San Francisco Health Plan

Healthy Workers HMO

Formulario de medicamentos recetados

A partir del August 2025

Este formulario se actualizó el <Date of Printable formulary posting in August 20,2025. Este formulario está sujeto a cambios, y todas las versiones anteriores del formulario ya no están en vigor.

Formulario más reciente:
sfhp.org/for-members/healthy-workers/benefits/pharmacy-services

Beneficios y servicios de HW:
sfhp.org/programs/healthy-workers/benefits

Índice

Sección informativa

Introducción al Formulario

El Formulario de San Francisco Health Plan (SFHP) es una lista de productos farmacéuticos aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) y elegibles para la cobertura del beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Los medicamentos que se incluyen en el Formulario de SFHP se seleccionan para reflejar las terapias farmacológicas más apropiadas, de alta calidad y rentables. El Formulario SFHP incluye medicamentos de marca y genéricos, así como algunos dispositivos, de conformidad con la Affordable Care Act (ACA) y las regulaciones estatales de California La presencia de un medicamento en el Formulario no garantiza que su proveedor le recetará ese medicamento.

Definición de términos

La siguiente es una lista de términos comunes utilizados en este Formulario y sus significados:

"**Medicamento de marca**" es un medicamento que se comercializa bajo un nombre de marca registrada protegida. El medicamento de marca debe aparecer en letras MAYÚSCULAS.

"Coseguro" es un porcentaje del costo de un beneficio de atención médica cubierto que un afiliado paga después de que el afiliado ha pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de atención médica, como el beneficio de medicamentos con receta.

"**Copago**" es un monto fijo en dólares que un afiliado paga por un beneficio de atención médica cubierto después de que el afiliado ha pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de atención médica, como el beneficio de medicamentos recetados.

"**Deducible**" es el monto que un afiliado paga por los beneficios de atención médica cubiertos antes de que el plan de salud del afiliado comience a pagar la totalidad o parte del costo del beneficio de atención médica conforme a los términos de la póliza.

"**Nivel del medicamento**" se refiere a un grupo de medicamentos recetados que corresponde a un nivel de costo compartido especificado en la cobertura de medicamentos recetados del plan de salud. El nivel en el que se coloca un medicamento recetado determina la parte del costo del medicamento para el afiliado.

"**Afiliado o persona inscrita**" es la persona que es miembro de un plan de salud y recibe servicios a través del plan. Todas las referencias a los afiliados en esta plantilla

de formulario también incluirán al suscriptor, tal como se define en esta sección a continuación.

"**Solicitud de excepción**" es una solicitud de cobertura de un medicamento recetado. Si un afiliado, su designado o el proveedor de atención médica que receta presenta una solicitud de excepción para la cobertura de un medicamento recetado, el plan de salud debe cubrir el medicamento recetado cuando se determine que es médicamente necesario para tratar la afección del afiliado.

"**Circunstancias apremiantes**" son aquellas que surgen cuando un afiliado tiene una condición de salud que podría poner gravemente en peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar su función máxima o cuando un afiliado se somete a un curso de tratamiento actual usando un medicamento que no se incluye en el formulario.

"**Formulario**" es la lista completa de medicamentos preferidos para uso y que cumple con los requisitos para cobertura bajo un producto del plan de salud, e incluye todos los medicamentos cubiertos bajo el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios del producto del plan de salud. El Formulario también se conoce como Lista de medicamentos recetados.

"**Medicamento genérico**" es el mismo medicamento que su equivalente de marca en cuanto a dosis, seguridad, potencia, modo de administración, calidad, rendimiento y uso previsto. Un medicamento genérico figura en ***negrita*** **y en** ***minúscula cursiva***.

"**Medicamento no incluido en el Formulario**" es un medicamento recetado que no figura en el formulario del plan de salud.

"**Costos de desembolso directo**" son los copagos, el coseguro y el deducible aplicable, además de todos los costos por servicios de atención médica que no están cubiertos por el plan de salud.

"**Comité de Farmacia y Terapéutica**" es un grupo de personas que recetan y farmacéuticos locales que se reúne cuatro veces al año y determinan qué medicamentos se incluirán en el Formulario y los criterios usados para el proceso de revisión de Autorización previa.

"**Proveedor que receta**" es un proveedor de atención médica autorizado para emitir una receta para tratar una afección médica de un afiliado al plan de salud.

"**Receta**" es una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor que receta para un afiliado específico que contiene el nombre del medicamento recetado, la cantidad del medicamento recetado, la fecha de emisión, el nombre y la información de contacto del proveedor que receta, la firma del proveedor que receta si la receta es por escrito y, si lo solicita el afiliado, la afección médica o el propósito para el que se receta el medicamento.

"**Medicamento recetado**" es un medicamento recetado por el proveedor que receta del afiliado y que requiere una receta de conformidad con la ley aplicable.

"**Autorización previa**" es el requisito del plan de salud para que el afiliado o el proveedor que receta al afiliado obtengan la autorización del plan de salud para un medicamento recetado antes de que el plan de salud cubra el medicamento. El plan de salud otorgará una autorización previa cuando sea médicamente necesario que el afiliado obtenga el medicamento.

"**Terapia escalonada o terapia de pasos**" es un proceso que especifica la secuencia en la que se recetan diferentes medicamentos recetados para una determinada afección médica y médicamente apropiados para un paciente en particular. El plan de salud puede requerir que el afiliado pruebe uno o más medicamentos para tratar la afección médica del afiliado antes de que el plan de salud cubra un medicamento en particular para la afección conforme a una solicitud de terapia escalonada. Si el proveedor que receta del afiliado presenta una solicitud de excepción de terapia escalonada, los planes de salud harán excepciones a la terapia escalonada cuando se cumplan los criterios.

"**Suscriptor**" se refiere a la persona que es responsable del pago a un plan o cuyo empleo u otra condición, excepto por dependencia familiar, es la base para la elegibilidad para la afiliación al plan.

Cómo leer este Formulario

El documento del Formulario de SFHP está ordenado alfabéticamente por clase de medicamento e incluye la siguiente información: nombre del medicamento, forma farmacéutica, nivel del medicamento, junto con cualquier restricción del Formulario como límite de cantidad, autorización previa o requisitos de terapia escalonada.

¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la lista del Formulario?

Puede encontrar un medicamento recetado buscando la categoría terapéutica y la clase del medicamento o la MARCA o el nombre ***genérico*** del medicamento en el índice alfabético. Puede buscar en esta lista:

- Buscando la categoría o clase a la que pertenece el medicamento y luego buscar el nombre del medicamento en orden alfabético; O bien
- Buscando el nombre del medicamento en el índice en orden alfabético

Lista del Formulario

Tipo de medicamento	Cómo aparecerá el nombre del medicamento en la lista de medicamentos del Formulario
medicamento genérico	***metronidazol, comprimido oral***
medicamento genérico con un nombre de marca comercializado	***norgestimato*** (Tri-Sprintec)
medicamento de marca	ELIQUIS, COMPRIMIDO ORAL (***apixabán***)

¿Cómo sé si el medicamento que aparece en la lista es de marca o genérico?

Un medicamento aparece ordenado alfabéticamente por su MARCA y sus nombres ***genéricos*** en la categoría terapéutica y clase a la que pertenece. Si un medicamento sólo está disponible como marca, el nombre genérico se incluye después del nombre de marca entre paréntesis y todo ***en negrita y minúsculas cursivas***. Si un medicamento está disponible como genérico, se incluye por el nombre genérico. Algunos medicamentos genéricos se comercializan bajo una marca patentada y protegida. Para estos, el nombre de la marca aparecerá después del nombre genérico entre paréntesis y el tipo de letra regular con la primera letra de cada palabra en mayúscula.

Por lo general, SFHP requiere la sustitución por medicamento genérico cuando se dispone de un producto genérico equivalente a un medicamento de marca (consulte la Política de medicamentos de marca a continuación). Si existe disponible un equivalente genérico para un medicamento de marca y tanto el equivalente de marca como el genérico están cubiertos, el medicamento genérico aparecerá por separado del medicamento de marca ***en negrita y minúsculas cursivas***. Si el equivalente genérico de un medicamento de marca no está disponible o no está cubierto en el Formulario, el medicamento no aparecerá en la lista separada por su nombre genérico.

¿Qué sucede si no puedo encontrar un medicamento en la lista del Formulario?

Si su medicamento no figura en la lista del Formulario de SFHP, se denomina medicamento no incluido en el Formulario. Su proveedor debe enviar un formulario de autorización previa a SFHP antes de que la farmacia pueda dispensar el medicamento que no está en el Formulario. SFHP revisará la solicitud y determinará si el medicamento será autorizado según los criterios de Autorización previa aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de SFHP. Algunos medicamentos del Formulario también requieren que su proveedor envíe un formulario de autorización previa antes de que la farmacia pueda dispensar el medicamento si su receta excede los límites específicos, requiere terapia escalonada o es un medicamento con usos específicos. El criterio de Autorización previa de SFHP está aprobado por el Comité de SFHP P&T y es consistente con las directrices de tratamiento reconocidas profesionalmente y estándares de práctica.

*Para obtener más información sobre el proceso de autorización previa, consulte la sección Restricciones del Formulario.

¿Qué son los Niveles de medicamentos?

Los medicamentos se colocan en diferentes niveles según su funcionamiento, su seguridad y su costo en comparación con otros medicamentos utilizados para el mismo tipo de tratamiento.

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos del Formulario. Pueden aplicarse límites de cantidad y edad.
- Los medicamentos de Nivel 2 son medicamentos de marca del formulario. Pueden aplicarse límites de cantidad y edad.
- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos genéricos o de marca del Formulario que requieren una autorización previa o requieren terapia escalonada.
- Los medicamentos sin nivel son medicamentos no incluidos en el formulario, medicamentos excluidos o medicamentos cubiertos a través del beneficio médico.

Nivel del medicamento		Requisitos y límites de cobertura*
Nivel 1	Formulario, genérico	AL = Límite de edad QL = Límite de cantidad
Nivel 2	Formulario, marca	
Nivel 3	Formulario con autorización previa o terapia escalonada requerida (puede ser de marca o genérico)	PA = Autorización previa ST = Terapia escalonada

*El nivel de medicamento y otras restricciones se designan con símbolos de acuerdo con la clave de arriba. Consulte la sección “Restricciones del Formulario” para obtener más detalles sobre estos límites.

Algunos medicamentos pueden figurar en la lista en varios niveles debido a que una concentración en particular es un formulario y otra forma de concentración o dosificación del mismo medicamento requiere una autorización previa.

¿Cuál es la diferencia entre el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y el beneficio médico?

El beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios incluye medicamentos aprobados por la FDA que son autoadministrados, comúnmente medicamentos orales o autoinyectables, no excluidos de otra manera. Los medicamentos que deben ser administrados por un profesional de la atención médica generalmente se proporcionan bajo el beneficio médico. Los medicamentos del beneficio médico pueden incluir medicamentos para terapia de infusión, hemoderivados y cualquier fármaco que deba ser administrado por un profesional de atención médica. Los medicamentos del beneficio médico no están cubiertos en el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, con las siguientes excepciones: medicamentos inyectables de acción prolongada para el tratamiento necesario de una

afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias, y un medicamento inyectable utilizado para la profilaxis previa a la exposición (PrEP) para el HIV-1. Para obtener la lista completa de medicamentos que debe administrarle un profesional de atención médica que también están cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, e información sobre cómo obtener medicamentos a través del beneficio médico, visite **sfhp.org/for-members/healthy-workers/benefits/pharmacy-services**
Para obtener más información sobre los beneficios del plan Healthy Workers HMO, visite **sfhp.org/programs/healthy-workers/benefits.**

¿Hay algún medicamento excluido del Formulario?

Las siguientes clases de medicamentos están excluidas del Formulario de Healthy Workers HMO:

- Medicamentos para el uso de la disfunción eréctil, excepto cuando se recetan como un tratamiento médicamente necesario de una afección de salud mental o trastorno por uso de sustancias.
- Productos de medicamentos compuestos cuando están aprobados por la FDA y productos comercializados disponibles para el diagnóstico. También se debe haber comprobado la seguridad, eficacia y estabilidad de estos productos compuestos para la consideración de una excepción para esta exclusión.
- Medicamentos administrados por un profesional de atención médica, excepto medicamentos inyectables de acción prolongada para el tratamiento necesario de una afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias y un medicamento inyectable utilizado para la profilaxis previa a la exposición (PrEP) para el HIV-1.
- Vitaminas de venta libre (OTC) que no sean médicamente necesarias, medicamentos OTC y dispositivos OTC. Las excepciones incluyen: aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal para adultos de 50–59 años con un alto riesgo cardiovascular, suministros para diabéticos, dispositivos anticonceptivos y medicamentos, suministros y dispositivos para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU), tratamiento médicamente necesario de una afección de salud mental o trastorno de salud mental o por consumo de sustancias, medicamentos para ayudarle a dejar de fumar y vitaminas prenatales, que incluyen preparaciones de ácido fólico y flúor si son médicamente necesarios y requieren una receta médica.
- Las recetas de medicamentos o dispositivos que no han recibido la aprobación por parte de la FDA están excluidos.

