zoledronic acid</i>	Tier 7	PA

Agentes oftálmicos

<i>acetazolamide (Oral)</i>	DIAMOX	Tier 1*	
-----------------------------	--------	---------	--

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
ACULAR (OP)	<i>ketorolac</i>	Tier 5	
ACULAR LS (OP)	<i>ketorolac ls</i>	Tier 5	
ALAMAST (OP)	<i>pemirolast</i>	Tier 5*	
ALOCRIL (OP)	<i>nedocromil</i>	Tier 5*	
ALOMIDE (OP)	<i>lodoxamide</i>	Tier 5*	
ALPHAGAN P (OP)	<i>brimonidine</i>	Tier 4*	
ALREX (OP)	<i>loteprednol etabonate</i>	Tier 5	
AZOPT (OP)	<i>brinzolamide</i>	Tier 5*	
<i>bacitracin (OP)</i>	<i>bacitracin</i>	Tier 1	
<i>bacitracin zinc - hydrocortisone - neomycin polymyxin b (OP)</i>	CORTISPORIN	Tier 1	
<i>bacitracin zinc - neomycin - polymyxin b (OP)</i>	TRIPLE ANTIBIOTIC	Tier 1	
<i>bacitracin zinc - polymyxin b (OP)</i>	POLYSPORIN	Tier 1	
<i>betaxolol (OP)</i>	<i>betaxolol</i>	Tier 1*	
BETOPTIC-S (OP)	<i>betaxolol</i>	Tier 5*	
<i>brimonidine (OP)</i>	ALPHAGAN P	Tier 1*	
<i>carteolol (OP)</i>	OCUPRESS	Tier 1*	
CILOXAN (OP)	<i>ciprofloxacin</i>	Tier 4	
<i>ciprofloxacin (OP)</i>	CILOXAN	Tier 1	
COMBIGAN (OP)	<i>brimonidine - timolol</i>	Tier 4*	
<i>cromolyn (OP)</i>	CROLOM	Tier 1*	
<i>dexamethasone (OP)</i>	DEXASOL	Tier 1*	
<i>dexamethasone - neomycin - polymyxin b (OP)</i>	MAXITROL	Tier 1	
<i>diclofenac sodium (OP)</i>	VOLTAREN	Tier 1*	
<i>dipivefrin (OP)</i>	PROPINE	Tier 1*	
<i>dorzolamide (OP)</i>	TRUSOPT	Tier 2*	
<i>dorzolamide - timolol (OP)</i>	COSOPT	Tier 2*	
EMADINE (OP)	<i>emedastine</i>	Tier 5*	
<i>erythromycin (OP)</i>	ROMYCIN	Tier 1	
<i>fluorometholone (OP)</i>	FML	Tier 1	
<i>flurbiprofen (OP)</i>	OCUFEN	Tier 1	
<i>gentamicin (OP)</i>	GENTAK	Tier 1	
<i>gramicidin - neomycin - polymyxin b (OP)</i>	NEOSPORIN	Tier 1	
<i>hydrocortisone - neomycin - polymyxin b (OP)</i>	CORTISPORIN	Tier 1	
LACRISERT (OP)	<i>hydroxypropyl cellulose</i>	Tier 4	
<i>levobunolol (OP)</i>	BETAGAN	Tier 1*	
LOTEMAX (OP)	<i>loteprednol</i>	Tier 5	
LUMIGAN (OP)	<i>bimatoprost</i>	Tier 5*	
<i>metipranolol (OP)</i>	OPTIPRANOLOL	Tier 1*	
<i>naphazoline (OP)</i>	ALBALON	Tier 1	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
NATACYN (OP)	<i>natamycin</i>	Tier 4	
<i>ofloxacin (OP)</i>	OCUFLOX	Tier 1	
OPTIVAR (OP)	<i>azelastine</i>	Tier 5*	
PATANOL (OP)	<i>olopatadine</i>	Tier 5*	
PHOSPHOLINE IODIDE (OP)	<i>phospholine</i>	Tier 4	
PILOPINE HS (OP)	<i>pilopine hs</i>	Tier 4*	
<i>polymyxin b - trimethoprim (OP)</i>	POLYTRIM	Tier 1	
<i>prednisolone (OP)</i>	PRED MILD / PRED FORTE	Tier 1	
<i>prednisolone - sulfacetamide (OP)</i>	<i>prednisolone - sulfacetamide</i>	Tier 1	
<i>prednisolone sod-phosp (OP)</i>	INFLAMASE	Tier 1	
<i>proparacaine (OP)</i>	ALCAINE	Tier 1	
QUIXIN (OP)	<i>levofloxacin</i>	Tier 5	
RESTASIS (OP)	<i>cyclosporine</i>	Tier 4*	
<i>sodium sulfacetamide (OP)</i>	BLEPH-10	Tier 1	
<i>sulfacetamide (OP)</i>	BLEPH-10	Tier 1	
<i>timolol (OP)</i>	TIMOPTIC	Tier 1*	
TOBRADEX (OP)	<i>tobradex</i>	Tier 4	
<i>tobramycin (OP)</i>	TOBREX	Tier 1	
<i>tobramycin - dexamethasone (OP)</i>	TOBRADEX	Tier 1	
TRAVATAN Z (OP)	<i>travoprost</i>	Tier 5*	
<i>trifluridine (OP)</i>	VIROPTIC	Tier 2	
<i>tropicamide (OP)</i>	MYDRIACYL	Tier 1	
VIGAMOX (OP)	<i>moxifloxacin</i>	Tier 5	
XALATAN (OP)	<i>latanoprost</i>	Tier 4*	
ZYMAR (OP)	<i>gatifloxacin</i>	Tier 5	

Agentes óticos

<i>acetic acid (Otic)</i>	ACETIC ACID	Tier 1	
<i>acetic acid - aluminum acetate (Otic)</i>	BOROFAIR	Tier 1	
<i>acetic acid - hydrocortisone (Otic)</i>	ACETIC ACID - HYDROCORTISONE	Tier 1	
CIPRO HC (Otic)	<i>ciprofloxacin hc</i>	Tier 4	
DERMOTIC (Otic)	<i>fluocinolone acet</i>	Tier 4	
<i>hydrocortisone - neomycin - polymyxin b (Otic)</i>	CORTISPORIN	Tier 1	
<i>ofloxacin (Otic)</i>	FLOXIN OTIC	Tier 2	

Agentes del tracto respiratorio

ACCOLATE (Oral)	<i>zafirlukast</i>	Tier 4*	QL (60 per 30 days)
ADVAIR DISKU (Inh)	<i>fluticasone-salmeterol</i>	Tier 5*	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
ADVAIR HFA (Inh)	<i>fluticasone-salmeterol</i>	Tier 5*	
AEROBID (Inh)	<i>flunisolide</i>	Tier 4*	
<i>albuterol (Oral)</i>	VOSPIRE ER	Tier 1*	
<i>albuterol - ipratropium (Inh)</i>	DUONEB	Tier 1*	
<i>albuterol sulf (Oral)</i>	PROVENTIL / VENTOLIN	Tier 1*	
<i>albuterol sulf (Inh)</i>	VENTOLIN NEB	Tier 1*	PA
<i>aminophylline (Inj)</i>	AMINOPHYLLIN	Tier 6	PA
<i>aminophylline (Oral)</i>	<i>aminophyllin</i>	Tier 1*	
ARALAST (Inj)	<i>alpha-1-proteinase inhibitor</i>	Tier 6	PA
ASTELIN (NS)	<i>azelastine</i>	Tier 5*	
ATROVENT (Inh)	<i>ipratropium</i>	Tier 4*	
AZMACORT (Inh)	<i>triamcinolone acetonide</i>	Tier 4*	
BECONASE AQ (NS)	<i>beclomethasone diprop</i>	Tier 4	
<i>benzonatate (Oral)**</i>	<i>benzonatate</i>	Tier 1	
BROVANA (Inh)	<i>arformoterol</i>	Tier 5*	PA
<i>carbinoxamine mal (Oral)</i>	HISTEX PD	Tier 1	
<i>carbinoxamine mal (Oral)</i>	PALGIC	Tier 1	
CLARINEX (Oral)	<i>desloratadine</i>	Tier 5	QL (30 per 30 days), ST
CLARINEX (0.5 MG/ML) (Oral)	<i>desloratadine</i>	Tier 5	QL (300 per 30 days), ST
<i>clemastine (Oral)</i>	<i>clemastine</i>	Tier 1	
COMBIVENT (Inh)	<i>albuterol-ipratropium</i>	Tier 5*	
<i>cyproheptadine (Oral)</i>	<i>cyproheptadine</i>	Tier 1	
EPIPEN (Inj)	<i>epinephrine</i>	Tier 5	
EPIPEN-JR (Inj)	<i>epinephrine</i>	Tier 5	
<i>fexofenadine (Oral)</i>	ALLEGRA	Tier 1	QL (60 per 30 days)
FLOVENT DISKUS (Inh)	<i>fluticasone propionate</i>	Tier 4*	
FLOVENT HFA (Inh)	<i>fluticasone propionate</i>	Tier 4*	
<i>flunisolide (NS)</i>	NASAREL	Tier 1	
<i>fluticasone propionate (NS)</i>	FLONASE	Tier 2	
FORADIL (Inh)	<i>formoterol</i>	Tier 4*	
<i>hydrocodlhom (Oral)**</i>	<i>hydrocodlhom</i>	Tier 1	
<i>hydroxyzine hcl (Inj)</i>	ATARAX	Tier 6	PA
<i>hydroxyzine hcl (Oral)</i>	ATARAX	Tier 1	
<i>ipratropium (NS)</i>	ATROVENT	Tier 1	
<i>metaproterenol (Oral)</i>	<i>metaproterenol</i>	Tier 1	
NASACORT AQ (NS)	<i>triamcinolone acet</i>	Tier 4	
NASONEX (NS)	<i>mometasone</i>	Tier 4	
<i>palgic (Oral)</i>	<i>carbinoxamine mal</i>	Tier 1	
PROLASTIN (Inj)	<i>alpha 1-antitrypsin</i>	Tier 6	PA

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
<i>prometh/cod (Oral)**</i>	<i>prometh/cod</i>	Tier 1	
PULMICORT (Inh)	<i>budesonide</i>	Tier 4*	
QVAR (Inh)	<i>beclomethasone diprop</i>	Tier 4*	
REVATIO (Oral)	<i>sildenafil</i>	Tier 4*	PA, QL (90 per 30 days)
SEREVENT (Inh)	<i>salmeterol</i>	Tier 5*	
SINGULAIR (Oral)	<i>montelukast</i>	Tier 5*	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER (Inh)	<i>tiotropium</i>	Tier 5*	
SYMBICORT (Inh)	<i>budesonide - formoterol</i>	Tier 4*	
<i>terbutaline (Inj)</i>	BRETHINE	Tier 6	PA
<i>terbutaline (Oral)</i>	BRETHINE	Tier 1*	
<i>theophylline er (Oral)</i>	QUIBRON-T SR	Tier 1*	
<i>theophylline er (Oral)</i>	UNIPHYL	Tier 1*	
<i>tussigon (Oral)**</i>	TUSSIGON	Tier 1	
TYZINE (NS)	<i>tetrahydrozoline</i>	Tier 4	
VENTAVIS (Inh)	<i>iloprost</i>	Tier 7	PA
VENTOLIN (Inh)	<i>albuterol</i>	Tier 4	
XOLAIR (Inj)	<i>omalizumab</i>	Tier 6	PA
XOPENEX (Inh)	<i>levalbuterol neb</i>	Tier 4	PA
XOPENEX HFA (Inh)	<i>levalbuterol hfa</i>	Tier 5	
ZYFLO CR (Oral)	<i>zileuton</i>	Tier 4*	