¿Quién decide qué medicamentos están incluidos en el Formulario?

El Comité de Farmacia y Terapéutica de SFHP (P&T) es responsable de seleccionar los medicamentos en el Formulario. El Comité de SFHP P&T está compuesto por médicos de la red que participan activamente de diversas especialidades y clínicas médicas, así como por farmacéuticos clínicos comunitarios junto con el director médico y director de farmacia de SFHP o su designado. El Comité de SFHP P&T revisa todos los medicamentos nuevos y las nuevas pautas de tratamiento para determinar qué tan bien funcionan los medicamentos, el perfil de seguridad de los medicamentos y el valor general al seleccionar la lista del formulario.

Los proveedores de SFHP pueden solicitar la evaluación de medicamentos para agregarlos o eliminarlos del formulario enviando el Formulario de solicitud de modificación al formulario disponible en nuestro sitio web en **sfhp.org/providers/pharmacy-services/prior-authorization-requests.**

¿Cómo y cuándo cambia el Formulario?

El Comité de P&T se reúne trimestralmente en enero, abril, julio y octubre para revisar los cambios al Formulario en función de consideraciones de seguridad, eficacia y calidad de la atención. Las actualizaciones trimestrales del Formulario aprobadas durante las reuniones del Comité de P&T entran en vigor el día 20 del mes siguiente y se publican en el sitio web de SFHP para su revisión. Otros cambios o actualizaciones provisionales también se publicarán mensualmente para su revisión. Una vez actualizados, los documentos anteriores del Formulario ya no se consideran en vigor.

Pueden ocurrir los siguientes cambios en el Formulario:

- Un medicamento puede agregarse o retirarse del formulario
- Se puede agregar un nuevo formulario genérico al formulario cuando esté disponible
- Un medicamento de marca puede ser retirado del Formulario cuando esté disponible un genérico igual
- Un medicamento puede cambiar de nivel cuando se agregan o eliminan requisitos de autorización previa o de terapia escalonada
- Se pueden agregar, eliminar o cambiar los límites de edad o cantidad

Cuando un medicamento o forma de dosificación se retire del Formulario o se agreguen restricciones y haya sido aprobado previamente para la cobertura de su afección médica, la cobertura del medicamento continuará si su proveedor continúa recetándole el medicamento para su afección y el medicamento se receta de manera adecuada y es seguro para su afección. SFHP le notificará si un medicamento cubierto que está tomando se retira del formulario porque la FDA considera que el medicamento no es seguro y se retira del mercado, o porque el fabricante lo retira del mercado.

Puede acceder a las actualizaciones mensuales del Formulario de SFHP en línea desde nuestro sitio web en **sfhp.org/for-members/healthy-workers/benefits/pharmacy-services.** También puede solicitar información llamando a Servicio al Cliente de SFHP al **1(415) 547-7800** (local), **1(800) 288-5555** (llamada gratuita), de lunes a viernes, de 8:30am–5:30pm.

¿Qué servicios preventivos están cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios?

La Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) y la Knox-Keene Health Care Service Plan Act (Knox-Keene Act) exigen que los servicios preventivos estén cubiertos sin autorización previa y sin cargo para el afiliado. Los medicamentos de salud preventiva cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios se determinan con base en las recomendaciones del United States Preventive Services Task Force y la cobertura de vacunas se basa en las recomendaciones del Advisory Committee on Immunization Practices de los Centers for Disease Control and Prevention federales. Para obtener más detalles sobre los servicios preventivos cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, visite **sfhp.org/for-members/healthy-workers/benefits/pharmacy-services.** Para obtener información sobre cómo obtener medicamentos recetados y cómo encontrar una farmacia de la red, consulte la sección “Cómo surtir una receta” a continuación.

¿Qué es un medicamento o dispositivo anticonceptivo?

Los anticonceptivos son medicamentos o dispositivos, como los diafragmas, que ayudan a prevenir el embarazo. SFHP está obligado por ley a cubrir un suministro para hasta 12 meses, por surtido, de medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA, incluidos los anticonceptivos de venta libre (OTC), sin autorización previa y sin copago. No se requiere receta médica para activar la cobertura de los anticonceptivos OTC. La tarjeta de identificación del afiliado debe presentarse en una farmacia participante dentro de la red y la farmacia puede procesar el anticonceptivo OTC del formulario sin autorización previa y sin copago.

Los anticonceptivos de venta libre (OTC) incluyen:

- Condones (femenino)
- Condones (masculino)
- Anticonceptivos orales diarios (Opill)
- Anticonceptivos orales de emergencia
- Espermicidas (crema, película, espuma, gel, supositorio)

Para obtener información sobre cómo obtener un anticonceptivo recetado y cómo encontrar una farmacia de la red, consulte la sección “Cómo surtir una receta” a continuación.

¿Qué medicamentos y productos para el cuidado de la diabetes están cubiertos?

SFHP cubre los medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento de la diabetes (incluido el tipo de diabetes que se desarrolló durante el embarazo en mujeres que no habían tenido diabetes anteriormente) y los dispositivos y suministros para las pruebas de diabetes, ya sea que necesite o no insulina. Los dispositivos y suministros cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios incluyen monitores de glucosa, tiras reactivas, jeringas, lancetas, toallitas impregnadas en alcohol y tiras reactivas de cetonas en orina. Para obtener información sobre cómo obtener medicamentos recetados y cómo encontrar una farmacia de la red, consulte “Cómo surtir una receta” a continuación.

Cómo surtir una receta

Cuando necesite medicamentos, su médico de atención primaria (PCP) o el especialista al cual fue derivado se los recetará. Puede obtener medicamentos recetados en cualquier farmacia minorista dentro de la red. Para obtener el medicamento, lleve la receta impresa a un farmacia minorista que figure en la sección Farmacias del Directorio de proveedores de San Francisco Health Plan Healthy Workers HMO (**sfhp.org/programs/healthy-workers/find-a-provider**) y muestre su tarjeta de identificación de afiliado al farmacéutico. Su médico de atención primaria (PCP) o especialista al que fue derivado puede optar por enviar los medicamentos recetados a una farmacia de forma electrónica. Las recetas se cubrirán de acuerdo con este documento del Formulario de SFHP y las restricciones que se describen a continuación.

Los afiliados también pueden obtener sus medicamentos a través de una farmacia de pedidos por correo. Puede ser una forma conveniente de surtir medicamentos de mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento son fármacos que los médicos recetan de forma continua y regular para mantener la salud. Para ver instrucciones sobre cómo obtener medicamentos a través de una farmacia de pedidos por correo, visite la sección de Farmacia de pedidos por correo en el siguiente sitio web **sfhp.org/programs/healthy-workers/benefits/pharmacy-services.**

Los medicamentos que figuran en el formulario de SFHP Healthy Workers HMO no están sujetos a ninguna restricción de farmacia especializada ni a ninguna otra limitación de cobertura de la red. SFHP Healthy Workers HMO no cuenta con farmacias especializadas en la red.

Información sobre el copago:

Los copagos por medicamentos recetados cubiertos para pacientes ambulatorios son los que se describen a continuación. El costo compartido no excede el 50 por ciento del costo para el plan.
Los siguientes copagos se aplican a las recetas cubiertas por el Formulario de Healthy Workers HMO:

- **Copago de $5**: medicamentos genéricos incluidos en el Nivel 1 o 3, y medicamentos de marca preferidos incluidos en el Nivel 2 o 3 que tienen un equivalente genérico.
- **Copago de $10**: medicamentos de marca incluidos en el Nivel 2 o Nivel 3

El monto total de copagos y coseguro que debe pagar un afiliado no excede los doscientos cincuenta dólares ($250) por un suministro para hasta 30 días de un medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios.

¿A qué medicamentos se les exime el costo?

La legislación estatal o federal exige que algunos medicamentos estén cubiertos, sin que los afiliados deban asumir ningún desembolso directo. Para ver la lista completa de medicamentos preventivos y vacunas a $0 de copago, visite **sfhp.org/programs/healthy-workers/benefits/pharmacy-services.**

- **Copago de $0**:
  - medicamentos preventivos, que incluyen, entre otros:
    - todos los anticonceptivos
    - medicamentos aprobados para la prevención de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV)
    - aspirina de dosis baja
    - medicamentos con estatinas
    - vitaminas prenatales con ácido fólico
    - medicamentos para la prevención del cáncer de mama
    - medicamentos para dejar de fumar
    - vacunas
  - Pruebas caseras y tratamientos para el Covid-19 proporcionados en las farmacias de la red de SFHP.
- Todos los medicamentos con copago de $0 en el Formulario aparecen con este símbolo: 

Restricciones del Formulario

El Formulario de SFHP utiliza restricciones estándar del formulario designadas con símbolos que incluyen límites específicos para los medicamentos, como límites de cantidad (QL) y límites de edad (AL), terapia de pasos (ST) y autorización previa (PA). Todas las restricciones del formulario se basan en indicaciones, normas de práctica y consideraciones de seguridad aprobadas por la FDA. Las recetas que excedan las restricciones del Formulario requieren que su profesional que receta envíe una solicitud de autorización previa. Su farmacéutico recibirá un mensaje electrónico de SFHP si una receta tiene una restricción del Formulario que requiere autorización previa y le informará a usted y a su proveedor tratante.

¿Qué es la terapia escalonada?

Los medicamentos de terapia escalonada (ST) requieren que pruebe uno o más medicamentos para tratar su afección médica antes de que SFHP cubra un medicamento en particular para la afección de conformidad con una solicitud de terapia escalonada. Si el proveedor que le receta presenta una solicitud de excepción de terapia escalonada, SFHP hará excepciones a la terapia escalonada cuando se cumpla con los criterios de autorización previa. SFHP no exigirá que cumpla con una terapia escalonada para un medicamento que ya esté tomando, siempre y cuando su proveedor continúe recetándole el medicamento y el medicamento siga siendo apropiado y se considere seguro y eficaz para su afección. Para solicitar una exención, se debe presentar una autorización previa utilizando los criterios de excepción de terapia escalonada. Puede encontrar información adicional para la aprobación de la solicitud de terapia escalonada en **sfhp.org/providers/pharmacy-services/prior-authorization-requests** bajo la sección de “Criterio de autorización previa”.

¿Cuál es el proceso de solicitud de autorización previa?

El plan de salud cubrirá medicamentos que no estén incluidos en el formulario o medicamentos restringidos cuando sean médicamente necesarios. Si un medicamento que no está en el Formulario, un medicamento restringido para autorización previa, un medicamento restringido para terapia escalonada o una receta que excede un límite de cantidad o edad es médicamente necesario; usted o su proveedor pueden solicitar a SFHP que revise la receta para la cobertura. Este proceso se denomina solicitud de autorización previa o solicitud de excepción. Los médicos clínicos pueden enviar una solicitud de autorización previa de la siguiente manera:

1. **Por fax**: Descargue un Formulario de solicitud de autorización previa y envíelo por fax al **1(855) 461-2778** tanto para las solicitudes estándar como las urgentes. Las solicitudes urgentes deben estar claramente etiquetadas como “URGENTE” en la parte superior del formulario de solicitud de autorización previa.
2. **Por teléfono**: Llame al administrador de beneficios de farmacia (PBM) Magellan al **1(800) 424-4331** para presentar una solicitud oral.

Puede acceder al Formulario de solicitud de autorización previa desde nuestro sitio web en **sfhp.org/providers/pharmacy-services/prior-authorization-requests.**

Un farmacéutico o director médico revisa todas las solicitudes de autorización previa y toma la decisión de aprobar, aprobar con cambios, denegar o pedirle más información al proveedor que le receta con base en los criterios aprobados por el Comité de SFHP P&T. Las solicitudes no urgentes se revisan en un plazo de 72 horas. Cuando existan circunstancias apremiantes, la solicitud se procesa como expedita y se revisa en 24 horas. Cuando existan circunstancias apremiantes, la solicitud puede etiquetarse como urgente. Si la solicitud de autorización previa se aprueba, se envía un mensaje por fax a la persona que receta que envió el Formulario de solicitud de autorización previa indicando que SFHP cubrirá el medicamento. Cuando se aprueba una solicitud que no es urgente, el plan de salud proporcionará cobertura durante el tiempo que dure la receta, incluyendo los resurtidos. Cuando se aprueba una solicitud basada en circunstancias apremiantes, el plan de salud proporcionará cobertura durante el tiempo que dure la exigencia. Si el plan de salud no responde a una solicitud completa de autorización previa o de terapia escalonada dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de una solicitud no urgente o 24 horas posteriores a la recepción de una solicitud basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considerará concedida por el tiempo que dure la receta, incluidos los resurtidos.

Si se deniega o cambia la autorización previa, SFHP les enviará una carta a usted y al proveedor que receta. Esta carta incluye el motivo de la decisión de SFHP. También incluimos instrucciones sobre cómo puede apelar si no está de acuerdo con la decisión. Si no está de acuerdo con la denegación o aprobación con modificaciones de SFHP, puede presentar una apelación ante SFHP. SFHP revisará su apelación en un plazo de treinta (30) días. Si su apelación es urgente, se revisará dentro de 72 horas. Si su apelación es acerca de un medicamento que no está en el formulario de SFHP, puede presentar una queja para pedir una revisión externa de la solicitud de excepción. Una organización de revisión externa revisa la queja que es para pedir una excepción externa. La organización de revisión externa no está afiliada ni trabaja para SFHP. La organización de revisión externa decidirá si SFHP debe cubrir el medicamento no incluido en el formulario con base en la necesidad médica. SFHP le notificará a usted y al médico que receta sobre su decisión en un plazo máximo de 72 horas. Si la solicitud original era expedita, SFHP les notificará a usted y al médico que receta en un plazo de 24 horas.

**Nota: De conformidad con la sección 1367.22 del Health and Safety Code, SFHP no limitará ni excluirá la cobertura de un medicamento si el plan de salud aprobó previamente la cobertura del medicamento para la afección médica de un afiliado y el proveedor que lo receta continúa recetándolo para la afección médica, siempre que el medicamento se recete adecuadamente y sea seguro y eficaz para tratar la afección médica del afiliado.

Otras políticas del Formulario

Política de medicamentos de marca

SFHP tiene una política genérica obligatoria y requiere la sustitución por medicamento genérico cuando está disponible un producto genérico o biológico intercambiable con calificación AB equivalente por un medicamento de marca. La dispensación de estos medicamentos de marca está permitida solo en determinados casos:

- La farmacia factura los medicamentos de marca como productos genéricos.
- La farmacia está dispensando uno (1) de los siguientes medicamentos/clases de índice terapéutico estrecho: Dilantin (fenitoína), hormonas tiroideas, Coumadin (warfarina).
- Autorización previa con documentación que indique que se probaron dos (2) medicamentos genéricos de diferentes fabricantes que no satisfacen las necesidades médicas del afiliado.

Debe enviar la solicitud de autorización previa siguiendo las instrucciones indicadas anteriormente.

Puede haber excepciones poco frecuentes a esta política. Si el medicamento de marca se incluye o se prefiere en el formulario cuando hay disponible un producto genérico o biológico intercambiable equivalente, se aplicará el costo compartido más bajo (copago para genérico).

Política de suministro diario

La política estándar de suministro diario de SFHP es un límite de suministro de recetas de 30 días para la mayoría de los medicamentos de marca y un límite de suministro de recetas de 90 días para medicamentos genéricos, con algunas excepciones. Los nuevos surtidos se permiten cuando se ha utilizado el 75% de los medicamentos de la receta médica anterior, excepto para los medicamentos opiáceos para el dolor, en cuyo caso los nuevos surtidos se permiten cuando se ha utilizado el 90% del medicamento.

Las excepciones a la política de límite de suministro de recetas para 30 días para medicamentos de marca son las siguientes:

- Se permite un suministro de hasta 12 meses para anticonceptivos y dispositivos anticonceptivos
- Se permite un suministro de hasta 100 días de tiras reactivas, lancetas, jeringas de insulina y tiras reactivas de cetonas en orina
- Se permite un suministro de hasta 90 días para determinados medicamentos utilizados en el tratamiento de afecciones crónicas. Los ejemplos de clases de medicamentos cubiertos por esta política incluyen, entre otros, medicamentos antidiabéticos, incluyendo insulina, anticonvulsivos, anticoagulantes, antidepresivos, antihiperlipidémicos, antihipertensivos, esteroides inhalados.

Las excepciones a la política de límite de suministro de 90 días para medicamentos genéricos son las siguientes:

- Se permite un suministro máximo de 30 días por surtido para todos los medicamentos opiáceos
- Se permite un suministro máximo de 14 días por surtido de medicamentos para la hepatitis C.

Política de intercambio terapéutico

Según el American College of Clinical Pharmacy (AACP), el intercambio terapéutico se define como la dispensación de un medicamento que es terapéuticamente equivalente, pero químicamente diferente, del medicamento recetado originalmente por un médico u otro profesional autorizado. SFHP sigue la definición de intercambio terapéutico del ACCP y solo empleará el intercambio terapéutico con la aprobación del profesional que receta. Los criterios a tener en cuenta en el intercambio terapéutico incluyen la disponibilidad de fármacos dentro de una clase terapéutica, la equivalencia terapéutica, los datos de seguridad y los costos.

ENGLISH - ATTENTION: If you need help in your language, call **1(415) 547-7800** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1(415) 547-7800** (TTY: **711**). These services are free.

العربية (ARABIC) - يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1(415) 547-7800** (TTY: **711**).
تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير.
اتصل بـ **1(415) 547-7800** (TTY: **711**). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (ARMENIAN) - ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1(415) 547-7800** (TTY: **711**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1(415) 547-7800** (TTY: **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (CAMBODIAN) - ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1(415) 547-7800** (TTY: **711**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1(415) 547-7800** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

简体中文 (CHINESE - SIMPLIFIED) - 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1(415) 547-7800** (TTY: **711**)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如文盲和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1(415) 547-7800** (TTY: **711**)。这些服务是免费的。

繁體中文 (CHINESE - TRADITIONAL) - 請注意：如果您需要以您的母語提供幫助，請致電 **1(415) 547-7800** (TTY: **711**)。另外還提供針對殘障人士的說明和服務，例如盲文和需要較大字體閱讀，也是方便取用的。請致電 **1(415) 547-7800** (TTY: **711**)。這些服務是免費的。

فارسی (FARSI) - توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1(415) 547-7800** (TTY: **711**) تماس بگیرید.
کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1(415) 547-7800** (TTY: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان هستند.

हिंदी (HINDI) - ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1(415) 547-7800** (TTY: **711**)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ भी उपलब्ध हैं। **1(415) 547-7800** (TTY: **711**)। ये सेवाएँ निःशुल्क हैं।

HMOOB (HMONG) - CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1(415) 547-7800** (TTY: **711**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1(415) 547-7800** (TTY: **711**). Cov kev pabcuam no pub dawb.

日本語 (JAPANESE) - 注記：あなたの言語でサポートが必要な場合は、**1(415) 547-7800** (TTY: **711** までお電話ください)。また、点字や大きな活字で作成したドキュメントなど、障害をお持ちの方のための補助やサービスもご利用いただけます。**1(415) 547-7800** (TTY: **711** までお電話ください)。これらのサービスは無料です。

한국어 (KOREAN) - 주의: 자국어로 도움이 필요한 경우, **1(415) 547-7800** (TTY: **711** 으로 전화하십시오). 점자 및 큰 글씨로 된 문서 등 장애인을 위한 보조 도구와 서비스도 제공됩니다. **1(415) 547-7800** (TTY: **711** 으로 전화하십시오). 이러한 서비스는 무료입니다.

ພາສາລາວ (LAO) - ຂໍ້ຄວນລະວັງ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ **1(415) 547-7800** (TTY: **711**). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ແມ່ນຍັງມີຢູ່. ໂທ **1(415) 547-7800** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

MIEN (MIEN) - LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1(415) 547-7800** (TTY: **711**). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1(415) 547-7800** (TTY: **711**). Naaiv deix gong benx wangv henh tengx oc.

ਪੰਜਾਬੀ (PUNJABI) - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1(415) 547-7800** (TTY: **711** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ)। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1(415) 547-7800** (TTY: **711** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

РУССКИЙ (RUSSIAN) - ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1(415) 547-7800** (линия TTY: **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1(415) 547-7800** (линия TTY: **711**). Эти услуги являются бесплатными.

ESPAÑOL (SPANISH) - ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1(415) 547-7800** (TTY: **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1(415) 547-7800** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG (TAGALOG-FILIPINO) - ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1(415) 547-7800** (TTY: **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1(415) 547-7800** (TTY: **711**). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (THAI) - โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1(415) 547-7800** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1(415) 547-7800** (TTY: **711**) บริการไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

УКРАЇНСЬКОЮ (UKRAINIAN) - УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1(415) 547-7800** (TTY: **711**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1(415) 547-7800** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

TIẾNG VIỆT (VIETNAMESE) - CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1(415) 547-7800** (TTY: **711**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1(415) 547-7800** (TTY: **711**). Những dịch vụ này đều là miễn phí.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación está prohibida por ley. San Francisco Health Plan (SFHP) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles. SFHP no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

SFHP también proporciona:

- Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse mejor con nosotros, como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes cualificados
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP, de 8:30am a 5:30pm, de lunes a viernes, llamando al **1(415) 547-7800** o al **1(800) 288-5555** (llamada gratuita). O, si no puede escuchar o hablar bien, llame al TTY **711.**

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si considera que SFHP no cumplió con proporcionar estos servicios o cometió discriminación de alguna otra forma, con base a la raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja ante SFHP. Usted puede presentar una queja por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: Comuníquese con SFHP de 8:30am a 5:30pm, de lunes a viernes, llamando al **1(415) 547-7800** o al **1(800) 288-5555** (llamada gratuita). O, si no puede hablar o escuchar bien, llame a la línea TTY **711** (llamada gratuita).
- Por escrito: llene un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:
  San Francisco Health Plan
  P.O. Box 194247
  San Francisco, CA 94119
- En persona: Visite al consultorio de su médico o el Centro de Servicio de SFHP y diga que desea presentar una queja. El Centro de Servicio de SFHP se ubica en 550 Kearny Street, Lower Level, San Francisco, CA 94108.
- Por vía electrónica: Visite el sitio web de SFHP en **sfhp.org.**

OFICINA DE DERECHOS CIVILES

Si considera que ha sido discriminado sobre la base de la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: Llame al **1(800) 368-1019.** Si no puede hablar o escuchar bien, llame a la línea TTY **1(800) 537-7697.**
- Por escrito: Llene un formulario de queja o envíe una carta a:

  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  Los formularios de queja están disponibles en **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.**
- Por vía electrónica: Visite el portal de quejas de la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.**

TIER		DESCRIPTION
1	Tier1	
2	Tier2	
3	Tier3	
TYPE		**DESCRIPTION**
QL	Quantity Limit	There is a limit on the amount of this drug that is covered per prescription, or within a specific time frame.
CC	Clinical Criteria	Your provider is required to get prior authorization before you fill your prescription, which ensures appropriate use of the selected drug. Without prior approval, we may not cover this drug.
ST	Step Therapy	In some cases, you may be required to first try certain drugs to treat your medical condition before you move up a “step” to other drug options.
AL	Age Limit	This prescription drug may only be covered if you meet the minimum or maximum age limit.
C	Custom	This drug has unique restrictions.
HCR	Health Care Reform Products	The Affordable Care Act (ACA) requires certain preventive generic products to be covered at zero dollar copay. This does not include plans that are grandfathered.
PA	PA Applies	Your provider is required to get prior authorization before you fill your prescription, which ensures appropriate use of the selected drug. Without prior approval, we may not cover this drug.
QPD	Quantity Per Day	Quantity Per Day.
$0	$0 Copay	$0 Copay