Sedantes/Hipnóticos

<i>alprazolam (Oral)**</i>	<i>alprazolam</i>	Tier 2	
AMBIEN CR (Oral)	<i>zolpidem cr</i>	Tier 5	QL (30 per 30 days)
<i>diazepam (Oral)**</i>	<i>diazepam</i>	Tier 2	
<i>estazolam (Oral)**</i>	<i>estazolam</i>	Tier 2	
<i>lorazepam (Oral)**</i>	<i>lorazepam</i>	Tier 2	
<i>oxazepam (Oral)**</i>	<i>oxazepam</i>	Tier 2	
ROZEREM (Oral)	<i>ramelteon</i>	Tier 4*	QL (30 per 30 days)
<i>temazepam (Oral)**</i>	<i>temazepam</i>	Tier 2	
<i>triazolam (Oral)**</i>	<i>triazolam</i>	Tier 2	
<i>zaleplon (Oral)</i>	SONATA	Tier 2	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem (Oral)</i>	AMBIEN	Tier 2	QL (30 per 30 days)

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
--------------------------------	-----------------------------------	-----------	----------------------

Relajantes musculoesqueléticos

<i>aspirin - caffeine - orphenadrine (Oral)</i>	NORGESIC	Tier 1	
<i>aspirin - carisoprodol - codeine (Oral)</i>	SOMA COMPOUND-CODEINE	Tier 1	
<i>carisoprodol (Oral)</i>	SOMA	Tier 1	
<i>carisoprodol - aspirin (Oral)</i>	SOMA CPD	Tier 1	
<i>chlorzoxazone (Oral)</i>	PARAFON	Tier 1	
<i>cyclobenzaprine (Oral)</i>	FLEXERIL	Tier 1	
<i>methocarbamol (Oral)</i>	ROBAXIN	Tier 1	
<i>orphenadrine (Oral)</i>	NORFLEX	Tier 1	
SKELAXIN (Oral)	<i>metaxalone</i>	Tier 5	

Nutrientes terapéuticos/Minerales/Electrolitos

<i>alanine - arginine - aspartate - cysteine glutamate (Inj)</i>	PREMASOL	Tier 6	PA
<i>alanine - arginine - cysteine - glycine histidine (Inj)</i>	HEPATASOL	Tier 6	PA
<i>alanine - arginine - cysteine - glycine histidine (Inj)</i>	AMINOSYN-HF	Tier 6	PA
<i>ascorbic acid - biotin - calcium carbonate cupric oxide - ferrous fumarate (Oral)</i>	<i>prenatal rx vitamin</i>	Tier 4	
DEXTROSE 5%- ELECTROLYTE #48 (Inj)	<i>chloride ion and dextrose (anhydrous) and lactate</i>	Tier 6	PA
<i>dextrose 10% (Inj)</i>	<i>dextrose 10%</i>	Tier 6	PA
<i>dextrose 5% (Inj)</i>	<i>dextrose 5%</i>	Tier 6	
<i>dextrose 5% - sodium chloride 0.2% (Inj)</i>	<i>dextrose 5% - sodium chloride 0.2%</i>	Tier 6	PA
<i>dextrose 5% - sodium chloride 0.45% (Inj)</i>	<i>dextrose 5% - sodium chloride 0.45%</i>	Tier 6	
<i>dextrose 5% - sodium chloride 0.9% (Inj)</i>	<i>dextrose 5% - sodium chloride 0.9%</i>	Tier 6	
<i>intralipid (Inj)</i>	<i>intralipid</i>	Tier 6	PA
<i>kcl 0.15% - d5w - lactated ringers (Inj)</i>	<i>kcl 0.15% - d5w - lactated ringers</i>	Tier 6	
<i>kcl 0.3% - d5w - lactated ringers (Inj)</i>	<i>kcl 0.3% - d5w - lactated ringers</i>	Tier 6	
<i>lactated ringers (Inj)</i>	<i>lactated ringers</i>	Tier 6	PA
<i>magnesium sulfate (Inj)</i>	<i>magnesium sulf</i>	Tier 6	PA
<i>potassium chloride (Inj)</i>	<i>potassium chloride</i>	Tier 6	PA
<i>potassium chloride (Oral)</i>	K-TAB / KLOR-CON / MICRO-K	Tier 1*	
<i>potassium citrate (Oral)</i>	UROCIT-K	Tier 1	
<i>sodium chloride 0.45% (Inj)</i>	<i>sod chloride 0.45%</i>	Tier 6	PA
<i>sodium chloride 0.9% (Inj)</i>	<i>sod chloride 0.9%</i>	Tier 6	PA
<i>sodium lactate (Inj)</i>	<i>sodium lactate</i>	Tier 6	PA
SODIUM LACTATE (Inj)	<i>sodium lactate</i>	Tier 6	PA
<i>tpn electrolytes (Inj)</i>	TPN MULTILYTE	Tier 6	PA

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Formulario

Nombre de medicamento cubierto	Nombre de medicamento alternativo	Focus SNP	Requisitos / Límites
TRAVASOL 10% (Inj)	<i>alanine - arginine - glycine - histidine isoleucine</i>	Tier 6	PA
TRAVASOL 5.5% (Inj)	<i>alanine - arginine - dibasic potassium phosphate glucose - glycine</i>	Tier 6	PA
TRAVASOL 8.5% (Inj)	<i>alanine - arginine - dibasic potassium phosphate glucose - glycine</i>	Tier 6	PA
<i>vitamin- mineral (Oral)</i>	<i>vitamin- mineral</i>	Tier 1	

* Disponible en farmacias minoristas o por correo para 90 días.

** Estos medicamentos **NO** cuentan para su gasto total de desembolso y, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, **NO** recibirá esta ayuda adicional para pagar estos medicamentos en particular.

Medicamentos que requieren autorización previa

ABILIFY	AVONEX	dicyclomine
ABILIFY (1 MG/ML)	AZASAN	digoxin
ABILIFY DISCMELT	AZATHIOPRINE	dihydroergotamine
acetazolamide	azithromycin	diltiazem
ACTHIB	bacitracin	diphenhydramine
ACTIMMUNE	BARACLUE	DIPHTHERIA/TETANUS TOXOID
ADACEL	BARACLUE (0.05 MG/ML)	doxycycline hyc
ADAGEN	BETASERON	ELAPRASE
AFINITOR	BICILLIN C-R	EMCYT
alanine - arginine - aspartate - cysteine - glutamate	BICILLIN L-A	EMEND
alanine - arginine - cysteine - glycine - histidine	BOOSTRIX	EMSAM
alanine - arginine - cysteine - glycine -histidine	BROVANA	ENBREL (25 MG/ML)
albuterol sulf	BYETTA	ENBREL (50 MG/ML)
ALDURAZYME	CAMPATH	ENGERIX-B
ALFERON N	CANCIDAS	EPOGEN
AMBISOME	CARIMUNE	EPOGEN (2000 - 3000 - 4000U/ML)
AMEVIVE	cefazolin	ERAXIS
amikacin	cefepime	ERYTHROCIN
aminophylline	cefotaxime	EXJADE
amiodarone	cefoxitin	FABRAZYME
AMPHOTEC	ceftazidime	famotidine
amphotericin b	ceftriaxone	FARESTON
ampicillin	cefuroxime	fluconazole - dextrose soln
ampicillin-sulbactam	CELLCEPT	FORTEO
ANZEMET	CELLCEPT (250MG)	FOSCARNET
ARALAST	CELLCEPT IV	FRAGMIN
ARANESP (0.1 MG/ML - 100MCG)	CEREDASE	GARDASIL
ARANESP (0.025 MG/ML - 25MCG)	CEREZYME	GENOTROPIN
ARANESP (0.04 MG/ML - 40MCG)	CHANTIX	gentamicin
ARANESP (0.06 MG/ML - 25MCG)	CHLORAMPHENICOL	GLEEVEC (100MG)
ARANESP (0.06 MG/ML - 60MCG)	cimetidine	GLEEVEC (400MG)
ARANESP (0.1 MG/ML - 40MCG)	ciprofloxacin	glycopyrrolate
ARANESP (0.2 MG/ML - 100MCG)	clindamycin	gonadotropin, chorionic
ARANESP (0.2 MG/ML - 200MCG)	COGENTIN	granisetron
ARANESP (0.2 MG/ML - 60MCG)	colistimethate	granisol
ARANESP (0.3 MG/ML - 300MCG)	COMVAX	HAVRIX
ARANESP (0.5 MG/ML - 150MCG)	COPAXONE	HEP SOD/NAACL
ARANESP (0.5 MG/ML - 300MCG)	CUBICIN	HEPARIN
ARANESP (0.5 MG/ML - 500MCG)	cyclophosphamide	heparin sodium
ARANESP (0.5 MG/ML -200MCG)	cyclosporine	heparin sodium - dextrose 5%
ARIXTRA (10MG/0.8ML)	CYTOVENE	heparin sodium - sodium chloride 0.9%
ARIXTRA (2.5MG/0.5ML)	DAPTACEL	HUMIRA
ARIXTRA (5MG/0.4ML)	DECAVAC	HUMIRA PEN
ARIXTRA (7MG/0.6ML)	desmopressin	hydroxyzine hcl
ATTENUVAX	dexamethasone	IMOVAX RABIES
AVELOX	DEXTROSE 5%- ELECTROLYTE #48	INCRELEX
	dextrose 10%	INFANRIX
	dextrose 5% - sodium chloride 0.2%	INFERGEN
		INNOHEP

Medicamentos que requieren autorización previa

intralipid	ondansetron (4mg/5ml)	SUTENT
INTRON-A	ondansetron odt	SYMLIN
itraconazole	ONTAK	SYMLINPEN 60
JE-VAX	ORFADIN	SYNAGIS
ketorolac	OXACILLIN	TARCEVA
KINERET	OXYCONTIN	TASIGNA
KUVAN	pamidronate	terbinafine
labetalol	PEDIARIX	terbutaline
lactated ringers	PEDVAX HIB	testosterone cyp
LAMISIL	PEG-INTRON	testosterone enanth
LETAIRIS	PEGASYS	TETANUS-DIPHThERIA TOXOID
leuprolide sc	PENICILLIN G PROCAINE	TEV-TROPIN
lidocaine	PIPERACILLIN	TIMENTIN
LINCOCIN	POLYGAM	tpn electrolyes
LOTRONEX	potassium chloride	TRACLEER
LOVENOX	PREVACID NAPRAPAC	TRAVASOL 10%
LOVENOX (30MG/0.3ML / 40MG/0.4ML)	PROCRIT	TRAVASOL 5.5%
LUPRON DEPOT (3.75MG)	PROCRIT (2000 - 3000 - 4000U/ML)	TRAVASOL 8.5%
LUPRON DEPOT (7.5MG)	PROGRAF	TRIHIBIT
LUPRON DEPOT-PED	PROLASTIN	trimethobenzamide
M-M-R II	PROLEUKIN	TRIPEDIA
magnesium sulfate	promethazine	TWINRIX
megestrol	PROTONIX	TYKERB
megestrol susp	QUALAQUIN	TYPHIM VI
MENACTRA	RABAVERT	TYZEKA
MENOMUNE-A/C/Y/W-135	RANEXA	VANCOICIN
MERUVAX II	ranitidine	vancomycin
methotrexate	RAPAMUNE	VAQTA
METHYLDOPATE	REBIF	VARIVAX
methylprednisolone	REBIF (TITRTN SOL PACK)	VELCADE
methylprednisolone (depo)	RECOMBIVAX HB	VENTAVIS
metoprolol	RELISTOR	verapamil
mitoxantrone	REMICADE	VIDAZA
MYCAMINE	REVATIO	XOLAIR
mycophenolate	REVLIMID	XOPENEX
MYFORTIC	rifampin	XYREM
NAGLAZYME	RITUXAN	YF-VAX
nalbuphine	ROTATEQ	ZAVESCA
NEULASTA	ROXICODONE	ZEMPLAR
NEUPOGEN	SANCUSO	ZOLINZA
NEUTREXIN	SANDOSTATIN LAR DEPOT	ZOMETA
NEXAVAR	sodium chloride 0.45%	ZOSTAVAX
NORDITROPIN	sodium chloride 0.9%	ZOSYN
NOXAFIL	sodium lactate	ZYVOX
NUTROPIN	SOMATULINE DEPOT	ZYVOX (100MG/5ML)
NUTROPIN AQ	SOMAVERT	ZYVOX (600MG)
octreotide acetate	SPRYCEL	
ondansetron	sulfamethoxazole - trimethoprim	