LIST OF COVERED OVER-THE-COUNTER MEDICATIONS

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ANTI-INFECTIVES (SKIN, MUCOUS MEMBRANE)		
LOCAL ANTI-INFECTIVES, MISCELLANEOUS		
alcohol antiseptic pads med. pad	1	
ANTIANEMIA DRUGS		
IRON PREPARATIONS		
FEROSUL	1	HCR $0
FERRO-TIME	1	HCR $0
ferrous sulfate 325(65) mg tablet	1	HCR $0
ANTIEMETICS		
ANTIHISTAMINES (GI DRUGS)		
meclizine hcl	1	
ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)		
AZOLES (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)		
clotrimazole 1 % solution	1	QL 180 / 30 days
ANTIHISTAMINE DRUGS		
SECOND GENERATION ANTIHISTAMINES		
levocetirizine dihydrochloride	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ANTIULCER AGENTS AND ACID SUPPRESSANTS		
HISTAMINE H2-ANTAGONISTS		
cimetidine	1	
famotidine 20 mg tablet	1	
PROTON-PUMP INHIBITORS		
esomeprazole magnesium 20 mg capsule dr	1	
lansoprazole 15 mg capsule dr	1	
AUTONOMIC DRUGS		
SMOKING CESSATION AGENTS		
NICORETTE 2 MG LOZENGE	1	QPD 20.0 per day $0
nicotine (7mg/24hr patch td24, 14mg/24hr patch td24, 21 mg/24hr patch td24, 21-14-7mg patch dysq)	1	QPD 1.0 per day $0
nicotine polacrilex (2 mg gum, 4 mg gum)	1	QPD 12.0 per day $0
nicotine polacrilex (2 mg lozenge, 2 mg lozng mini, 4 mg lozenge, 4 mg lozng mini)	1	QPD 20.0 per day $0
QUIT 2 MG CHEWING GUM	1	QPD 12.0 per day $0
QUIT 2 MG LOZENGE	1	QPD 20.0 per day $0
QUIT 4 MG CHEWING GUM	1	QPD 12.0 per day $0
QUIT 4 MG LOZENGE	1	QPD 20.0 per day $0

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
STOP SMOKING AID	1	QPD 20.0 per day $0
DEVICES		
ACCU-CHEK AVIVA SOLUTION	1	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	1	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL (NDC: 65702071310)	1	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR	1	QL 1 / 365 days
ACCU-CHEK GUIDE MONITOR SYSTEM	1	QL 1 / 365 days
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL	1	
covid-19 antigen immunoassay test	2	QL 8 / 30 days $0
covid-19 molecular nucleic acid test assay	2	QL 8 / 30 days $0
diabetic needles	1	
diabetic syringes	1	
digital thermometer	1	
gloves (each, package)	1	
inhaler, assist devices, accessories	2	
inhaler,assist device with large mask	2	QL 2 / 365 days
inhaler,assist device with small mask	2	QL 2 / 365 days
lancets each	1	
lancing device/lancets	1	
medical supply, miscellaneous each	1	
nasal airflow strips strip	2	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
nebulizer	2	QL 2 / 365 days
nebulizer and compressor	2	QL 2 / 365 days
peak flow meter	2	QL 2 / 365 days
spirometers and accessories	2	QL 2 / 365 days
DIAGNOSTIC AGENTS DIABETES MELLITUS		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP (NDC: 65702040710)	1	QPD 4.0 per day
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP (NDC: 65702040810)	1	QPD 4.0 per day
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIP (NDC: 65702071110)	1	QPD 4.0 per day
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIP (NDC: 65702071210)	1	QPD 4.0 per day
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP	2	QPD 4.0 per day
blood sugar diagnostic	1	QPD 4.0 per day
EMOLLIENTS, DEMULCENTS, AND PROTECTANTS BASIC LOTIONS AND LINIMENTS		
ammonium lactate 12 % lotion	1	
BASIC OINTMENTS AND PROTECTANTS		
ammonium lactate 12 % cream (g)	1	
EYE, EAR, NOSE AND THROAT (EENT) PREPS. ANTIALLERGIC AGENTS		
ALAWAY	1	
ALLERGY EYE DROPS	1	
CHILDREN'S ALAWAY	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
EYE ITCH RELIEF	1	
ketotifen fumarate 0.025 % drops	1	
olopatadine hcl (0.1 % drops, 0.2 % drops)	3	CC ST QPD 0.17 per day
PATADAY ONCE DAILY 0.7% DROPS	3	CC ST
WAL-ZYR 0.025% EYE DROPS	1	
ZADITOR	1	
HORMONES AND SYNTHETIC SUBSTITUTES CONTRACEPTIVES		
AFTER PILL	1	HCR $0
AFTERA	1	$0
ECONTRA EZ	1	$0
ECONTRA ONE-STEP	1	$0
HER STYLE	1	HCR $0
levonorgestrel	1	$0
MY CHOICE	1	$0
MY WAY	1	$0
NEW DAY	1	$0
OPCICON ONE-STEP	1	$0
OPILL	2	$0

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
OPTION 2	1	$0
TAKE ACTION	1	$0
INSULINS INTERMEDIATE-ACTING INSULINS		
HUMULIN N	2	
HUMULIN N KWIKPEN	2	
NOVOLIN N	2	
NOVOLIN N FLEXPEN	2	
SHORT-ACTING INSULINS		
HUMULIN R	2	
NOVOLIN R	2	
NOVOLIN R FLEXPEN	2	
NONHORMONAL CONTRACEPTIVES		
condoms, female	1	$0
condoms, latex, lubricated	1	$0
condoms, latex, non-lubricated	1	$0
condoms, non-latex, lubricated	1	$0
VCF (FILM, GEL)	1	$0
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS REVERSIBLE COX-1/COX-2 INHIBITORS		
ibuprofen 100 mg/5ml oral susp	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
SALICYLATES		
aspirin 81 mg	1	$0
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS KERATOLYTIC AGENTS		
ACNE MEDICATION 5% GEL	1	QL 60 / 30 days
benzoyl peroxide 5 % gel (gram)	1	QL 60 / 30 days
URINE AND FECES CONTENTS KETONES		
urine acetone test,strips	1	QL 100 / 100 days
VITAMINS MULTIVITAMIN PREPARATIONS		
prenatal with folic acid	1	$0
VITAMIN B COMPLEX		
folic acid 0.4 mg tablet	1	$0
folic acid 1 mg tablet	1	$0
MYNEPHRON	1	
NEPHRO-VITE	1	
RENA-VITE	1	

LIST OF COVERED PRESCRIPTION MEDICATIONS

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENT(SYMPATH) NON-SEL.ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
ERGOMAR	2	
ergotamine tartrate/caffeine	1	
SELECTIVE ALPHA-1-ADRENERGIC BLOCK.AGENT		
alfuzosin hcl	1	
tamsulosin hcl	1	
ANALGESICS AND ANTIPYRETICS OPIOID AGONISTS (28:08)		
acetaminophen with codeine 120-12mg/5 solution	1	CC QPD 12.0 per day
acetaminophen with codeine phosphate (300mg-15mg tablet, 300mg-30mg tablet, 300mg-60mg tablet)	1	CC QPD 4.0 per day
codeine sulfate (30 mg tablet, 60 mg tablet)	1	CC QPD 4.0 per day
codeine sulfate 15 mg tablet	1	CC
ENDOCET	1	CC QPD 4.0 per day
fentanyl	3	QL 15 / 30 days CC PA
hydrocodone bitartrate/acetaminophen (hydrocodone/acetaminophen 5 mg-325mg tablet, hydrocodone/acetaminophen 7.5-325 mg tablet, hydrocodone/acetaminophen 10mg-325mg tablet)	1	CC QPD 4.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
hydrocodone/acetaminophen 2.5-325 mg tablet	1	QL 4 / day CC QPD 4.0 per day
hydromorphone hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet)	1	CC QPD 4.0 per day
hydromorphone hcl 8 mg tablet	1	QL 4 / day CC QPD 4.0 per day
morphine sulfate (10 mg/5 ml solution, 20 mg/5 ml solution, 100 mg/5ml solution)	1	CC QPD 12.0 per day
morphine sulfate 15 mg tablet	1	CC QPD 4.0 per day
morphine sulfate 30 mg tablet	1	QL 4 / day CC QPD 4.0 per day
morphine sulfate (15 mg tablet er, 100 mg tablet er, 200 mg tablet er)	1	QL 3 / day CC QPD 3.0 per day
morphine sulfate (30 mg tablet er, 60 mg tablet er)	1	CC QPD 3.0 per day
oxycodone hcl (5 mg/5 ml solution, 20 mg/ml oral conc)	1	CC QPD 12.0 per day
oxycodone hcl (10 mg tab er 12h, 20 mg tab er 12h, 40 mg tab er 12h, 80 mg tab er 12h)	3	CC PA QPD 2.0 per day
oxycodone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)	1	CC QPD 4.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
oxycodone hcl/acetaminophen (hcl/acetaminophen 2.5-325 mg tablet, hcl/acetaminophen 5 mg-325mg tablet, hcl/acetaminophen 7.5-325 mg tablet, hcl/acetaminophen 10mg-325mg tablet)	1	CC QPD 4.0 per day
oxymorphone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	
tramadol hcl 50 mg tablet	1	CC QPD 8.0 per day
tramadol hcl/acetaminophen	1	CC QPD 4.0 per day
OPIOID PARTIAL AGONISTS		
BRIXADI	2	
buprenorphine (5 mcg/hr patch tdwk, 10 mcg/hr patch tdwk)	1	CC
buprenorphine hcl (2 mg tab subl, 8 mg tab subl)	1	QL 120 / 30 days
buprenorphine hcl/naloxone hcl (/naloxone 2 mg-0.5mg film, /naloxone 4mg-1mg film, /naloxone 8 mg-2 mg film, /naloxone 12 mg-3 mg film)	3	QL 120 / 30 days CC PA
buprenorphine hcl/naloxone hcl (/naloxone 2 mg-0.5mg tab subl, /naloxone 8 mg-2 mg tab subl)	1	QL 120 / 30 days
SUBLOCADE	2	
ZUBSOLV	3	QL 120 / 30 days CC PA
ANOREXIGENIC AGENTS AMPHETAMINE DERIVATIVES		
phentermine hcl (15 mg capsule, 30 mg capsule, 37.5 mg capsule, 37.5 mg tablet)	3	QL 30 / 30 days CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ANOREXIGENICS;RESPIRATORY,CNS STIMULANTS		
AMPHETAMINES		
dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate (dextroamphetamine/amphetamine 5 mg cap er 24h, dextroamphetamine/amphetamine 5 mg tablet, dextroamphetamine/amphetamine 7.5 mg tablet, dextroamphetamine/amphetamine 10 mg cap er 24h, dextroamphetamine/amphetamine 10 mg tablet, dextroamphetamine/amphetamine 12.5 mg tablet, dextroamphetamine/amphetamine 15 mg cap er 24h, dextroamphetamine/amphetamine 15 mg tablet, dextroamphetamine/amphetamine 20 mg cap er 24h, dextroamphetamine/amphetamine 20 mg tablet, dextroamphetamine/amphetamine 25 mg cap er 24h, dextroamphetamine/amphetamine 30 mg cap er 24h, dextroamphetamine/amphetamine 30 mg tablet)	1	QL 60 / 30 days
dextroamphetamine sulfate (5 mg capsule er, 10 mg capsule er, 15 mg capsule er)	1	QL 60 / 30 days
dextroamphetamine sulfate 10 mg tablet	1	QL 120 / 30 days AL At least 5 yrs old PA
dextroamphetamine sulfate 5 mg tablet	1	QL 60 / 30 days AL At least 5 yrs old PA
ANOREXIGENIC AGENTS		
CONTRAVE	3	QL 120 / 30 days CC PA QPD 4.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
RESPIRATORY AND CNS STIMULANTS		
atomoxetine hcl	1	QL 60 / 30 days
dexmethylphenidate hcl (2.5 mg tablet, 5 mg cpbp 50-50, 5 mg tablet, 10 mg cpbp 50-50, 10 mg tablet, 15 mg cpbp 50-50, 20 mg cpbp 50-50, 25 mg cpbp 50-50, 30 mg cpbp 50-50, 35 mg cpbp 50-50, 40 mg cpbp 50-50)	1	QL 60 / 30 days
METADATE ER	1	
methylphenidate hcl (10 mg cpbp 30-70, 10 mg cpbp 50-50, 10 mg tablet er, 18 mg tab er 24, 20 mg cpbp 30-70, 20 mg cpbp 50-50, 27 mg tab er 24, 30 mg cpbp 30-70, 30 mg cpbp 50-50, 36 mg tab er 24, 40 mg cpbp 30-70, 40 mg cpbp 50-50, 50 mg cpbp 30-70, 54 mg tab er 24, 60 mg cpbp 30-70, 60 mg cpbp 50-50)	1	QL 60 / 30 days
methylphenidate hcl 10 mg/5 ml solution	1	QL 900 / 30 days
methylphenidate hcl 5 mg/5 ml solution	1	QL 300 / 30 days
methylphenidate hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg tablet er)	1	QL 90 / 30 days
WAKEFULNESS-PROMOTING AGENTS		
armodafinil	3	QL 90 / 90 days CC PA QPD 1.0 per day
modafinil (100 mg tablet, 200 mg tablet)	3	CC PA QPD 1.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ANTI-INFECTIVE AGENTS ANTHELMINTICS		
albendazole 200 mg tablet	1	QL 6 / 365 days
ivermectin 3 mg tablet	1	QL 30 / 365 days CC
praziquantel 600 mg tablet	1	QL 15 / 365 days
URINARY ANTI-INFECTIVES		
methenamine hippurate	1	
nitrofurantoin macrocrystal	1	
nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals	1	
trimethoprim 100 mg tablet	1	
ANTI-INFECTIVES (EENT) ANTI-INFECTIVES, MISCELLANEOUS (52:04)		
acetic acid 2 % solution	1	
hydrocortisone/acetic acid	1	
ANTIBACTERIALS (52:04)		
AK-POLY-BAC	1	
bacitracin 500 unit/g oint. (g)	1	
bacitracin/polymyxin b sulfate	1	
ciprofloxacin hcl 0.3 % drops	1	
ciprofloxacin hcl/dexamethasone	1	QL 7.5 / 30 days
doxycycline hyclate 20 mg tablet	1	QL 60 / 30 days
erythromycin base 5 mg/gram oint. (g)	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
erythromycin base in ethanol (in 2 % gel (gram), in 2 % solution)	1	
gentamicin sulfate 0.3 % drops	1	
moxifloxacin hcl 400 mg tablet	3	CC PA QPD 1.0 per day
NEO-POLYCIN	1	
NEO-POLYCIN HC	1	
neomycin sulfate/bacitracin zinc/polymyxin b/hydrocortisone	1	
neomycin sulfate/bacitracin/polymyxin b	1	
neomycin sulfate/polymyxin b sulfate/gramicidin d	1	
neomycin sulfate/polymyxin b sulfate/hydrocortisone (neomycin/polymyxin b/hydrocort 3.5-10k-1 drops susp, neomycin/polymyxin b/hydrocort 3.5-10k-1 solution, neomycin/polymyxin b/hydrocort 3.5-10k-10 drops susp)	1	
neomycin/polymyxin b sulfate/dexamethasone (neomycin/polymyxin b/dexametha 0.1 % drops susp, neomycin/polymyxin b/dexametha 3.5-10k-.1 oint. (g))	1	
ofloxacin 0.3 % drops	1	
POLYCIN	1	
polymyxin b sulfate/trimethoprim	1	
sulfacetamide sodium (10 % drops, 10 % oint. (g))	1	
sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate	1	
TOBRADEX EYE OINTMENT	3	ST
tobramycin 0.3 % drops	1	
tobramycin/dexamethasone	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ANTIFUNGALS (EENT)		
NATACYN	2	
ANTIVIRALS (EENT)		
trifluridine 1 % drops	1	
ZIRGAN	2	
ASTRINGENTS (52:04)		
chlorhexidine gluconate	1	
PAROEX	1	
PERIOGARD	1	
ANTI-INFECTIVES (SKIN, MUCOUS MEMBRANE) ANTIBACTERIALS (84:04)		
azelaic acid 15 % gel (gram)	1	QL 50 / 30 days CC QPD 1.7 per day
AZELEX	3	CC PA QPD 1.0 per day
FINACEA 15% FOAM	3	CC PA QPD 1.7 per day
metronidazole (0.75 % cream (g), 0.75 % gel (gram))	1	QL 45 / 30 days
metronidazole (1 % gel (gram), 1 % gel w/pump)	3	QL 60 / 30 days ST
metronidazole 0.75 % lotion	1	QL 60 / 30 days

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
mupirocin 2 % oint. (g)	1	
ROSADAN (CREAM, GEL)	1	
tetracycline hcl (250 mg capsule, 500 mg capsule)	1	QL 120 / 30 days
ANTIVIRALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)		
acyclovir 5 % cream (g)	3	CC PA QPD 0.17 per day
acyclovir 5 % oint. (g)	3	QL 0.5 / day CC PA QPD 0.5 per day
ASTRINGENTS, ANTI-INFECTIVE		
selenium sulfide 2.5 % lotion	1	
silver sulfadiazine 1 % cream (g)	1	
SCABICIDES AND PEDICULICIDES		
malathion	3	QL 59 / fill CC PA
permethrin 5 % cream (g)	1	
spinosad	3	QL 120 / fill CC C Limit of 120 ml per fill equates to a limit of 1 bottle per fill PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (EENT)		
CORTICOSTEROIDS (EENT)		
difluprednate	3	QL 5 / 30 days ST
FLAC OTIC OIL	1	
fluocinolone acetonide oil	1	
fluorometholone	1	
fluticasone propionate 50 mcg spray susp	1	QL 16 / 30 days
PRED MILD	3	ST
prednisolone acetate	1	
prednisolone sodium phosphate 1 % drops	1	
EENT NONSTEROIDAL ANTI-INFLAM. AGENTS		
diclofenac sodium 0.1 % drops	1	QL 5 / fill
ketorolac tromethamine 0.4 % drops	1	QL 5 / fill
ketorolac tromethamine 0.5 % drops	1	QL 10 / fill C Limit of 10 ml per fill
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (RESPIRATORY)		
LEUKOTRIENE MODIFIERS		
montelukast sodium 10 mg tablet	1	
MAST-CELL STABILIZERS		
cromolyn sodium (20 mg/2 ml ampul-neb, 20 mg/ml oral conc)	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN, MUCOUS) CORTICOSTEROIDS (SKIN, MUCOUS MEMBRANE)		
ANUCORT-HC	1	
ANUSOL-HC 25 MG SUPPOSITORY	1	
betamethasone dipropionate (0.05 % cream (g), 0.05 % lotion, 0.05 % oint. (g))	1	QPD 8.0 per day
betamethasone dipropionate 0.05 % gel (gram)	1	
betamethasone dipropionate/propylene glycol (betamethasone/propylene 0.05 % cream (g), betamethasone/propylene 0.05 % lotion, betamethasone/propylene 0.05 % oint. (g))	1	QPD 4.0 per day
betamethasone valerate (0.1 % cream (g), 0.1 % lotion, 0.1 % oint. (g))	1	QPD 8.0 per day
clobetasol propionate (0.05 % cream (g), 0.05 % gel (gram), 0.05 % oint. (g), 0.05 % shampoo, 0.05 % solution)	1	QPD 4.0 per day
CLODAN 0.05% SHAMPOO	1	QPD 4.0 per day
desoximetasone 0.25 % cream (g)	1	QPD 4.0 per day
desoximetasone 0.25 % oint. (g)	1	CC QPD 4.0 per day
fluocinolone acetonide 0.025 % cream (g)	1	
fluocinolone acetonide 0.01 % oil	1	QPD 4.0 per day
fluocinolone acetonide 0.01 % solution	1	QPD 6.0 per day
fluocinolone acetonide/shower cap	1	QPD 4.0 per day
fluocinonide (0.05 % cream (g), 0.05 % gel (gram), 0.05 % oint. (g), 0.05 % solution)	1	QPD 8.0 per day
fluticasone propionate 0.05 % cream (g)	1	QPD 8.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
halobetasol propionate (0.05 % cream (g), 0.05 % oint. (g))	1	QPD 4.0 per day
HEMMOREX-HC 25 MG SUPPOSITORY	1	
hydrocortisone 1 % cream (g)	1	CC QPD 8.0 per day
hydrocortisone 2.5 % crm/pe app	1	QPD 2.0 per day
hydrocortisone 100mg/60ml enema	1	
hydrocortisone (2.5 % cream (g), 2.5 % lotion, 2.5 % oint. (g))	1	QPD 8.0 per day
hydrocortisone acetate 25 mg supp.rect	1	
mometasone furoate (0.1 % cream (g), 0.1 % oint. (g), 0.1 % solution)	1	QPD 8.0 per day
nystatin/triamcinolone acetonide (nystatin/triamcin 100000-0.1 cream (g), nystatin/triamcin 100000-0.1 oint. (g), nystatin/triamcinolone acet 100000-0.1 cream (g), nystatin/triamcinolone acet 100000-0.1 oint. (g))	1	QL 480 / 30 days
ORALONE	1	
PROCTO-MED HC	1	QPD 2.0 per day
PROCTOFOAM-HC	2	
PROCTOSOL-HC	1	QPD 2.0 per day
PROCTOZONE-HC	1	QPD 2.0 per day
triamcinolone acetonide (0.025 % cream (g), 0.025 % lotion, 0.025 % oint. (g), 0.1 % lotion, 0.5 % cream (g), 0.5 % oint. (g))	1	QPD 8.0 per day
triamcinolone acetonide (0.1 % cream (g), 0.1 % oint. (g))	1	QPD 16.0 per day
triamcinolone acetonide 0.1 % paste (g)	1	
TRIDERM 0.1% CREAM	1	QPD 16.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
TRIDERM 0.5% CREAM	1	QPD 8.0 per day
IMMUNOMODULATORY AGENTS (84:06)		
tacrolimus (0.03 % oint. (g), 0.1 % oint. (g))	3	CC ST QPD 1.0 per day
JANUS KINASE INHIBITORS (84:06)		
CIBINQO	3	CC PA QPD 1.0 per day
ANTIANEMIA DRUGS IRON PREPARATIONS		
NEONATAL FE	2	
ANTIARRHYTHMIC AGENTS CLASS IA ANTIARRHYTHMICS		
disopyramide phosphate	1	
NORPACE CR	2	
quinidine gluconate	1	
quinidine sulfate (200 mg tablet, 300 mg tablet)	1	
CLASS IB ANTIARRHYTHMICS		
mexiletine hcl (150 mg capsule, 200 mg capsule, 250 mg capsule)	1	
CLASS IC ANTIARRHYTHMICS		
flecainide acetate	1	
propafenone hcl (150 mg tablet, 225 mg tablet, 300 mg tablet)	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
CLASS III ANTIARRHYTHMICS		
amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)	1	
dofetilide	1	
MULTAQ	2	
PACERONE 200 MG TABLET	1	
CLASS IV ANTIARRHYTHMICS		
CARTIA XT	1	
DILT-XR	1	
diltiazem hcl (30 mg tablet, 60 mg cap er 12h, 60 mg tablet, 90 mg cap er 12h, 90 mg tablet, 120 mg cap er 12h, 120 mg cap er 24h, 120 mg cap er deg, 120 mg cap sa 24h, 120 mg tablet, 180 mg cap er 24h, 180 mg cap er deg, 180 mg cap sa 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg cap er deg, 240 mg cap sa 24h, 300 mg cap er 24h, 300 mg cap sa 24h, 360 mg cap er 24h, 360 mg cap sa 24h, 420 mg cap sa 24h)	1	
TAZTIA XT (180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE, 360 MG CAPSULE)	1	
TAZTIA XT 120 MG CAPSULE	1	QL 30 / 30 days
TIADYLT ER	1	
verapamil hcl (40 mg tablet, 80 mg tablet, 120 mg cap24h pel, 120 mg tablet, 120 mg tablet er, 180 mg cap24h pel, 180 mg tablet er, 240 mg cap24h pel, 240 mg tablet er, 360 mg cap24h pel)	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ANTIBACTERIALS (08:12)		
AMINOGLYCOSIDE ANTIBIOTICS		
neomycin sulfate 500 mg tablet	1	
tobramycin in 0.225 % sodium chloride	3	CC PA QPD 5.0 per day
QUINOLONE ANTIBIOTICS		
ciprofloxacin hcl (100 mg tablet, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 750 mg tablet)	1	
levofloxacin (250 mg tablet, 500 mg tablet, 750 mg tablet)	1	
SULFONAMIDE ANTIBIOTICS (SYSTEMIC)		
sulfadiazine 500 mg tablet	1	
sulfamethoxazole/trimethoprim (sulfamethoxazole/trimethoprim 400mg-80mg tablet, sulfamethoxazole/trimethoprim 800-160 mg tablet)	1	
sulfasalazine (500 mg tablet, 500 mg tablet dr)	1	
TETRACYCLINE ANTIBIOTICS		
AVIDOXY	1	
doxycycline hyclate (50 mg capsule, 100 mg capsule, 100 mg tablet)	1	QL 60 / 30 days
doxycycline monohydrate (50 mg capsule, 100 mg capsule, 100 mg tablet)	1	QL 60 / 30 days
LYMEPAK	1	QL 60 / 30 days
minocycline hcl (50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)	1	QL 60 / 30 days