Medicamentos con límites en la cantidad

Medicamento cubierto	Límite en la cantidad	Medicamento cubierto	Límite en la cantidad
ABILIFY	30/30 days	acetaminophen - propoxyphene	180/30 days
ABILIFY (1 MG/ML)	900/30 days	napsylate (650-100mg)	
ABILIFY DISCMELT	60/30 days	ACTONEL (150MG)	1/28 days
ACCOLATE	60/30 days	ACTONEL (30MG)	5/30 days
acetaminophen - codeine (15mg)	400/30 days	ACTONEL (35MG)	5/30 days
acetaminophen - codeine (30mg)	400/30 days	ACTONEL (5MG)	30/30 days
acetaminophen - codeine (60mg)	400/30 days	ACTONEL (75MG)	2/28 days
acetaminophen - hydrocodone (0.5 mg/ml)	3600/30 days	ACTONEL-CALCIUM	28/28 days
acetaminophen - hydrocodone (325-10mg)	360/30 days	ADVICOR	30/30 days
acetaminophen - hydrocodone (325-5mg)	360/30 days	alcohol swabs	100/30 days
acetaminophen - hydrocodone (325-7.5mg)	360/30 days	alendronate (10mg)	30/30 days
acetaminophen - hydrocodone (500-10mg)	240/30 days	alendronate (35mg)	5/30 days
acetaminophen - hydrocodone (500-2.5mg)	240/30 days	alendronate (40mg)	30/30 days
acetaminophen - hydrocodone (500-5mg)	240/30 days	alendronate (5mg)	240/30 days
acetaminophen - hydrocodone (650-10mg)	180/30 days	alendronate (70mg)	5/30 days
acetaminophen - hydrocodone (750-10mg)	150/30 days	AMBIEN CR	30/30 days
acetaminophen - hydrocodone (750-7.5mg)	150/30 days	AMITIZA	60/30 days
acetaminophen - oxycodone (325-10mg)	360/30 days	amlodipine	30/30 days
acetaminophen - oxycodone (325-2.5mg)	240/30 days	amlodipine - benazepril	30/30 days
acetaminophen - oxycodone (325-2.5mg)	240/30 days	ANDRODERM	30/30 days
acetaminophen - oxycodone (325-5mg)	360/30 days	ANDROGEL	300/30 days
acetaminophen - oxycodone (325-7.5mg)	360/30 days	ANZEMET	6/30 days
acetaminophen - oxycodone (500-7.5mg)	240/30 days	ARANESP (0.1 MG/ML - 100MCG)	4/28 days
acetaminophen - oxycodone (650-7.5mg)	180/30 days	ARANESP (0.025 MG/ML - 25MCG)	4/28 days
acetaminophen - pentazocine	180/30 days	ARANESP (0.04 MG/ML - 40MCG)	4/28 days
acetaminophen - propoxyphene hcl (650-65mg)	180/30 days	ARANESP (0.06 MG/ML - 25MCG)	2/28 days
acetaminophen - propoxyphene napsylate (325-50mg)	360/30 days	ARANESP (0.06 MG/ML - 60MCG)	4/28 days
acetaminophen - propoxyphene napsylate (500-100mg)	240/30 days	ARANESP (0.1 MG/ML - 40MCG)	2/28 days
		ARANESP (0.1 MG/ML - 100MCG)	2/28 days
		ARANESP (0.2 MG/ML - 100MCG)	2/28 days
		ARANESP (0.2 MG/ML - 200MCG)	4/28 days
		ARANESP (0.2 MG/ML - 60MCG)	1/28 days
		ARANESP (0.3 MG/ML - 300MCG)	4/28 days
		ARANESP (0.5 MG/ML - 150MCG)	1/28 days
		ARANESP (0.5 MG/ML - 300MCG)	2/28 days
		ARANESP (0.5 MG/ML - 500MCG)	4/28 days
		ARANESP (0.5 MG/ML -200MCG)	2/28 days
		ARIMIDEX	30/30 days
		aspirin - oxycodone - oxycodone terephthalate	360/30 days
		ATACAND	30/30 days
		ATACAND HCT	30/30 days
		AVELOX	14/14 days
		AVODART	30/30 days
		AVONEX	4/28 days
		azithromycin (100/5ml)	30/5 days
		azithromycin (200/5ml)	30/5 days
		azithromycin (250mg)	6/5 days
		azithromycin (500mg)	6/5 days

Medicamentos con límites en la cantidad

Medicamento cubierto	Límite en la cantidad	Medicamento cubierto	Límite en la cantidad
azithromycin (600mg)	6/5 days	FOSAMAX PLUS D	5/30 days
AZOR	30/30 days	gabapentin (100mg)	360/30 days
BARACLUDE	30/30 days	gabapentin (300mg)	360/30 days
BARACLUDE (0.05 MG/ML)	600/30 days	gabapentin (400mg)	270/30 days
BENICAR	30/30 days	gabapentin (600mg)	180/30 days
BENICAR HCT	30/30 days	gabapentin (800mg)	120/30 days
bicalutamide	30/30 days	gauze pads and dressing - 2x2	90/30 days
BONIVA (150MG)	1/30 days	GEODON	60/30 days
BONIVA (2.5MG)	30/30 days	GLEEVEC (100MG)	90/30 days
bupropion xl	30/30 days	GLEEVEC (400MG)	60/30 days
butorphanol	10/30 days	granisetron	6/Rx
CADUET	30/30 days	granisol	60/Rx
CASODEX	30/30 days	HUMIRA	8/30 days
CATAPRES-TTS	4/28 days	HUMIRA PEN	8/30 days
CELEBREX	60/30 days	hydrocodone - acetaminophen (500-7.5mg)	240/30 days
CIALIS	4/30 days	hydrocodone - acetaminophen (650-7.5mg)	180/30 days
CLARINEX	30/30 days	hydrocodone - ibuprofen	480/30 days
CLARINEX (0.5 MG/ML)	300/30 days	IMITREX (20 MG/ACTUATION)	12/30 days
clarithromycin	28/14 days	IMITREX (5 MG/ACTUATION)	36/30 days
clarithromycin er	28/14 days	insulin pen needle	100/30 days
COMTAN	240/30 days	insulin safety syringe	100/30 days
COPAXONE	1/30 days	insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml	100/30 days
CRESTOR	30/30 days	insulin syringe (disp) u-100 1 ml	100/30 days
CYMBALTA	30/30 days	insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml	100/30 days
CYMBALTA (20MG)	60/30 days	INVEGA (3MG)	30/30 days
DETROL	60/30 days	INVEGA (6MG)	60/30 days
DETROL LA	30/30 days	INVEGA (9MG)	30/30 days
DIOVAN	30/30 days	IRESSA	30/30 days
DIOVAN HCT	30/30 days	ketorolac	20/30 days
EMEND	3/Rx	lamotrigine	90/30 days
EMSAM	30/30 days	LEVAQUIN	14/14 days
ENABLEX	30/30 days	LEXAPRO	30/30 days
ENBREL (25 MG/ML)	16/30 days	LEXAPRO (5MG/5ML)	620/30 days
ENBREL (50 MG/ML)	8/30 days	LIPITOR	30/30 days
EPOGEN (2000 - 3000 - 4000U/ML)	15/30 days	LOTRONEX	60/30 days
EVISTA	30/30 days	lovastatin	60/30 days
EXFORGE	30/30 days	LOVAZA	120/30 days
EXFORGE HCT	30/30 days	MAXALT	12/30 days
FACTIVE	7/7 days	MAXALT-MLT	12/30 days
FAZACLO	270/30 days	MIRAPEX	90/30 days
fentanyl	30/30 days	mirtazapine	30/30 days
fexofenadine	60/30 days	NEXAVAR	120/30 days
fexofenadine	60/30 days	NEXIUM	30/30 days
finasteride	30/30 days	NIASPAN	60/30 days
FLOMAX	60/30 days	NICOTROL NS	40/30 days
fluvoxamine (100mg)	90/30 days	omeprazole	60/30 days
fluvoxamine (25mg)	45/30 days		
fluvoxamine (50mg)	60/30 days		

Medicamentos con límites en la cantidad

Medicamento cubierto	Límite en la cantidad	Medicamento cubierto	Límite en la cantidad
ondansetron	12/Rx	TEKTURNA	30/30 days
ondansetron (4mg/5ml)	60/Rx	TEKTURNA HCT	30/30 days
ondansetron odt	12/Rx	terbinafine	30/30 days
oxycodone - acetaminophen	360/30 days	tramadol	240/30 days
OXYCONTIN	120/30 days	tramadol - acetaminophen	240/30 days
paroxetine	30/30 days	TRANSDERM-SCOP	12/30 days
paroxetine (10mg/5ml)	946/30 days	TRICOR	30/30 days
PEGASYS	1/28 days	TRILIPIX	30/30 days
PLAVIX	30/30 days	venlafaxine	90/30 days
pravastatin	30/30 days	venlafaxine (75mg)	150/30 days
pravastatin (40mg)	60/30 days	VESICARE	30/30 days
PREVACID	30/30 days	VIAGRA	4/30 days
PREVACID SOLUTAB	30/30 days	VIMPAT	60/30 days
PROCRIT (2000 - 3000 - 4000U/ML)	15/30 days	VYTORIN	30/30 days
PROTONIX	30/30 days	zaleplon	30/30 days
PROVIGIL	60/30 days	ZETIA	30/30 days
REBIF	12/30 days	zolpidem	30/30 days
REBIF (TITRTN SOL PACK)	6/30 days	ZYPREXA	30/30 days
REVATIO	90/30 days	ZYPREXA	30/30 days
RISPERDAL M	60/30 days	ZYPREXA ZYDIS	30/30 days
RISPERDAL M (4MG)	120/30 days	ZYVOX (600MG)	56/28 days
risperidone	60/30 days		
risperidone (1mg/ml)	480/30 days		
risperidone (4mg)	120/30 days		
risperidone odt	60/30 days		
risperidone odt (4mg)	120/30 days		
ROZEREM	30/30 days		
SABRIL	180/30 days		
SAPHRIS	60/30 days		
SEROQUEL (100MG)	120/30 days		
SEROQUEL (200MG)	90/30 days		
SEROQUEL (25MG)	120/30 days		
SEROQUEL (300MG)	90/30 days		
SEROQUEL (400MG)	60/30 days		
SEROQUEL (50MG)	120/30 days		
sertraline	30/30 days		
sertraline (100mg)	60/30 days		
sertraline (20mg/ml)	300/30 days		
simvastatin	30/30 days		
SINGULAIR	30/30 days		
STRATTERA	60/30 days		
sumatriptan (100mg)	9/30 days		
sumatriptan (12 mg/ml)	6/30 days		
sumatriptan (25mg)	9/30 days		
sumatriptan (50mg)	9/30 days		
sumatriptan (8 mg/ml)	6/30 days		
TAMIFLU	10/5 days		
TASMAR (200MG)	90/30 days		