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
MONDOXYNE NL 100 MG CAPSULE	1	
ANTIBACTERIALS, MISCELLANEOUS GLYCOPEPTIDE ANTIBIOTICS		
vancomycin hcl (125 mg capsule, 250 mg capsule)	1	
LINCOMYCIN ANTIBIOTICS		
CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE	2	
CLINDACIN P	1	
clindamycin hcl (75 mg capsule, 150 mg capsule, 300 mg capsule)	1	
clindamycin phosphate (1 % gel (gram), 1 % lotion, 1 % med. swab, 1 % solution, 2 % cream/appl)	1	
OXAZOLIDINONE ANTIBIOTICS		
linezolid 600 mg tablet	1	
RIFAMYCIN ANTIBIOTICS		
XIFAXAN	3	CC ST QPD 3.0 per day
ANTICHOLINERGIC AGENTS ANTIMUSCARINICS/ANTISPASMODICS		
ATROVENT HFA	2	QPD 0.9 per day
BEVESPI AEROSPHERE	2	QPD 0.36 per day
chlordiazepoxide/clidinium bromide	1	
COMBIVENT RESPIMAT	2	QPD 0.2 per day
dicyclomine hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml solution, 20 mg tablet)	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
glycopyrrolate (1 mg tablet, 2 mg tablet)	1	
hyoscyamine sulfate (0.125 mg tab subl, 0.125 mg tablet, 0.375 mg tab er 12h)	1	
INCRUSE ELLIPTA	2	QPD 1.0 per day
ipratropium bromide 0.2 mg/ml solution	1	QPD 11.0 per day
ipratropium bromide/albuterol sulfate	1	QPD 19.0 per day
OSCIMIN	1	
OSCIMIN SL	1	
scopolamine	1	QL 4 per fill
SPIRIVA RESPIMAT	2	QPD 0.14 per day
STIOLTO RESPIMAT	2	QPD 0.14 per day
SYMAX-SL	1	
SYMAX-SR	1	
TRELEGY ELLIPTA	3	ST QPD 2.0 per day
ANTICOAGULANTS		
COUMARIN DERIVATIVES		
JANTOVEN	1	
warfarin sodium (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	
DIRECT FACTOR XA INHIBITORS		
ELIQUIS DVT-PE TREAT START 5MG	2	QL 74 / 30 days
ELIQUIS (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET)	2	QL 60 / 30 days

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
rivaroxaban 1 mg/ml susp recon	1	QPD 30.0 per day
rivaroxaban 2.5 mg tablet	1	QPD 2.0 per day
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION	2	QPD 30.0 per day
XARELTO DVT-PE TREAT START 30D	2	QL 51 / 30 days
XARELTO (2.5 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET)	2	QL 60 / 30 days
XARELTO 10 MG TABLET	2	QL 30 / 30 days
DIRECT THROMBIN INHIBITORS		
dabigatran etexilate mesylate (75 mg capsule, 150 mg capsule)	3	QL 60 / 30 days CC PA QPD 2.0 per day
dabigatran etexilate mesylate 110 mg capsule	3	CC PA QPD 2.0 per day
HEPARINS		
enoxaparin sodium (100 mg/ml syringe, 150 mg/ml syringe)	1	QL 60 / 30 days
enoxaparin sodium (30mg/0.3ml syringe, 300 mg/3ml vial, 300mg/3ml vial)	1	QL 18 / 30 days
enoxaparin sodium (80mg/0.8ml syringe, 120mg/.8ml syringe)	1	QL 48 / 30 days
enoxaparin sodium 40mg/0.4ml syringe	1	QL 24 / 30 days
enoxaparin sodium 60mg/0.6ml syringe	1	QL 36 / 30 days
heparin sodium,porcine (10000/ml vial, 20000/ml vial)	1	
heparin sodium,porcine in 0.45 % sodium chloride (in 12500/250 iv soln, in 25000/250 iv soln)	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ANTICONVULSANTS		
ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS		
carbamazepine (100 mg cpmp 12hr, 100 mg tab chew, 100 mg tab er 12h, 200 mg cpmp 12hr, 200 mg tab er 12h, 200 mg tablet, 300 mg cpmp 12hr, 400 mg tab er 12h)	1	
EPITOL	1	
lamotrigine (25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)	1	
levetiracetam (250 mg tablet, 500 mg tablet, 750 mg tablet, 1000 mg tablet)	1	
ROWEEPRA	1	
SUBVENITE	1	
topiramate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)	1	
BARBITURATES (ANTICONVULSANTS)		
primidone (50 mg tablet, 250 mg tablet)	1	
BENZODIAZEPINES (ANTICONVULSANTS)		
clobazam (10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	
clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet)	1	QL 60 / 30 days
GABA-MEDIATED ANTICONVULSANTS		
divalproex sodium (125 mg tablet dr, 250 mg tab er 24h, 250 mg tablet dr, 500 mg tab er 24h, 500 mg tablet dr)	1	
gabapentin (100 mg capsule, 300 mg capsule, 400 mg capsule, 600 mg tablet, 800 mg tablet)	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
pregabalin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule, 225 mg capsule, 300 mg capsule)	1	QL 2 / day
valproic acid 250 mg capsule	1	
HYDANTOINS		
DILANTIN 100 MG CAPSULE	2	
PHENYTEK	2	
phenytoin sodium extended	1	
ION CHANNEL INHIBITION AGENTS		
lacosamide (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)	1	
oxcarbazepine (150 mg tablet, 300 mg tablet, 600 mg tablet)	1	
zonisamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)	1	
SUCCINIMIDES		
ethosuximide 250 mg capsule	1	
ANTIDEPRESSANTS ANTIDEPRESSANTS, MISCELLANEOUS		
bupropion hcl 150 mg tab er 12h	1	$0
bupropion hcl (75 mg tablet, 100 mg tab sr 12h, 100 mg tablet, 150 mg tab er 24h, 150 mg tab sr 12h, 200 mg tab sr 12h, 300 mg tab er 24h)	1	
ZURZUVAE	3	QL 28 per 30 days CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
SEL.SEROTONIN,NOREPI REUPTAKE INHIBITOR		
desvenlafaxine succinate	1	
duloxetine hcl (20 mg capsule dr, 30 mg capsule dr, 40 mg capsule dr, 60 mg capsule dr)	1	
venlafaxine hcl (25 mg tablet, 37.5 mg cap er 24h, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg cap er 24h, 75 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg cap er 24h)	1	
SELECTIVE-SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS		
citalopram hydrobromide (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	1	
escitalopram oxalate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	
fluoxetine hcl (10 mg capsule, 10 mg tablet, 20 mg capsule, 20 mg tablet, 40 mg capsule, 60 mg tablet)	1	
fluvoxamine maleate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	1	
paroxetine hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet, 40 mg tablet)	1	
sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	1	
SEROTONIN MODULATORS		
mirtazapine (7.5 mg tablet, 15 mg tab rapdis, 15 mg tablet, 30 mg tab rapdis, 30 mg tablet, 45 mg tab rapdis, 45 mg tablet)	1	
nefazodone hcl	1	
trazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
TRICYCLICS, OTHER NOREPI-RU INHIBITORS		
amitriptyline hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)	1	
clomipramine hcl (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule)	1	
desipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)	1	
doxepin hcl (10 mg capsule, 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule)	1	
imipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)	1	
nortriptyline hcl (10 mg capsule, 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule)	1	
ANTIDIABETIC AGENTS ALPHA-GLUCOSIDASE INHIBITORS		
acarbose (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	1	
BIGUANIDES		
metformin hcl (500 mg tab er 24h, 500 mg tablet, 750 mg tab er 24h, 850 mg tablet, 1000 mg tablet)	1	
DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4(DPP-4) INHIBITORS		
alogliptin benzoate	3	CC ST QPD 1.0 per day
alogliptin benzoate/metformin hcl	3	CC ST QPD 2.0 per day
alogliptin benzoate/pioglitazone hcl	3	CC ST

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
INCRETIN MIMETICS		
MOUNJARO	3	CC ST QPD 0.08 per day
OZEMPIC	3	CC ST QPD 0.108 per day
RYBELSUS	3	CC ST QPD 1.0 per day
SAXENDA	3	CC PA QPD 0.5 per day
WEGOVY (0.25 MG/0.5 ML PEN, 0.5 MG/0.5 ML PEN, 1 MG/0.5 ML PEN)	3	CC PA QPD 0.072 per day
WEGOVY (1.7 MG/0.75 ML PEN, 2.4 MG/0.75 ML PEN)	3	CC PA QPD 0.108 per day
ZEPBOUND (2.5 MG/0.5 ML PEN, 5 MG/0.5 ML PEN, 7.5 MG/0.5 ML PEN, 10 MG/0.5 ML PEN, 12.5 MG/0.5 ML PEN, 15 MG/0.5 ML PEN)	3	CC PA QPD 0.8 per day
MEGLITINIDES		
nateglinide	1	
repaglinide	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
SODIUM-GLUC COTRANSPORT 2 (SGLT2) INHIB		
FARXIGA	2	QPD 1.0 per day
GLYXAMBI	2	QPD 1.0 per day
JARDIANCE	2	QPD 1.0 per day
SYNJARDY	2	QPD 2.0 per day
SYNJARDY XR (5-1,000 MG TABLET, 10-1,000 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TAB)	2	QPD 2.0 per day
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	2	QPD 1.0 per day
TRIJARDY XR	2	QPD 1.0 per day
XIGDUO XR (10 MG-1,000 MG TAB, 10 MG-500 MG TABLET)	2	QPD 1.0 per day
XIGDUO XR (2.5 MG-1,000 MG TAB, 5 MG-1,000 MG TABLET, 5 MG-500 MG TABLET)	2	QPD 2.0 per day
SULFONYLUREAS		
glimepiride (1 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet)	1	
glipizide (2.5 mg tab er 24, 5 mg tab er 24, 5 mg tablet, 10 mg tab er 24, 10 mg tablet)	1	
glipizide/metformin hcl	1	
glyburide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tablet)	1	
glyburide/metformin hcl	1	
THIAZOLIDINEDIONES		
pioglitazone hcl	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ANTIDOTE THERAPEUTICS ALCOHOL DETERRENTS (91:02)		
acamprosate calcium	1	QL 120 / 30 days
disulfiram (250 mg tablet, 500 mg tablet)	1	
ANTIDOTES (91:04) ACETAMINOPHEN ANTIDOTE		
acetylcysteine (100 mg/ml vial, 200 mg/ml vial)	1	
CHEMOTHERAPY ANTIDOTES/PROTECTANTS		
ELMIRON	2	
leucovorin calcium (5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 25 mg tablet)	1	
ANTIEMETICS 5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS		
granisetron hcl 1 mg tablet	1	CC QPD 2.0 per day
ondansetron 4 mg tab rapdis	1	QL 180 / 30 days
ondansetron 8 mg tab rapdis	1	QL 90 / 30 days
ondansetron hcl 4 mg tablet	1	QL 180 / 30 days
ondansetron hcl 8 mg tablet	1	QL 90 / 30 days
ANTIHISTAMINES (GI DRUGS)		
COMPRO	1	
meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)	1	
prochlorperazine	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
prochlorperazine maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	
NEUROKININ-1 RECEPTOR ANTAGONISTS		
AKYNZEO 300-0.5 MG CAPSULE	3	QL 2 / 30 days CC PA
aprepitant (80 mg capsule, 125 mg capsule, 125mg-80mg cap ds pk)	3	QL 6 / 30 days CC PA
aprepitant 40 mg capsule	3	QL 1 per fill CC PA
ANTIFUNGAL (SYSTEMIC) ANTIFUNGALS, MISCELLANEOUS		
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tablet, 250 mg tablet)	1	
griseofulvin, microsize (125 mg/5ml oral susp, 500 mg tablet)	1	
AZOLE ANTIFUNGALS		
fluconazole (10 mg/ml susp recon, 40 mg/ml susp recon, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)	1	
itraconazole 100 mg capsule	1	
voriconazole 200 mg/5ml susp recon	3	CC PA
voriconazole 200 mg tablet	3	CC PA QPD 2.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
voriconazole 50 mg tablet	3	CC PA QPD 4.0 per day
ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE) ALLYLAMINES (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)		
terbinafine hcl 250 mg tablet	1	QL 180 / 365 days
AZOLES (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)		
clotrimazole 1 % solution	1	QL 180 / 30 days
clotrimazole 10 mg troche	1	
clotrimazole/betamethasone dip 1 %-0.05 % cream (g)	1	QL 180 / 30 days
econazole nitrate 1 % cream (g)	1	QL 340 / 30 days
GYNAZOLE 1	1	
ketoconazole (2 % cream (g), 2 % shampoo, 200 mg tablet)	1	
miconazole nitrate 200 mg supp.vag	1	
terconazole (0.4 % cream/appl, 0.8 % cream/appl, 80 mg supp.vag)	1	
HYDROXYPYRIDONES (SKIN, MUCOUS MEMBRANE)		
CICLODAN (0.77% CREAM, 8% SOLUTION)	1	
ciclopirox 1 % shampoo	1	QL 120 / 30 days
ciclopirox 8 % solution	1	QL 0.22 / day
ciclopirox olamine 0.77 % cream (g)	1	QL 90 / 30 days
POLYENES (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)		
KLAYESTA	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
NYAMYC	1	
nystatin (100000/g cream (g), 100000/g oint. (g))	1	QL 120 / 30 days
nystatin 100000/g powder	1	QL 1280 / 30 days
nystatin (500k unit tablet, 100000/ml oral susp)	1	
ANTIGLAUCOMA AGENTS ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS (EENT)		
brimonidine tartrate (0.1 % drops, 0.15 % drops, 0.2 % drops)	1	
brimonidine tartrate/timolol maleate	1	
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS (EENT)		
betaxolol hcl 0.5 % drops	1	
dorzolamide hcl/timolol maleate	1	
levobunolol hcl	1	
timolol maleate (0.25 % drops, 0.5 % drops)	1	
CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS (EENT)		
acetazolamide (125 mg tablet, 250 mg tablet, 500 mg capsule er)	1	
dorzolamide hcl	1	
MIOTICS		
pilocarpine hcl (1 % drops, 2 % drops, 4 % drops)	1	
PROSTAGLANDIN ANALOGS		
bimatoprost 0.03 % drops	1	
latanoprost 0.005 % drops	1	
travoprost	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ANTIHEMORRHAGIC AGENTS HEMOSTATICS		
ALPHANATE (1,000-400 UNIT VIAL, 1,500-600 UNIT VIAL)	2	
ALPHANINE SD 500 UNIT VIAL	2	
HUMATE-P 1,200 UNIT VWF:RCO	2	
tranexamic acid 650 mg tablet	1	QL 30 / 30 days
XYNTHA 1,000 UNIT KIT	2	
XYNTHA SOLOFUSE (UNIT KIT, UNIT SYR)	2	
ANTIHISTAMINE DRUGS SECOND GENERATION ANTIHISTAMINES		
desloratadine 5 mg tablet	1	
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tablet	1	
ANTIHYPOGLYCEMIC AGENTS GLYCOGENOLYTIC AGENTS		
BAQSIMI	2	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	1	
ANTILIPEMIC AGENTS ANTILIPEMIC AGENTS, MISCELLANEOUS		
niacin 500 mg tablet	1	
NIACOR	1	
BILE ACID SEQUESTRANTS		
cholestyramine (4 g powd pack, 4 g powder, powder)	1	
cholestyramine (with sugar) (4 g powd pack, 4 g powder)	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
colestipol hcl 1 g tablet	1	
PREVALITE (PACKET, POWDER)	1	
CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS		
ezetimibe	1	
FIBRIC ACID DERIVATIVES		
fenofibrate (54 mg tablet, 160 mg tablet)	1	
fenofibrate nanocrystallized	1	
fenofibrate,micronized (43 mg capsule, 67 mg capsule, 130 mg capsule, 134 mg capsule, 200 mg capsule)	1	
fenofibric acid (choline)	1	
gemfibrozil 600 mg tablet	1	
HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS		
atorvastatin calcium	1	$0
lovastatin (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	1	$0
pravastatin sodium	1	$0
rosuvastatin calcium	1	$0
simvastatin (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)	1	$0
PCSK9 INHIBITORS		
PRALUENT PEN	3	CC PA QPD 0.07 per day
REPATHA PUSHTRONEX	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
REPATHA SURECLICK	3	CC PA
REPATHA SYRINGE	3	CC PA
ANTIMETABOLITES, IMMUNOSUPPRESS THERAPY ANTIMETABOLITES, IMMUNOSUPP THERAPY MISC		
azathioprine (50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)	1	
mycophenolate mofetil (250 mg capsule, 500 mg tablet)	1	
mycophenolate sodium	1	
ANTIMIGRAINE AGENTS CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE ANTAG.		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	3	CC PA QPD 0.07 per day
EMGALITY PEN	3	CC PA QPD 0.036 per day
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	3	CC PA QPD 0.036 per day
EMGALITY SYRINGE (100 MG/ML SYR(1 OF 3), 300 MG (100 MG X3SYR))	3	QL max 9/180 days CC PA
QULIPTA	3	CC PA QPD 1.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS		
naratriptan hcl	3	QL 36 / 30 days CC ST QPD 1.2 per day
rizatriptan benzoate (5 mg tab rapdis, 5 mg tablet, 10 mg tab rapdis, 10 mg tablet)	1	QPD 1.2 per day
sumatriptan (5 mg spray, 20 mg spray)	3	QL 6 / 30 days CC PA
sumatriptan succinate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	1	QL 36 / 30 days QPD 1.2 per day
ANTIMYCOBACTERIALS ANTILEPROSY AGENTS		
dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)	1	
ANTITUBERCULOSIS AGENTS		
cycloserine 250 mg capsule	1	
ethambutol hcl	1	
isoniazid (100 mg tablet, 300 mg tablet)	1	
PASER	2	
pretomanid	3	CC PA QPD 1.0 per day
PRIFTIN	2	
pyrazinamide 500 mg tablet	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
rifabutin	1	
rifampin (150 mg capsule, 300 mg capsule)	1	
SIRTURO 100 MG TABLET	3	CC PA QPD 0.9 per day
SIRTURO 20 MG TABLET	3	CC PA QPD 4.3 per day
TRECATOR	2	
ANTINEOPLASTIC AGENTS		
abiraterone acetate 250 mg tablet	3	CC PA
ABIRTEGA	3	CC PA
AKEEGA	3	CC PA
ALECENSA	3	CC PA
ALUNBRIG (30 MG TABLET, 90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET)	3	CC PA
anastrozole 1 mg tablet	1	$0
AUGTYRO	3	CC PA
AVMAPKI	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
AVMAPKI-FAKZYNJA	3	CC PA
AYVAKIT	3	CC PA
BALVERSA	3	CC PA
BESREMI	3	CC PA
bexarotene 75 mg capsule	3	CC PA
bicalutamide	1	
BOSULIF (100 MG TABLET, 400 MG TABLET, 500 MG TABLET)	3	CC PA
BRAFTOVI	3	CC PA
BRUKINSA	3	CC PA
CABOMETYX	3	CC PA
CALQUENCE	3	CC PA
capecitabine	3	CC PA
CAPRELSA	3	CC PA
COMETRIQ	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
COPIKTRA	3	CC PA
COTELLIC	3	CC PA
cyclophosphamide (25 mg capsule, 50 mg capsule)	3	CC PA
DANZITEN	3	CC PA
dasatinib	3	CC PA
DAURISMO	3	CC PA
EMCYT	3	CC PA
ENSACOVE	3	CC PA
ERIVEDGE	3	CC PA
ERLEADA	3	CC PA
erlotinib hcl (25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)	3	CC PA
everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet)	1	
everolimus (2 mg tab susp, 2.5 mg tablet, 3 mg tab susp, 5 mg tab susp, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
exemestane	1	$0
EXKIVITY	3	CC PA
FAKZYNJA	3	CC PA
FARYDAK	3	CC PA
FOTIVDA	3	CC PA
FRUZAQLA	3	CC PA
gefitinib	3	CC PA
GILOTRIF	3	CC PA
GLEOSTINE	3	CC PA
GOMEKLI (1 MG CAPSULE, 1 MG TABLET FOR SUSP, 2 MG CAPSULE)	3	CC PA
HYCAMTIN (0.25 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE)	3	CC PA
hydroxyurea 500 mg capsule	1	
IBRANCE (75 MG CAPSULE, 75 MG TABLET, 100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET, 125 MG CAPSULE, 125 MG TABLET)	3	CC PA
IBTROZI	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ICLUSIG	3	CC PA
IDHIFA	3	CC PA
imatinib mesylate (100 mg tablet, 400 mg tablet)	3	CC PA
IMBRUVICA (70 MG CAPSULE, 140 MG CAPSULE, 140 MG TABLET, 280 MG TABLET, 420 MG TABLET)	3	CC PA
INLYTA	3	CC PA
INQOVI	3	CC PA
INREBIC	3	CC PA
ITOVEBI	3	CC PA
IWILFIN	3	CC PA
JAKAFI	3	CC PA
JAYPIRCA	3	CC PA
KISQALI	3	CC PA
KOSELUGO	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
KRAZATI	3	CC PA
lapatinib ditosylate	3	CC PA
LAZCLUZE	3	CC PA
lenalidomide	3	CC PA
LENVIMA	3	CC PA
letrozole 2.5 mg tablet	1	$0
LEUKERAN	3	CC PA
LONSURF	3	PA
LORBRENA	3	CC PA
LUMAKRAS	3	CC PA
LYNPARZA	3	CC PA
LYSODREN	3	CC PA
LYTGOBI	3	CC PA
MATULANE	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
MEKINIST (0.5 MG TABLET, 2 MG TABLET)	3	CC PA
MEKTOVI	3	CC PA
melphalan	1	
mercaptopurine 20 mg/ml oral susp	3	CC PA
mercaptopurine 50 mg tablet	1	CC
methotrexate sodium 2.5 mg tablet	1	
methotrexate sodium 25 mg/ml vial	1	QL 16 / 28 days
methotrexate sodium/pf 25 mg/ml vial	1	QL 16 / 28 days CC
MYLERAN	3	CC PA
NERLYNX	3	CC PA
nilotinib hcl	3	CC PA
nilotinib tartrate	3	CC PA
NINLARO	3	CC PA
NUBEQA	3	CC PA
ODOMZO	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
OGSIVEO	3	CC PA
OJJAARA	3	CC PA
ONUREG	3	CC PA
ORSERDU	3	CC PA
pazopanib hcl	3	CC PA
PEMAZYRE	3	CC PA
PIQRAY	3	CC PA
POMALYST	3	CC PA
QINLOCK	3	CC PA
RETEVMO (40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET, 80 MG CAPSULE, 80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	3	CC PA
REVUFORJ	3	CC PA
REZLIDHIA	3	CC PA
ROMVIMZA	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ROZLYTREK (100 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	3	CC PA
RUBRACA	3	CC PA
RYDAPT	3	CC PA
SCEMBLIX	3	CC PA
sorafenib tosylate	3	CC PA
SPRYCEL	3	CC PA
STIVARGA	3	CC PA
sunitinib malate	3	CC PA
SYNRIBO	3	CC PA
TABLOID	3	PA
TABRECTA	3	CC PA
TAFINLAR (50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	3	CC PA
TAGRISSO	3	CC PA
TALZENNA	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
TAZVERIK	3	CC PA
temozolomide	3	CC PA
TEPMETKO	3	CC PA
TIBSOVO	3	CC PA
tretinoin 10 mg capsule	3	CC PA
TRUQAP	3	CC PA
TUKYSA	3	CC PA
TURALIO	3	CC PA
VANFLYTA	3	CC PA
VENCLEXTA	3	CC PA
VENCLEXTA STARTING PACK	3	CC PA
VERZENIO	3	CC PA
VITRAKVI (20 MG/ML SOLUTION, 25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
VIZIMPRO	3	CC PA
VONJO	3	CC PA
VORANIGO	3	CC PA
WELIREG	3	CC PA
XALKORI (200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	3	CC PA
XOSPATA	3	CC PA
XPOVIO	3	CC PA
XTANDI (40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET, 80 MG TABLET)	3	CC PA
YONSA	3	CC PA
ZEJULA	3	CC PA
ZELBORAF	3	CC PA
ZOLINZA	3	CC PA
ZYDELIG	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ZYKADIA	3	CC PA
ANTIPARKINSONIAN AGENTS (CNS) ADAMANTANES (CNS)		
amantadine hcl (50 mg/5 ml solution, 100 mg capsule, 100 mg tablet)	1	
ANTICHOLINERGIC AGENTS (CNS)		
benztropine mesylate (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet)	1	
trihexyphenidyl hcl (2 mg tablet, 2 mg/5 ml solution, 5 mg tablet)	1	
CATECHOL-O-METHYLTRANSFERASE(COMT)INHIB.		
entacapone	1	
DOPAMINE PRECURSORS		
carbidopa/levodopa (carbidopa/levodopa 10mg-100mg tab rapdis, carbidopa/levodopa 10mg-100mg tablet, carbidopa/levodopa 25mg-100mg tab rapdis, carbidopa/levodopa 25mg-100mg tablet, carbidopa/levodopa 25mg-100mg tablet er, carbidopa/levodopa 25mg-250mg tab rapdis, carbidopa/levodopa 25mg-250mg tablet, carbidopa/levodopa 50mg-200mg tablet er)	1	
carbidopa/levodopa/entacapone	1	
MONOAMINE OXIDASE B INHIBITORS		
selegiline hcl (5 mg capsule, 5 mg tablet)	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ANTIPROTOZOALS ANTIMALARIALS		
atovaquone/proguanil hcl	1	QL 180 / 365 days
chloroquine phosphate (250 mg tablet, 500 mg tablet)	1	
hydroxychloroquine sulfate (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet)	1	
mefloquine hcl	1	
primaquine phosphate	1	
pyrimethamine 25 mg tablet	3	CC PA QPD 3.0 per day
ANTIPROTOZOALS, CRYPTOSPORIDIOSIS		
nitazoxanide 500 mg tablet	1	QL 30 / 365 days
ANTIPROTOZOALS, P JIROVECII PNEUMONIA		
atovaquone 750 mg/5ml oral susp	1	
pentamidine isethionate 300 mg vial-neb	3	CC PA QPD 0.04 per day
ANTIPROTOZOALS,NITROIMIDAZOLE-DERIVATIVE		
tinidazole (250 mg tablet, 500 mg tablet)	1	QL 30 / 365 days
ANTIPROTOZOALS,NITROIMIDAZOLE-DERIVATIVE NITROIMIDAZOLE DERIVATIVES, MISC		
metronidazole (0.75 % gel w/appl, 250 mg tablet, 500 mg tablet)	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ANTIPSYCHOTIC AGENTS		
ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML	3	QL 2.4/60 days CC ST
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML	3	QL 3.2 / 60 days CC ST
ABILIFY MAINTENA (ER 300 MG SYR, ER 300 MG VL, ER 400 MG SYR, ER 400 MG VL)	3	QL 1 / 30 days CC ST
aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)	1	
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	3	QL 3.9 / 60 days CC ST
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	3	QL 1.6 / 30 days CC ST
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	3	QL 2.4 / 30 days CC ST
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	3	QL 3.2 / 30 days CC ST
ARISTADA INITIO	3	QL 2.4 / 42 days CC ST