Medicamentos que requieren tratamiento en pasos

Required Step Therapy Drug — Fexofenadine

CLARINEX

CLARINEX (0.5 MG/ML)

Required Step Therapy Drug — Omeprazole

NEXIUM

PREVACID

PREVACID SOLUTAB

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en negritas) y nombres de medicamentos alternativos

A	
a-hydrocort	12
abacavir	26
abacavir - lamivudine - zidovudine	26
abacavir-lamivudine	25
ABILIFY	23
ABILIFY (1 MG/ML)	23
ABILIFY DISCMELT	23
acamprosate	18
acarbose	27
ACCOLATE	46
ACCUPRIL	33
ACCURETIC	33
ACCUTANE	35
acebutolol	30
acellular pertussis - diphtheria toxoid - haemophilus b vaccine	43
acellular pertussis - diphtheria toxoid - tetanus	41
acellular pertussis - diphtheria toxoid - tetanus vaccine	43
acellular pertussis and diphtheria toxoid - tetanu	42
acellular pertussis and diphtheria toxoid and hepatitis b and polio virus	42
acellular pertussis and diphtheria toxoid and teta	41
acetaminophen - butalbital - caffeine - codeine ..	9
acetaminophen - caffeine - dihydrocodeine	9
acetaminophen - codeine (15mg)	9
acetaminophen - codeine (2.4 mg/ml)	9
acetaminophen - codeine (30mg)	9
acetaminophen - codeine (60mg)	9
acetaminophen - hydrocodone (0.5 mg/ml)	9
acetaminophen - hydrocodone (325-10mg)	9
acetaminophen - hydrocodone (325-5mg)	9
acetaminophen - hydrocodone (325-7.5mg)	9
acetaminophen - hydrocodone (500-10mg)	9
acetaminophen - hydrocodone (500-2.5mg)	9
acetaminophen - hydrocodone (500-5mg)	9
acetaminophen - hydrocodone (650-10mg)	9
acetaminophen - hydrocodone (750-10mg)	9
acetaminophen - hydrocodone (750-7.5mg)	9
acetaminophen - oxycodone (325-10mg)	9
acetaminophen - oxycodone (325-2.5mg)	9
acetaminophen - oxycodone (325-5mg)	9
acetaminophen - oxycodone (325-7.5mg)	9
acetaminophen - oxycodone (500-7.5mg)	10
acetaminophen - oxycodone (650-7.5mg)	10
acetaminophen - pentazocine	10
acetaminophen - propoxyphene	10
acetaminophen - propoxyphene hcl (650-65mg) .10	
acetaminophen - propoxyphene napsylate	10
(325-50mg)	
acetaminophen - propoxyphene napsylate	10
(500-100mg)	
acetaminophen - propoxyphene napsylate	10
(650-100mg)	
acetazolamide	30
acetic acid	46
acetic acid - aluminum acetate	46
acetic acid - hydrocortisone	46
ACLOVATE	38
ACTHIB	41
ACTIGALL	37
ACTIMMUNE	41
ACTONEL (150MG)	44
ACTONEL (30MG)	44
ACTONEL (35MG)	44
ACTONEL (5MG)	44
ACTONEL (75MG)	44
ACTONEL-CALCIUM	44
ACTOPLUS MET	27
ACTOS	27
ACULAR	45
ACULAR LS	45
acyclovir	25
ADACEL	41
ADAGEN	35
adalimumab	42
adalimumab penfill	42
adefovir	25
ADOXA	14
ADVAIR DISKU	46
ADVAIR HFA	47
ADVICOR	30
AEROBID	47
AFINITOR	21
agalsidase beta	35
AGGRENOX	28
ALAMAST	45
alanine - arginine - aspartate - cysteine - glutamate	49
alanine - arginine - cysteine - glycine - histidine	49
alanine - arginine - cysteine - glycine	49
-histidine	
alanine - arginine - dibasic potassium	50
phosphate - glucose - glycine	
alanine - arginine - glycine - histidine - isoleucine	50
ALBALON	45

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en **negritas**) y nombres de medicamentos alternativos

albendazole	22	amikacin	12
ALBENZA	22	AMIKIN	12
albuterol	47	amiloride	30
albuterol - ipratropium	47	amiloride hct	30
albuterol sulf	47	AMINOPHYLLIN	47
albuterol-ipratropium	47	aminophylline	47
ALCAINE	46	aminosalicylic acid	21
alclometasone	38	AMINOSYN-HF	49
alcohol swabs	27	amiodarone	30
ALDACTAZIDE	33	AMITIZA	36
ALDACTONE	33	amitriptyline	16
ALDARA	34	amlodipine	30
aldesleukin	22	amlodipine - benazepril	30
ALDOMET	32	amlodipine - olmesartan	30
ALDURAZYME	35	amlodipine - valsartan - hct	31
alefacept	34	ammonium lactate	34
alemtuzumab	21	amoxapine	16
alendronate - cholecalciferol	44	amoxicillin	12
alendronate (10mg)	44	amoxicillin - clavulanate	12
alendronate (35mg)	44	amphetamine	34
alendronate (40mg)	44	amphetamine salt combo	34
alendronate (5mg)	44	AMPHOTEC	19
alendronate (70mg)	44	amphotericin b	19
ALESSE	39	ampicillin	12
ALFERON N	41	ampicillin-sulbactam	12
alglucerase	35	amylases - endopeptidases - lipase	35
ALINIA	22	ANADROL-50	39
aliskiren	33	ANAFRANIL	16
aliskiren hct	33	anakinra	42
alitretinoin	22	ANAPROX / ANAPROX DS	11
ALLEGRA	47	anastrozole	21
allopurinol	20	ANCEF	13
ALOCRIL	45	ANCOBON	19
ALOMIDE	45	ANDRODERM	39
alosetron	36	ANDROGEL	39
alpha 1-antitrypsin	47	androxy	39
alpha-1-proteinase inhibitor	47	anidulafungin	19
ALPHAGAN P	45	ANSAID	10
alprazolam	48	ANTABUSE	18
ALREX	45	ANTARA	30
ALTACE	33	ANTIVERT	18
altretamine	21	ANTIZOL	18
amantadine	23	ANUSOL-HC	35
AMARYL	27	ANZEMET	18
ambenonium	20	aprepitant	18
AMBIEN	48	APRISO	43
AMBIEN CR	48	APTIVUS	25
AMBISOME	19	ARALAST	47
ambrisentan	32	ARALEN	22
amcinonide	38	ARANESP (0.1 MG/ML - 100MCG)	28
AMEVIVE	34	ARANESP (0.025 MG/ML - 25MCG)	28

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en negritas) y nombres de medicamentos alternativos

ARANESP (0.04 MG/ML - 40MCG)	28	ATTENUVAX	41
ARANESP (0.06 MG/ML - 25MCG)	28	augmented betamethasone diprop	38
ARANESP (0.06 MG/ML - 60MCG)	28	AUGMENTIN	12
ARANESP (0.1 MG/ML - 40MCG)	28	auranofin	43
ARANESP (0.2 MG/ML - 100MCG)	28	AVANDAMET	27
ARANESP (0.2 MG/ML - 200MCG)	28	AVANDARYL	27
ARANESP (0.2 MG/ML - 60MCG)	28	AVANDIA	27
ARANESP (0.3 MG/ML - 300MCG)	28	AVELOX	12
ARANESP (0.5 MG/ML - 150MCG)	28	avita	34
ARANESP (0.5 MG/ML - 300MCG)	29	AVODART	37
ARANESP (0.5 MG/ML - 500MCG)	29	AVONEX	41
ARANESP (0.5 MG/ML -200MCG)	29	AXID	36
ARAVA	42	AYGESTIN	40
arformoterol	47	azacitidine	22
ARICEPT	16	AZASAN	41
ARICEPT ODT	16	AZATHIOPRINE	41
ARIMIDEX	21	azelastine	46
aripiprazole	23	AZILECT	23
aripiprazole disintegrating	23	azithromycin	12
ARIXTRA (10MG/0.8ML)	29	azithromycin (100/5ml)	12
ARIXTRA (2.5MG/0.5ML)	29	azithromycin (200/5ml)	12
ARIXTRA (5MG/0.4ML)	29	azithromycin (250mg)	12
ARIXTRA (7MG/0.6ML)	29	azithromycin (500mg)	12
AROMASIN	21	azithromycin (600mg)	13
arsenic trioxide	22	AZMACORT	47
ARTHROTEC	12	AZOPT	45
ASACOL	43	AZOR	30
ASACOL HD	43	AZULFIDINE	43
ascorbic acid - biotin - calcium carbonate	49		
-cupric oxide - ferrous fumarate			
asenapine	24	B	
aspirin - butalbital - caffeine - codeine	10	bacitracin	13
aspirin - caffeine - orphenadrine	49	bacitracin zinc - hydrocortisone - neomycin - ..	45
aspirin - carisoprodol - codeine	49	polymyxin b	
aspirin - oxycodone - oxycodone terephthalate ..	10	bacitracin zinc - neomycin - polymyxin b	45
aspirin-dipyridamole	28	bacitracin zinc - polymyxin b	45
ASTELIN	47	baclofen	25
ATACAND	30	BACTRAM DS / SEPTRA DS	14
ATACAND HCT	30	BACTRIM / SEPTRA	14
ATARAX	47	BACTROBAN	13
atazanavir	26	balacet 325	10
atenolol	30	balsalazide disodium	43
atenolol - chlorthalidone	30	BANZEL	15
atomoxetine	34	BARACLUDE	25
atorvastatin	32	BARACLUDE (0.05 MG/ML)	25
atorvastatin - amlodipine	30	becaplermin	35
atovaquone	22	beclomethasone diprop	47
atovaquone-proguanil	22	BECONASE AQ	47
ATRIPLA	25	BENADRYL	18
atropine - diphenoxylate	36	benazepril	30
ATROVENT	47	benazepril hct	30
		BENICAR	30

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en negritas) y nombres de medicamentos alternativos

BENICAR HCT	30	bupropion	16
BENTYL	36	bupropion sr	16
BENZAMYCIN	34	bupropion xl	16
benzonatate	47	BUSPAR	26
benzoyl peroxide - erythromycin	34	bupirone	26
benztropine	23	butorphanol	10
BETA-VAL	38	BYETTA	27
BETAGAN	45	C	
betaine (trimethylglycine)	35	cabergoline	40
betamethasone diprop	38	CADUET	30
betamethasone valerate	38	CAFERGOT	20
BETAPACE	33	caffeine - ergotamine	20
BETASERON	41	caffeine-ergotamine	20
betaxolol	30	CALAN / ISOPTIN	34
bethanechol	37	CALAN SR / ISOPTIN SR	34
BETOPTIC-S	45	CALCIJEX	44
bexarotene	22	calcipotriene	34
BIAXIN	13	calcitonin-salmon	44
BIAXIN XL	13	calcitriol	44
bicalutamide	41	calcium acetate	37
BICILLIN C-R	13	CAMPATH	21
BICILLIN L-A	13	CAMPRAL	18
BILTRICIDE	22	CANASA	43
bimatoprost	45	CANCIDAS	19
bismuth subcitrate - metronidazole - tetracycline	37	candesartan	30
bisoprolol	30	candesartan hct	30
bisoprolol hct	30	CAPASTAT	21
BLENOXANE	21	CAPOTEN	30
bleomycin	21	CAPOZIDE	30
BLEPH-10	46	capreomycin	21
BONIVA (150MG)	44	captopril	30
BONIVA (2.5MG)	44	captopril hct	30
BOOSTRIX	41	CARAFATE	37
BOROFAIR	46	carbamazepine	15
bortezomib	22	carbamazepine er	15
bosentan	33	carbidopa - entacapone -levodopa	23
BRETHINE	48	carbidopa - levodopa	23
BREVICON	40	carbidopa - levodopa cr	23
brimonidine	45	carbinoxamine mal	47
brimonidine - timolol	45	CARDENE	32
brinzolamide	45	CARDIZEM	31
bromocriptine	23	CARDIZEM CD	31
BROVANA	47	CARDIZEM SR	31
budesonide	12	CARDURA	31
budesonide - formoterol	48	CARIMUNE	41
bumetanide	30	carisoprodol	49
BUMEX	30	carisoprodol - aspirin	49
BUPHENYL	35	CARMOL-HC	35
buprenorphine	11	CARNITOR	35
buprenorphine - naloxone	11	carteolol	45

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en **negritas**) y nombres de medicamentos alternativos

cartia xt	30	CILOXAN	45
carvedilol	30	cimetidine	36
CASODEX	41	cinacalcet	40
caspofungin	19	CIPRO	13
CATAFLAM	10	CIPRO HC	46
CATAPRES	31	CIPRO XR	13
CATAPRES-TTS	30	ciprofloxacín	13
CECLOR	13	ciprofloxacín er	13
CEENU	21	ciprofloxacín hc	46
cefaclor	13	citalopram	16
cefadroxil	13	CLAFORAN	13
cefazolin	13	CLARINEX	47
cefdinir	13	CLARINEX (0.5 MG/ML)	47
cefepime	13	clarithromycin	13
cefixime	14	clarithromycin (125/5ml)	13
cefotaxime	13	clarithromycin (250/5ml)	13
cefoxitin	13	clarithromycin er	13
cefpodoxime	13	clemastine	47
cefprozil	13	CLEOCIN	13
ceftazidime	13	CLEOCIN-T	13
CEFTIN	13	clindamycin	13
ceftriaxone	13	CLINORIL	11
cefuroxime	13	clobetasol	38
CEFZIL	13	clobetasol e	38
CELEBREX	10	clomipramine	16
celecoxib	10	clonazepam	15
CELEXA	16	clonazepam odt	15
CELLCEPT	41	clonidine	31
CELLCEPT (250MG)	41	clonidine patch	30
CELLCEPT IV	41	clopidogrel	29
CELONTIN	15	clotrimazole	19
cephalexin	13	clotrimazole - betamethasone	34
CEREDASE	35	clozapine	23
CEREZYME	35	CLOZARIL	23
CHANTIX	18	COGENTIN	23
chlorambucil	21	COLAZAL	43
CHLORAMPHENICOL	13	colchicine	20
chlorhexidine gluconate	34	colchicine - probenecid	20
chloride ion and dextrose (anhydrous) and lactate	49	COLCRYS	20
chloroquine	22	colesevelam	34
chlorothiazide	30	COLESTID	31
chlorpromazine	18	colestipol	31
chlorthalidone	31	colistimethate	13
chlorzoxazone	49	collagenase	35
cholestyramine	31	COLOCORT	35
choline fenofibrate	34	COLY-MYCIN-M	13
CIALIS	37	colyte	36
ciclopirox	19	COLYTE / GOLYTELY	36
ciclopirox nail lacquer	19	COMBIGAN	45
cilostazol	29	COMBIVENT	47
		COMBIVIR	25

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en **negritas**) y nombres de medicamentos alternativos

COMPRO	24	DAPSONE	21
COMTAN	23	DAPTACEL	42
COMVAX	41	daptomycin	13
CONDYLOX	35	DARAPRIM	22
CONSTULOSE / CEPHULAC / ENULOSE	36	darbepoetin alfa	28
COPAXONE	41	darifenacin	37
CORDARONE	30	darunavir	26
COREG	30	DARVOCET-N	10
CORGARD	32	DARVON	11
CORTEF	12	dasatinib	22
cortisone	12	DAYPRO	11
cortisone acetate	12	DDAVP	38
CORTISPORIN	45	DECAVAC	42
CORZIDE	32	DECLOMYCIN	13
COSOPT	45	deferasirox	18
COUMADIN	29	DEL-BETA	38
COUMADIN (2MG/ML)	29	DELATESTRYL	40
COUMADIN / JANTOVEN	29	delavirdine	26
CREON	35	DEMADEX	33
CRESTOR	31	demeclocycline	13
CRIXIVAN	25	DEMEROL	11
CROLOM	45	DEMULEN	39
cromolyn	36	DENAVIR	25
crotamiton	22	denileukin diftitox	22
CUBICIN	13	DEPAKENE	16
CUPRIMINE	18	DEPAKOTE	15
CUTIVATE	38	DEPAKOTE ER	20
CYCLESSA	39	DEPEN	18
cyclobenzaprine	49	DEPO-MEDROL	12
CYCLOCORT	38	DEPO-PROVERA	39
cyclophosphamide	21	DEPO-TESTOSTERONE	40
cycloserine	21	DERMATOP	38
cyclosporine	41	DERMOTIC	46
CYKLOKAPRON	29	desipramine	17
CYMBALTA	16	desloratadine	47
CYMBALTA (20MG)	16	desmopressin	38
cyproheptadine	47	desogestrel - ethinyl estradiol	39
CYSTADANE	35	desonide	38
CYSTAGON	35	DESOWEN	38
cysteamine	35	desoximetasone	38
CYTOMEL	40	desvenlafaxine	17
CYTOTEC	36	DESYREL	17
CYTOVENE	25	DETROL	37
CYTOXAN	21	DETROL LA	37
		dexamethasone	12
D		dexamethasone - neomycin - polymyxin b	45
dalteparin	29	DEXASOL	45
danazol	39	DEXEDRINE	34
DANOCRINE	39	DEXPAK	12
DANTRIUM	25	dextroamphetamine	34
dantrolene	25	DEXTROSE 5%- ELECTROLYTE #48	49

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en **negritas**) y nombres de medicamentos alternativos

dextrose 10%	49	donepezil disintegrating	16
dextrose 5%	49	dorzolamide	45
dextrose 5% - sodium chloride 0.2%	49	dorzolamide - timolol	45
dextrose 5% - sodium chloride 0.45%	49	DOSTINEX	40
dextrose 5% - sodium chloride 0.9%	49	DOVONEX	34
DIAMOX	30	doxazosin	31
diazepam	48	doxepin	17
diazoxide	28	doxercalciferol	44
diclofenac	35	doxycycline hyc	13
diclofenac ec	10	doxycycline mono	14
diclofenac er	10	DROXIA	21
diclofenac potassium	10	DUETACT	27
diclofenac sodium	45	duloxetine	16
diclofenac-misoprostol	12	DUONEB	47
dicloxacillin	13	DURAGESIC	10
dicyclomine	36	DURICEF	13
didanosine	25	dutasteride	37
DIDRONEL	44	DYAZIDE	33
diflorasone	38	DYNACIRC	32
DIFLUCAN	19	DYRENIUM	31
DIFLUCAN IN DEXTROSE	19		
diflunisal	10	E	
digoxin	31	econazole	19
dihydroergotamine	20	efavirenz	26
DILANTIN	15	efavirenz - emtricitabine -tenofovir	25
DILAUDID	10	EFFEXOR	17
dilt-cd	31	EFUDEX	35
dilt-xr	31	8-MOPBRO	34
diltiazem	31	ELAPRASE	35
diltiazem cd	30	ELDEPRYL	23
diltiazem sr	31	ELIDEL	35
diltzac	31	ELIMITE	23
DIOVAN	31	ELITEK	21
DIOVAN HCT	31	ELMIRON	37
DIPENTUM	43	ELOCON	38
diphenhydramine	18	eltrombopag	29
diphenoxylate/atropine	36	EMADINE	45
diphtheria toxoid - tetanus toxoid	42	EMCYT	21
dipivefrin	45	emedastine	45
DIPROLENE	38	EMEND	18
DIPHTHERIA/TETANUS TOXOID	42	EMLA	12
dipyridamole	29	EMSAM	17
disopyramide	31	emtricitabine	25
disulfiram	18	emtricitabine - tenofovir	26
DITROPAN	37	EMTRIVA	25
DITROPAN XL	37	ENABLEX	37
divalproex	15	enalapril	31
dofetilide	33	enalapril hct	31
dolasetron	18	ENBREL (25 MG/ML)	42
DOLOPHINE	11	ENBREL (50 MG/ML)	42
donepezil	16	ENDOMETRIN	39

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en **negritas**) y nombres de medicamentos alternativos

enfuvirtide	25	etravirine	25
ENGERIX-B	42	EULEXIN	41
enoxaparin	29	EURAX	22
entacapone	23	everolimus	21
entecavir	25	EVISTA	39
ENTOCORT EC	12	EXELON	16
enulose	36	EXELON PATCH	16
epinephrine	47	exemestane	21
EPIPEN	47	exenatide	27
EPIPEN-JR	47	EXFORGE	31
EPIVIR	25	EXFORGE HCT	31
eplerenone	32	EXJADE	18
epoetin alfa	29	ezetimibe	34
EPOGEN	29		
EPOGEN (2000 - 3000 - 4000U/ML)	29	F	
EPZICOM	25	FABRAZYME	35
ERAXIS	19	FACTIVE	14
ergoloid mesylates	16	famciclovir	25
erlotinib	22	famotidine	36
ertapenem	14	FAMVIR	25
ERYGEL	14	FANSIDAR	22
ERYTHROCIN	14	FARESTON	21
erythromycin	14	FAZACLO	23
erythromycin - sulfisoxazole	14	felbamate	15
erythromycin ethylsuc	14	FELBATOL	15
erythromycin stearate	14	FELDENE	11
escitalopram	17	felodipine er	31
esomeprazole	36	FEMARA	21
estazolam	48	fenofibrate	30
ESTRACE	39	fenoprofen	10
estradiol	39	fentanyl	10
estramustine	21	fesoterodine	38
estrogens, conjugated	40	fexofenadine	47
estrogens, conjugated - medroxyprogesterone	40	filgrastim	29
estropipate	39	finasteride	37
etanercept	42	FIORICET - CODEINE	9
ethambutol	21	FIORINAL - CODEINE	10
ethinyl estradiol - ethynodiol diacetate	39	FLAGYL	14
ethinyl estradiol - ferrous fumarate - norethindrone	39	flavoxate	37
ethinyl estradiol - levonorgestrel	39	flecainide	31
ethinyl estradiol - norelgestromin	40	FLEXERIL	49
ethinyl estradiol - norethindrone	39	FLOMAX	37
ethinyl estradiol - norgestimate	39	FLONASE	47
ethinyl estradiol - norgestrel	39	FLORINEF	38
ethionamide	21	FLOVENT DISKUS	47
ethosuximide	15	FLOVENT HFA	47
ethotoin	15	FLOXIN	14
etidronate	44	FLOXIN OTIC	46
etodolac	10	fluconazole	19
etodolac er	10	fluconazole - dextrose soln	19
		flucytosine	19

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en negritas) y nombres de medicamentos alternativos

fludrocortisone	38	ganciclovir	25
FLUMADINE	26	GARAMYCIN	14
flunisolide	47	GARDASIL	42
fluocinolone	38	GASTROCROM	36
fluocinolone acet	46	gatifloxacin	46
fluocinonide e	38	gauze pads and dressing - 2x2	27
fluorometholone	45	gefitinib	21
fluorouracil	35	gemfibrozil	31
fluoxetine	17	generlac	36
fluoxymesterone	39	GENOTROPIN	38
FLUPHENAZINE	23	GENTAK	45
fluphenazine decanoate	23	gentamicin	14
flurbiprofen	10	GEODON	23
flutamide	41	glatiramer	41
fluticasone	38	GLEEVEC (100MG)	21
fluticasone propionate	47	GLEEVEC (400MG)	21
fluticasone-salmeterol	46	glimepiride	27
fluvoxamine (100mg)	17	glipizide	27
fluvoxamine (25mg)	17	glipizide - metformin	27
fluvoxamine (50mg)	17	globulin, immune	41
FML	45	GLUCAGON	27
fomepizole (4-methylpyrazole)	18	glucagon rdna	27
fondaparinux	29	GLUCOPHAGE	28
FORADIL	47	GLUCOPHAGE XL	28
formoterol	47	GLUCOTROL	27
FORTAZ	13	GLUCOVANCE	27
FORTEO	44	glyburide	27
FOSAMAX	44	glyburide - metformin	27
FOSAMAX PLUS D	44	glycopyrrolate	36
fosamprenavir	26	GLYNASE / DIABETE	27
FOSCARNET	25	GLYSET	27
foscavir	25	GOLYTELY	36
fosinopril	31	gonadotropin, chorionic	38
fosinopril hct	31	gramicidin - neomycin - polymyxin b	45
FOSRENOL	37	granisetron	18
FRAGMIN	29	granisetron patch	19
FUNGIZONE	19	granisol	18
furosemide	31	GRIFULVIN V	19
FUZEON	25	GRIS-PEG	19
G		griseofulvin	19
gabapentin	15	guanfacine	31
gabapentin (100mg)	15	GYNODIOL	39
gabapentin (300mg)	15	H	
gabapentin (400mg)	15	haemophilus b polysaccharide conj vacc -	41
gabapentin (600mg)	15	hepatitis	
gabapentin (800mg)	15	haemophilus b polysaccharide conj vaccine	41
GABITRIL	15	HALDOL	24
galantamine	16	HALDOL DECAN	24
galantamine er	16	HALDOL LAC	24
galsulfase	35	halobetasol	38

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en **negritas**) y nombres de medicamentos alternativos

haloperidol	24	ibuprofen	10
haloperidol decanoate	24	idursulfase	35
haloperidol lactate	24	iloprost	48
HAVRIX	42	imatinib	21
HECTOROL	44	IMDUR	32
HEP SOD/NACL	29	imiglucerase	35
HEPARIN	29	imipramine	17
heparin sodium	29	imiquimod	34
heparin sodium - dextrose 5%	29	IMITREX	20
heparin sodium - sodium chloride 0.9%	29	IMITREX (20 MG/ACTUATION)	20
heparin sodium -dextrose 5%	29	IMITREX (5 MG/ACTUATION)	20
HEPATASOL	49	IMOVAX RABIES	42
hepatitis a virus vaccine	42	IMURAN	41
hepatitis a virus vaccine and hepatitis b virus vaccine	43	INCRELEX	38
hepatitis b virus vaccine	42	indapamide	31
HEPSERA	25	INDERAL	33
HEXALEN	21	INDERAL LA	33
HIPREX	14	INDERIDE	33
HISTEX PD	47	indinavir	25
HUMALOG	27	INDOCIN SR	10
HUMATIN	14	indomethacin	10
HUMIRA	42	INFANRIX	42
HUMIRA PEN	42	INFERGEN	42
HUMULIN 50/50	27	INFLAMASE	46
HUMULIN 70/30	27	infliximab	43
HUMULIN N	27	INNOHEP	29
HUMULIN R	27	INSPRA	32
HYDERGINE	16	insulin aspart (human analog)	28
hydralazine	31	insulin aspart (human analog) - insulin aspart pro	28
HYDREA	21	insulin detemir	28
hydrochlorothiazide	31	insulin glargine	27
hydrochlorothiazide - triamterene	31	insulin human (regular)	27
hydrocod/hom	47	insulin human (regular) - insulin human, isophane	27
hydrocodone - acetaminophen (500-7.5mg)	10	insulin human, isophane (nph)	27
hydrocodone - acetaminophen (650-7.5mg)	10	insulin lispro	27
hydrocodone - ibuprofen	10	insulin pen needle	27
hydrocortisone	12	insulin safety syringe	27
hydrocortisone - neomycin - polymyxin b	45	insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml	27
hydrocortisone acetate - urea	35	insulin syringe (disp) u-100 1 ml	27
hydromorphone	10	insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml	27
hydroxychloroquine	22	INTELENCE	25
hydroxypropyl cellulose	45	interferon alfa-2b	42
hydroxyurea	21	interferon alfa-n3	41
hydroxyzine hcl	47	interferon alfacon-1	42
hydroxyzine pamoate	18	interferon beta-1a	41
HYTONE	38	interferon beta-1b	41
HYTRIN	33	interferon gamma-1b	41
I		intralipid	49
ibandronate	44	INTRON-A	42

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en **negritas**) y nombres de medicamentos alternativos

INVANZ	14	lacosamide	16
INVEGA (3MG)	24	LACRISERT	45
INVEGA (6MG)	24	lactated ringers	49
INVEGA (9MG)	24	lactic acid	35
INVIRASE	26	lactulose	36
IPOL INACTIVATED IPV	42	LAMICTAL	15
ipratropium	47	LAMICTAL CHEWABLE	15
IRESSA	21	lamictal odt	15
ISENTRESS	26	LAMISIL	19
isocarboxazid	17	lamivudine	25
isoniazid	21	lamivudine-zidovudine	25
isoniazid - rifampin	21	lamotrigine	15
isopropyl alcohol pad	27	lamotrigine chewable	15
ISORDIL	32	lamotrigine disintegrating	15
isosorbide dinitrate	32	LANOXIN	31
isosorbide mononitrate er	32	lanreotide	38
isotretinoin	35	lansoprazole	36
isradipine	32	lansoprazole - naproxen	12
itraconazole	19	LANTUS	27
		LANTUS SOLOSTAR	27
J		lapatinib	22
jantoven	29	LARIAM	22
JANUMET	27	laronidase	35
JANUVIA	27	LASIX	31
japanese encephalitis virus vaccine	42	latanoprost	46
JE-VAX	42	leflunomide	42
		lenalidomide	22
K		LETAIRIS	32
K-TAB / KLOR-CON / MICRO-K	49	letrozole	21
KALETRA	26	LEUKERAN	21
KAYEXALATE / SPS	18	leuprolide depot	40
kcl 0.15% - d5w - lactated ringers	49	leuprolide depot-ped	40
kcl 0.3% - d5w - lactated ringers	49	leuprolide sc	40
KEFLEX	13	levalbuterol hfa	48
KENALOG	38	levalbuterol neb	48
KENALOG/ORAB	34	LEVAQUIN	14
KEPPRA	15	LEVAQUIN (25MG/ML)	14
KERLONE	30	LEVEMIR	28
ketoconazole	19	levetiracetam	15
ketoprofen	10	levo-dromoran	11
ketoprofen er	11	levobunolol	45
ketorolac	11	levocarnitine	35
ketorolac ls	45	levofloxacin	14
KINERET	42	levorphanol	11
KLARON	14	levothyroxine	40
KUVAN	35	levoxyl	40
KYTRIL	18	LEXAPRO	17
		LEXAPRO (5MG/5ML)	17
L		LEXIVA	26
labetalol	32	LIALDA	43
LAC-HYDRIN	34	LIDEX-E	38

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en **negritas**) y nombres de medicamentos alternativos

lidocaine	11	LUPRON DEPOT (3.75MG)	40
lidocaine - prilocaine	12	LUPRON DEPOT (7.5MG)	40
lidocaine jelly	12	LUPRON DEPOT-PED	40
LIDODERM	35	LUPRON SC	40
LINCOICIN	14	LUVOX	17
lincomycin	14	LYBREL	39
lindane	22	LYRICA	15
linezolid	15	LYSODREN	40
liothyronine	40		
LIPITOR	32	M	
LIPRAM	35	M-M-R II	42
lisinopril	32	MACROBID	14
lisinopril hct	32	MACRODANTIN	14
lithium carb	26	mafenide	14
lithium citr	26	magnesium sulf	49
LITHOBID	26	magnesium sulfate	49
LO/OVRAL	39	MALARONE	22
LODINE	10	malathion	23
LODINE XL	10	maprotiline	17
Iodoxamide	45	maraviroc	26
LOESTRIN	39	MARPLAN	17
LOESTRIN FE	39	MATULANE	21
LOFIBRA	32	MAVIK	33
LOMOTIL	36	MAXALT	20
Iomustine	21	MAXALT-MLT	20
LONITEN	32	MAXIPIME	13
LOPID	31	MAXITROL	45
lopinavir-ritonavir	26	MAXZIDE / DYAZIDE	31
LOPRESSOR	32	measles virus vaccine	41
LOPRESSOR HCT	32	measles virus vaccine - mumps virus vaccine	42
LOPROX	19	measles virus vaccine - mumps virus vaccine - rubella virus vaccine	42
lorazepam	48	mebendazole	22
LOTEMAX	45	mecasermin	38
LOTENSIN	30	meclizine	18
LOTENSIN HCT	30	MEDROL	12
loteprednol	45	medroxyprogesterone	39
loteprednol etabonate	45	mefloquine	22
LOTREL	30	MEFOXIN	13
LOTRIMIN	19	MEGACE	39
LOTRISONE	34	MEGACE SUSP	39
LOTRONEX	36	megestrol	39
lovastatin	32	megestrol susp	39
lovastatin-niacin	30	meloxicam	11
LOVAZA	32	memantine	16
LOVENOX	29	MENACTRA	42
LOVENOX (30MG/0.3ML / 40MG/0.4ML)	29	meningococcal polysaccharide vac a-c-y-w	42
loxapine	24	MENOMUNE-A/C/Y/W-135	42
LOXITANE	24	meperidine	11
LOZOL	31	meprobamate	26
lubiprostone	36	MEPRON	22
LUMIGAN	45		

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en **negritas**) y nombres de medicamentos alternativos

meropenem	14	MINIPRESS	33
MERREM	14	MINOCIN	14
MERUVAX II	42	minocycline	14
mesalamine (5-asa)	43	minoxidil	32
mesna	22	MIRAPEX	23
MESNEX	22	mirtazapine	17
MESTINON	20	misoprostol	36
mestranol - norethindrone	39	mitotane	40
METAGLIP	27	mitoxantrone	22
metaproterenol	47	MOBAN	24
metaxalone	49	MOBIC	11
metformin	28	modafinil	34
metformin er	28	MODURETIC	30
methadone	11	moexipril	32
methazolamide	32	moexipril hct	32
methenamine hip	14	molindone	24
methimazole	41	mometasone	38
methocarbamol	49	MONOPRIL	31
methotrexate	42	MONOPRIL HCT	31
methoxsalen	34	montelukast	48
methscopolamine	36	morphine	11
methsuximide	15	morphine er	11
methyclothiazide	32	MOTRIN	10
methyldopa	32	moxifloxacin	12
methyldopa hct	32	MS CONTIN	11
METHYLDOPATE	32	mupirocin	13
methylnaltrexone	37	MYAMBUTOL	21
methylphenidate	34	MYCAMINE	19
methylprednisolone	12	MYCOBUTIN	21
methylprednisolone (depo)	12	mycophenolate	41
metipranolol	45	MYCOSTATIN	19
metoclopramide	18	MYDRIACYL	46
metolazone	32	MYFORTIC	42
metoprolol	32	MYSOLINE	16
metoprolol er	32	MYTELASE	20
metoprolol hct	32		
METROGEL-VAG	14	N	
metronidazole	14	nabumetone	11
MEVACOR	32	nadolol	32
mexiletine	32	nadolol - bendroflumethiazide	32
MIACALCIN	44	nafarelin	40
micafungin	19	naftifine	19
miconazole	19	NAFTIN	19
miconazole 3	19	NAGLAZYME	35
MICROZIDE	31	nalbuphine	11
midodrine	32	naloxone	18
migergot	20	naltrexone	18
miglitol	27	NAMENDA	16
miglustat	36	naphazoline	45
MIGRANAL	20	NAPROSYN	11
MILTOWN	26	naproxen	11

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en **negritas**) y nombres de medicamentos alternativos

naproxen ec	11	NITROLINGUAL SPRAY	33
NARCAN	18	NITROSTAT	33
NARDIL	17	nizatidine	36
NASACORT AQ	47	NIZORAL	19
NASAREL	47	NOLVADEX	22
NASONEX	47	NORDITROPIN	38
NATACYN	46	norethindrone	39
natamycin	46	NORFLEX	49
nateglinide	28	NORGESIC	49
NAVANE	25	NORPACE	31
necon	39	NORPRAMIN	17
nedocromil	45	nortrel 0.5/35 (28)	40
nefazodone	17	nortriptyline	17
nelfinavir	26	NORVASC	30
neomycin	14	NORVIR	26
neomycin - polymyxin b	37	NOVANTRONE	22
NEORAL	41	NOVOLIN 70/30	28
NEOSPORIN	45	NOVOLIN N	28
NEOSPORIN GU	37	NOVOLIN R	28
NEULASTA	29	NOVOLOG	28
NEUPOGEN	29	NOVOLOG FLEXPEN	28
NEURONTIN	15	NOVOLOG MIX 70/30	28
NEUTREXIN	22	NOXAFIL	19
nevirapine	26	NUBAIN	11
NEXAVAR	22	NULYTELY	37
NEXIUM	36	NUTROPIN	38
niacin	32	NUTROPIN AQ	38
niacin er	32	nystatin	19
NIACOR	32	nystatin - triamcinolone	19
NIASPAN	32		
nicardipine	32	O	
nicotine nasal	18	octreotide	40
nicotine spray	18	octreotide acetate	40
NICOTROL INHALER	18	OCUFEN	45
NICOTROL NS	18	OCUFLOX	46
nifedipine	32	OCUPRESS	45
nifedipine er	32	ofloxacin	14
NILANDRON	41	OGEN	39
nilotinib	22	olanzapine	25
nilutamide	41	olanzapine disintegrating	25
nimodipine	32	olmesartan	30
NIMOTOP	32	olmesartan hct	30
nisoldipine	33	olopatadine	46
nitazoxanide	22	olsalazine sodium	43
nitisinone	35	omalizumab	48
NITRO-DUR	33	omega-3 acid ethyl esters	32
nitrofurantoin macrocryst	14	omeprazole	36
nitrofurantoin monohydrate	14	OMNICEF	13
nitroglycerin	33	ondansetron	18
nitroglycerin spray	33	ondansetron (4mg/5ml)	18
nitroglycerin transdermal	33	ondansetron odt	18

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en **negritas**) y nombres de medicamentos alternativos

ONTAK	22	paromomycin	14
OPTIPRANOLOL	45	paroxetine	17
OPTIVAR	46	paroxetine (10mg/5ml)	17
ORAP	24	paroxetine er	17
ORAPRED	12	PASER	21
ORFADIN	35	PATANOL	46
orphenadrine	49	PAXIL	17
ORTHO EVRA	40	PAXIL CR	17
ORTHO MICRONOR	39	pedi-dri	19
ORTHO TRI-CYCLEN LO	39	PEDIARIX	42
ORTHO-CEPT	39	PEDIAZOLE	14
ORTHO-CYCLEN	39	PEDVAX HIB	42
ORTHO-EST	39	peg 3350 sol electrolyte	36
ORTHO-NOVUM	39	PEG-INTRON	42
oseltamivir	26	pegademase bovine	35
OVIDE	23	PEGANONE	15
OXACILLIN	14	PEGASYS	42
OXANDRIN	40	pegfilgrastim	29
oxandrolone	40	peginterferon alfa-2a	42
oxaprozin	11	peginterferon alfa-2b	42
oxazepam	48	pegvisomant	40
oxcarbazepine	15	pemirolast	45
oxybutynin	37	penciclovir	25
oxybutynin er	37	penicillamine	18
oxycodone	11	penicillin g benzathine	13
oxycodone - acetaminophen	11	penicillin g benzathine - penicillin g	13
oxycodone er	11	procaine	
OXYCONTIN	11	PENICILLIN G PROCAINE	14
oxymetholone	39	PENLAC	19
P		PENTAM	23
PACERONE	33	pentamidine	23
palgic	47	PENTASA	43
paliperidone	24	pentazocine - naloxone	11
palivizumab	43	pentosan polysulfate	37
PAMELOR	17	pentoxifylline	29
pamidronate	44	PEPCID	36
PAMINE	36	PEPCID I.V.	36
PANCREASE MT	35	PERCOCET	9
PANCRECARB MS	35	PERCODAN	10
PANCRECARB MS-8	35	PERIDEX ORAL RINSE	34
PANCRELIPASE	36	PERIOSTAT	13
PANCRELIPASE MST	36	permethrin	23
PANCRON	36	perphenazine	18
PANLOR SS	9	PERSANTINE	29
PANRETIN	22	phenelzine	17
pantoprazole	37	PHENERGAN	19
PARAFON	49	phenobarbital	16
paricalcitol	44	PHENYTEK	16
PARLODEL	23	phenytoin	15
PARNATE	17	PHOSLO	37
		phospholine	46

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en **negritas**) y nombres de medicamentos alternativos

PHOSPHOLINE IODIDE	46	PRIFTIN	21
pilocarpine	34	PRILOSEC	36
PILOPINE HS	46	primidone	16
pimecrolimus	35	PRISTIQ	17
pimozide	24	PROAMATINE	32
pindolol	33	probenecid	20
pioglitazone	27	procarbazine	21
pioglitazone-glimepiride	27	PROCARDIA	32
pioglitazone-metformin	27	PROCARDIA XL / ADALAT CC	32
PIPERACILLIN	14	prochlorperazine	19
piperacillin - tazobactam	15	PROCRIT	29
piroxicam	11	PROCRIT (2000 - 3000 - 4000U/ML)	29
PLAQUENIL	22	progesterone	39
PLAVIX	29	PROGLYCEM	28
PLENDIL	31	PROGRAF	42
PLETAL	29	PROLASTIN	47
podofilox	35	PROLEUKIN	22
poliovirus vaccine	42	PROLIXIN	23
POLYGAM	42	PROLIXIN-DEC	23
polymyxin b - trimethoprim	46	PROLOPRIM	14
POLYSPORIN	45	PROMACTA	29
POLYTRIM	46	prometh/cod	48
posaconazole	19	promethazine	19
potassium chloride	49	propafenone	33
potassium citrate	49	proparacaine	46
potassium clavulanate - ticarcillin	14	PROPINE	45
pramipexole	23	propoxyphene	11
pramlintide	28	propranolol	33
PRANDIN	28	propranolol er	33
PRAVACHOL	33	propranolol hct	33
pravastatin	33	propylthiouracil	41
pravastatin (40mg)	33	PROQUAD	42
praziquantel	22	PROSCAR	37
prazosin	33	PROTONIX	37
PRECOSE	27	PROTOPIC	35
PRED MILD / PRED FORTE	46	protriptyline	17
prednicarbate	38	PROVENTIL / VENTOLIN	47
prednisolone	12	PROVERA	39
prednisolone - sulfacetamide	46	PROVIGIL	34
prednisolone sod-phosp	46	PROZAC	17
prednisone	12	PSORCON	38
pregabalin	15	PULMICORT	48
PREMARIN	40	PURINETHOL	21
PREMASOL	49	PYLERA	37
PREMPHASE	40	pyrazinamide	21
PREMPRO	40	pyridostigmine	20
prenatal rx vitamin	49	pyrimethamine	22
PREVACID	36	pyrimethamine-sulfadoxine	22
PREVACID NAPRAPAC	12		
PREVACID SOLUTAB	37	Q	
PREZISTA	26	quadrivalent hpv vac	42

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en **negritas**) y nombres de medicamentos alternativos

QUALAQUIN	23	ribavirin	26
QUESTRAN	31	RIDAURA	43
quetiapine	24	rifabutin	21
quetiapine xr	25	RIFADIN	21
QUIBRON-T SR	48	RIFAMATE	21
quinapril	33	rifampin	21
quinapril hct	33	rifapentine	21
quinidine gluc cr	33	RILUTEK	34
quinidine sulf	33	riluzole	34
quinine	23	rimantadine	26
QUIXIN	46	risedronate	44
QVAR	48	risedronate-calcium	44
R			
RABAVERT	43	RISPERDAL	24
rabies vaccine human diploid cell	42	RISPERDAL M	24
rabies virus vaccine	43	RISPERDAL M (4MG)	24
raloxifene	39	risperidone	24
raltegravir	26	risperidone (1mg/ml)	24
ramelteon	48	risperidone (4mg)	24
ramipril	33	risperidone odt	24
RANEXA	33	risperidone odt (4mg)	24
ranitidine	37	RITALIN	34
ranolazine	33	ritonavir	26
RAPAMUNE	43	RITUXAN	22
rasagiline	23	rituximab	22
rasburicase	21	rivastigmine	16
RAZADYNE ER	16	rivastigmine patch	16
REBETOL-COPEGUS	26	rizatriptan	20
REBIF	43	ROBAXIN	49
REBIF (TITRTN SOL PACK)	43	ROBINUL	36
RECOMBIVAX HB	43	ROCALTROL	44
REGLAN	18	ROCEPHIN	13
REGRANEX	35	ROMYCIN	45
RELAFEN	11	ropinirole	23
RELENZA	26	rosiglitazone	27
RELISTOR	37	rosiglitazone-glimepiride	27
REMERON	17	rosiglitazone-metformin	27
REMICADE	43	rosuvastatin	31
REMINYL	16	ROTATEQ	43
REVELA	37	rotavirus vaccine	43
repaglinide	28	ROWASA	43
REQUIP	23	ROXICODONE	11
RESCRIPTOR	26	ROZEREM	48
RESTASIS	46	rubella virus vaccine	42
RETIN-A	34	rufinamide	15
RETROVIR	26	RYTHMOL	33
REVATIO	48	RYTHMOL SR	33
REVA	18	S	
REVLIMID	22	SABRIL	16
REYATAZ	26	sacrosidase 8500 unt/ml	36
		SALAGEN	34

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en **negritas**) y nombres de medicamentos alternativos

salmeterol	48	sodium chloride 0.9%	49
SANCUSO	19	sodium chloride irrigation	37
SANDIMMUNE	41	sodium lactate	49
SANDOSTATIN	40	sodium oxybate	34
SANDOSTATIN LAR DEPOT	40	sodium phenylbutyrate	35
SANTYL	35	sodium polystyrene sulfonate	18
SAPHRIS	24	sodium sulfacetamide	46
sapropterin	35	SOLARAZE	35
saquinavir	26	solifenacin	38
scopolamine	19	SOLU-CORTEF	12
SEASONALE	39	SOLU-MEDROL	12
SECTRAL	30	SOMA	49
selegiline	17	SOMA COMPOUND-CODEINE	49
selenium sulf	35	SOMA CPD	49
selenium sulfide	35	somatropin	38
SELSUN	35	SOMATULINE DEPOT	38
SELSUN SHAMPOO	35	SOMAVERT	40
SELZENTRY	26	SONATA	48
SENSIPAR	40	sorafenib	22
SEREVENT	48	sotalol	33
SEROMYCIN	21	SPECTAZOLE	19
SEROQUEL (100MG)	24	SPIRIVA HANDIHALER	48
SEROQUEL (200MG)	24	spironolactone	33
SEROQUEL (25MG)	24	spironolactone hct	33
SEROQUEL (300MG)	24	SPORANOX	19
SEROQUEL (400MG)	24	SPRYCEL	22
SEROQUEL (50MG)	25	STADOL	10
SEROQUEL XR	25	STALEVO	23
sertraline	17	STARLIX	28
sertraline (100mg)	17	stavudine	26
sertraline (20mg/ml)	17	sterile water irrigation	37
sevelamer	37	STRATTERA	34
sildenafil	48	SUBOXONE	11
sildennadil	38	SUBUTEX	11
SILVADENE / SSD	14	SUCRAID	36
silver sulfadiazine	14	sucralfate	37
simvastatin	33	SULAR	33
simvastatin - ezetimibe	34	sulfacetamide	14
sinecatechins	35	sulfadiazine	14
SINEMET	23	sulfamethoxazole - trimethoprim	14
SINEMET CR	23	sulfamethoxazole - trimethoprim ds	14
SINEQUAN	17	SULFAMYLON	14
SINGULAIR	48	sulfasalazine	43
sirolimus	43	sulindac	11
sitagliptin	27	sumatriptan	20
sitagliptin-metformin	27	sumatriptan (100mg)	20
6-mercaptopurine	21	sumatriptan (12 mg/ml)	20
SKELAXIN	49	sumatriptan (25mg)	20
sod chloride 0.45%	49	sumatriptan (50mg)	20
sod chloride 0.9%	49	sumatriptan (8 mg/ml)	20
sodium chloride 0.45%	49	sunitinib	22

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en **negritas**) y nombres de medicamentos alternativos

SUPRAX	14	terconazole	20
SURMONTIL	17	teriparatide	44
SUSTIVA	26	TESTIM	40
SUTENT	22	testosterone	39
SYMBICORT	48	testosterone cyp	40
SYMLIN	28	testosterone enanth	40
SYMLINPEN 60	28	TETANUS TOXOID ADSORBED	43
SYMMETREL	23	TETANUS-DIPHTHERIA TOXOID	43
SYNAGIS	43	tetrabenazine	34
SYNALAR	38	tetracycline	14
SYNAREL	40	tetrahydrozoline	48
SYNTHROID	40	TEV-TROPIN	39
SYPRINE	18	thalidomide	22
T		THALOMID	22
TABLOID	22	theophylline er	48
tacrolimus	35	thioguanine	22
tadalafil	37	THIOLA	38
TAGAMET	36	thioridazine	25
TALACEN	10	thiothixene	25
TALWIN NX	11	THORAZINE	18
TAMBOCOR	31	tiagabine	15
TAMIFLU	26	TIAZAC	31
TAMIFLU (12MG/ML)	26	TICLID	29
tamoxifen	22	ticlopidine	29
tamsulosin	37	TIGAN	19
TAPAZOLE	41	tigecycline	14
TARCEVA	22	TIKOSYN	33
TARGRETIN	22	TIMENTIN	14
TASIGNA	22	timolol	20
TASMAR (200MG)	23	TIMOPTIC	46
tazarotene	35	TINDAMAX	23
TAZORAC	35	tinidazole	23
taztia xt	33	tinzaparin	29
TEGRETOL	15	tiopronin	38
TEGRETOL-XR	16	tiotropium	48
TEKTRNA	33	tipranavir	25
TEKTRNA HCT	33	tizanidine	25
telbivudine	26	TOBRADEX	46
temazepam	48	tobramycin	46
TEMOVATE	38	tobramycin - dexamethasone	46
TEMOVATE E	38	TOBEX	46
temsirolimus	22	TOFRANIL	17
TENEX	31	tolcapone	23
tenofovir	26	tolectin ds	11
TENORETIC	30	tolmetin	11
TENORMIN	30	tolmetin ds	11
TERAZOL	20	tolterodine	37
terazosin	33	TOPAMAX	16
terbinafine	19	TOPICORT	38
terbutaline	48	topiramate	16
		TOPROL XL	32

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en **negritas**) y nombres de medicamentos alternativos

TORADOL	11	TRIZIVIR	26
toremifene	21	tropicamide	46
TORISEL	22	TRUSOPT	45
torse mide	33	TRUVADA	26
TOVIAZ	38	tussigon	48
tpn electrolyes	49	TWINRIX	43
TPN MULTILYTE	49	TYGACIL	14
TRACLEER	33	TYKERB	22
tramadol	11	TYLENOL - CODEINE	9
tramadol - acetaminophen	11	TYLOX	9
TRANDATE	32	TYPHIM VI	43
TRANDATE IV	32	typhoid vaccine	43
trandolapril	33	typhoid vi polysaccharide vaccine	43
tranexamic acid	29	TYZEKA	26
TRANSDERM-SCOP	19	TYZINE	48
tranylcypramine	17		
TRAVASOL 10%	50	U	
TRAVASOL 5.5%	50	ULTRACET	11
TRAVASOL 8.5%	50	ULTRAM	11
TRAVATAN Z	46	ULTRASE	36
travoprost	46	ULTRASE MT	36
trazodone	17	ULTRAVATE	38
TRECTOR	21	UNASYN	12
TRENTAL	29	UNIPHYL	48
tretinoin	22	UNIRETIC	32
TREXALL	42	unithroid	40
TRI-LEVLEN	39	UNIVASC	32
TRI-PREVIFEM	39	URECHOLINE	37
triamcinolone acet	34	URISPAS	37
triamcinolone acetonide	47	UROCIT-K	49
triamterene	31	URSO 250	37
triamterene hct	33	URSO FORTE	37
triazolam	48	ursodeoxycholate	37
TRICOR	31	ursodiol	37
trientine	18		
trifluoperazine	25	V	
trifluridine	46	valacyclovir	26
TRIGLIDE	34	VALCYTE	26
trihexyphenidyl	23	valganciclovir	26
TRIHIBIT	43	valproate sod	16
triiodothyronine	40	valproic acid	16
TRILEPTAL	15	valsartan	31
TRILIPIX	34	valsartan hct	31
trilyte sol	37	VALTrex	26
trimethobenzamide	19	VANCOGIN	15
trimethoprim	14	vancomycin	15
trimetrexate	22	VANTIN	13
trimipramine	17	VAQTA	43
TRIPEDIA	43	varenicline	18
TRIPLE ANTIBIOTIC	45	varicella virus vaccine	43
TRISENOX	22	VARIVAX	43

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (en **negritas**) y nombres de medicamentos alternativos

VASERETIC	31	XOPENEX	48
VASOTEC	31	XOPENEX HFA	48
VELCADE	22	XYLOCAINE	11
venlafaxine	17	XYREM	34
venlafaxine (75mg)	17		
VENTAVIS	48	Y	
VENTOLIN	48	yellow fever vaccine	43
VENTOLIN NEB	47	YF-VAX	43
verapamil	34		
verapamil er	34	Z	
VEREGEN	35	zafirlukast	46
VERMOX	22	zaleplon	48
VESANOID	22	ZANAFLEX	25
VESICARE	38	zanamivir	26
VIAGRA	38	ZANTAC	37
VIBRAMYCIN	13	ZARONTIN	15
VICODIN / LORTAB / LORCET	9	ZAROXOLYN	32
VICOPROFEN	10	ZAVESCA	36
VIDAZA	22	ZEBETA	30
VIDEX	26	ZELAPAR	23
VIDEX EC	25	ZEMPLAR	44
vigabatrin	16	ZERIT	26
VIGAMOX	46	ZESTRIL / PRINIVIL	32
VIMPAT	16	ZETIA	34
VIOKASE	36	ZIAC	30
VIRACEPT	26	ZIAGEN	26
VIRAMUNE	26	zidovudine	26
VIREAD	26	zileuton	48
VIROPTIC	46	ZINACEF	13
VISTARIL	18	ziprasidone	23
vitamin- mineral	50	ZITHROMAX	12
VIVACTIL	17	ZOCOR	33
VIVOTIF BERNA	43	ZOFRAN	18
VOLTAREN	10	ZOFRAN ODT	18
VOLTAREN XR	10	zoledronic acid	44
vorinostat	22	ZOLINZA	22
VOSPIRE ER	47	ZOLOFT	17
VYTORIN	34	zolpidem	48
		zolpidem cr	48
W		ZOMETA	44
warfarin	29	ZONEGRAN	16
WELCHOL	34	zonisamide	16
WELLBUTRIN	16	ZOSTAVAX	43
WELLBUTRIN SR	16	zoster vaccine	43
WELLBUTRIN XL	16	ZOSYN	15
		ZOVIRAX	25
X		ZYFLO CR	48
XALATAN	46	ZYLOPRIM	20
XENAZINE	34	ZYMAR	46
XOLAIR	48	ZYPREXA	25
XOLEGEL	20	ZYPREXA ZYDIS	25

Índice de medicamentos

El índice de medicamentos incluye medicamentos cubiertos (**en negritas**) y nombres de medicamentos alternativos

ZYVOX	15
ZYVOX (100MG/5ML)	15
ZYVOX (600MG)	15

**Creado para
mejorar la vida,
no para obtener
beneficios
de ella.**



Inter Valley Health Plan

Para la salud. No para ganar.

www.ivhp.com

800-523-3142 • TTY/TDD 800-505-7150
7:30 am to 8 pm, 7 days a week

300 S. Park Avenue • P.O. Box 6002 • Pomona, California 91769-6002