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
clozapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)	1	
ERZOFRI 117 MG/0.75 ML SYRINGE	3	QL 0.75 / 30 days CC ST
ERZOFRI 156 MG/ML SYRINGE	3	QL 1 / 30 days CC ST
ERZOFRI 234 MG/1.5 ML SYRINGE	3	QL 1.5 / 30 days CC ST
ERZOFRI 351 MG/2.25 ML SYRINGE	3	QL 2.25 / 30 days CC ST
ERZOFRI 39 MG/0.25 ML SYRINGE	3	CC ST
ERZOFRI 78 MG/0.5 ML SYRINGE	3	QL 0.5 / 30 days CC ST
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML	3	QL 3.5 / 180 days CC ST
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML	3	QL 5 / 180 days CC ST
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	3	QL 0.75 / 30 days CC ST

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	3	QL 1 / 30 days CC ST
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	3	QL 1.5 / 30 days CC ST
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	3	QL 0.25 / 30 days CC ST
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	3	QL 0.5 / 30 days CC ST
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML	3	QL 0.88 / 90 days CC ST
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML	3	QL 1.32 / 90 days CC ST
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML	3	QL 1.75 / 90 days CC ST
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML	3	QL 2.63 / 90 days CC ST
olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet)	1	
PERSERIS	3	QL 1 / 30 days CC ST

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
quetiapine fumarate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet)	1	
risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet)	1	
risperidone microspheres	3	QL 1 / 14 days CC ST
UZEDY ER 100 MG/0.28 ML SYRING	3	QL 0.28 / 30 days CC ST
UZEDY ER 125 MG/0.35 ML SYRING	3	QL 0.35 / 30 days CC ST
UZEDY ER 150 MG/0.42 ML SYRING	3	QL 0.42 / 30 days CC ST
UZEDY ER 200 MG/0.56 ML SYRING	3	QL 0.56 / 30 days CC ST
UZEDY ER 250 MG/0.7 ML SYRINGE	3	QL 0.7 / 30 days CC ST
UZEDY ER 50 MG/0.14 ML SYRINGE	3	QL 0.14 / 30 days CC ST
UZEDY ER 75 MG/0.21 ML SYRINGE	3	QL 0.21 / 30 days CC ST

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ziprasidone hcl	1	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG VIAL, 210 MG VL KIT, 300 MG VIAL, 300 MG VL KIT)	3	QL 2 / 30 days CC ST
ZYPREXA RELPREVV (405 MG VIAL, 405 MG VL KIT)	3	QL 1 / 30 days CC ST
BUTYROPHENONES		
haloperidol (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	
haloperidol decanoate (50 mg/ml ampul, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml ampul, 100 mg/ml vial)	3	CC ST
haloperidol lactate 2 mg/ml oral conc	1	
DIBENZOXAPINES		
loxapine succinate	1	
DIPHENYLBUTYLPERIDINES		
pimozide	1	
PHENOTHIAZINES		
fluphenazine decanoate 25 mg/ml vial	3	QL 5 / 30 days CC ST
fluphenazine hcl (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	
perphenazine (2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tablet)	1	
thioridazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
trifluoperazine hcl	1	
THIOXANTHENES		
thiothixene	1	
ANTIRETROVIRALS ANTIRETROVIRALS, MISCELLANEOUS		
TYBOST	2	
HIV ENTRY AND FUSION INHIBITORS		
FUZEON	3	CC PA
maraviroc	1	
SELZENTRY (25 MG TABLET, 75 MG TABLET)	2	
HIV INTEGRASE INHIBITOR ANTIRETROVIRALS		
APRETUDE	2	HCR $0
BIKTARVY 50-200-25 MG TABLET	2	
DOVATO	2	
ISENTRESS (25 MG TABLET CHEW, 100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET CHEW, 400 MG TABLET)	2	
ISENTRESS HD	2	
JULUCA	2	
TIVICAY	2	
VOCABRIA	2	
HIV NONNUCLEOSIDE REV.TRANSCRIP. INHIB.		
DELSTRIGO	2	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
EDURANT	2	
efavirenz (50 mg capsule, 200 mg capsule, 600 mg tablet)	1	
efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate	1	
etravirine	1	
INTELENCE 25 MG TABLET	2	
nevirapine (50 mg/5 ml oral susp, 100 mg tab er 24h, 200 mg tablet, 400 mg tab er 24h)	1	
HIV NUCLEOSIDE, NUCLEOTIDE RT INHIBITORS		
abacavir sulfate (20 mg/ml solution, 300 mg tablet)	1	
abacavir sulfate/lamivudine	1	
DESCOVY 200-25 MG TABLET	2	HCR $0
didanosine	1	
efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate	1	
emtricitabine	1	
emtricitabine/rilpivirine hcl/tenofovir disoproxil fumarate	1	
emtricitabine/tenofovir (tdf) 200-300 mg tablet	1	HCR $0
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate (emtricitabine/tenofovir 100-150 mg tablet, emtricitabine/tenofovir 133-200 mg tablet, emtricitabine/tenofovir 167-250 mg tablet)	1	
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	2	
GENVOYA	2	
lamivudine (10 mg/ml solution, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
lamivudine/zidovudine	1	
ODEFSEY	2	
stavudine	1	
STRIBILD	2	
tenofovir disoproxil fumarate	1	
TRIUMEQ	2	
VIREAD (150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET, POWDER)	2	
zidovudine (10 mg/ml syrup, 100 mg capsule, 300 mg tablet)	1	
HIV PROTEASE INHIBITOR ANTIRETROVIRALS		
APTIVUS	2	
atazanavir sulfate	1	
darunavir	1	
darunavir ethanolate	1	
EVOTAZ	2	
fosamprenavir calcium	1	
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	2	
lopinavir/ritonavir (lopinavir/ritonavir 100mg-25mg tablet, lopinavir/ritonavir 200mg-50mg tablet, lopinavir/ritonavir 400-100/5 solution)	1	
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	2	
PREZISTA (75 MG TABLET, 100 MG/ML SUSPENSION, 150 MG TABLET)	2	
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	2	
ritonavir	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
SYMTUZA	3	CC PA
VIRACEPT	2	
ANTITHROMBOTIC AGENTS PLATELET-AGGREGATION INHIBITORS		
cilostazol	1	QL 60 / 30 days
clopidogrel bisulfate 75 mg tablet	1	
dipyridamole (25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)	1	
prasugrel hcl	1	QL 30 / 30 days
ticagrelor	1	QL 60 / 30 days
PLATELET-REDUCING AGENTS		
anagrelide hcl	1	
ANTITOXINS,IMMUNE GLOB,TOXOIDS,VACCINES TOXOIDS		
ADACEL TDAP (SYRINGE, VIAL)	2	$0
BOOSTRIX TDAP VACCINE SYRINGE	2	$0
TENIVAC (SYRINGE, VIAL)	2	$0
tetanus and diphtheria toxoids, adult	2	$0
VACCINES		
ABRYSVO	2	$0
AFLURIA 2025-2026	2	$0
AFLURIA 2025-2026 (3YR UP)	2	$0
AFLURIA TRIV 2024-25 (3YR UP)	2	QL 1 fill/year $0

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
AFLURIA TRIVALENT 2024-25	2	QL 1 fill/year $0
AREXVY	2	AL At least 50 yrs old $0
BEXSERO	2	$0
CAPVAXIVE	2	$0
COMIRNATY 2024-2025	2	$0
ENGERIX-B ADULT (20 MCG/ML SYRN, 20 MCG/ML VIAL)	2	$0
FLUAD 2025-2026	2	$0
FLUARIX 2025-2026	2	$0
FLUARIX TRIVALENT 2024-2025	2	QL 1 fill/year $0
FLUBLOK 2025-2026	2	$0
FLUBLOK TRIVALENT 2024-2025	2	QL 1 fill/year $0
FLUCELVAX 2025-2026 (2025-2026 SYRINGE, 2025-2026 VIAL)	2	$0
FLUCELVAX TRIVALENT 2024-2025 (2024-2025 SYR, 2024-2025 VL)	2	QL 1 fill/year $0
FLULAVAL 2025-2026	2	$0
FLULAVAL TRIVALENT 2024-2025	2	QL 1 fill/year $0
FLUMIST 2025-2026	2	$0
FLUMIST HOME 2025-2026	2	$0

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
FLUZONE 2025-2026 (2025-2026 SYRINGE, 2025-2026 VIAL)	2	$0
FLUZONE HIGH-DOSE 2025-2026	2	$0
FLUZONE TRIV SOUTHERN HEM 2025	2	QL 1 fill/year $0
FLUZONE TRIVALENT 2024-2025 (2024-25 SYRG, 2024-25 VIAL)	2	QL 1 fill/year $0
GARDASIL 9 (9 SYRINGE, 9 VIAL)	2	$0
HAVRIX	2	QL 1 fill/6 months $0
HEPLISAV-B	2	$0
IMOVAX RABIES VACCINE	2	$0
IPOL (SINGLE DOSE SYRINGE, VIAL)	2	
IXCHIQ	2	$0
IXIARO	2	$0
JYNNEOS	2	$0
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE)	2	$0
M-M-R II VACCINE	2	$0
MENQUADFI	2	$0
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (1 VIAL-A-C-Y-W-135-DIP, A-C-Y-W KIT (2 VIALS))	2	$0
MRESVIA	2	AL At least 60 yrs old $0
NOVAVAX COVID 2024-2025 (EUA)	2	$0

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
PENBRAYA	2	$0
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y	2	$0
PENMENVY MENACWY COMPONENT	2	$0
PENMENVY MENB COMPONENT	2	$0
PNEUMOVAX 23 (23 SYRINGE, 23 VIAL)	2	$0
PREVNAR 13	2	$0
PREVNAR 20	2	$0
PRIORIX	2	$0
RABAVERT	2	$0
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5 ML SYR, 5 MCG/0.5 ML VL, 10 MCG/ML SYR, 10 MCG/ML VIAL, 40 MCG/ML VIAL)	2	$0
SHINGRIX	2	$0
SPIKEVAX 2024-2025	2	$0
STAMARIL	2	$0
TICOVAC	2	$0
TRUMENBA	2	$0
TWINRIX	2	$0
TYPHIM VI (25 MCG/0.5 ML AL, 25 MCG/0.5 ML SYRNG)	2	$0
VAQTA (25 UNITS/0.5 ML SYRINGE, 25 UNITS/0.5 ML VIAL, 50 UNITS/ML SYRINGE, 50 UNITS/ML VIAL)	2	QL 1 fill/6 months $0
VARIVAX VACCINE	2	$0
VAXCHORA VACCINE	2	$0
VAXNEUVANCE	2	$0

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
VIVOTIF	2	$0
YF-VAX	2	$0
ANTIULCER AGENTS AND ACID SUPPRESSANTS HISTAMINE H2-ANTAGONISTS		
cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)	1	
famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet)	1	
PROSTAGLANDINS		
misoprostol (100 mcg tablet, 200 mcg tablet)	1	$0
PROTECTANTS		
sucralfate 1 g tablet	1	
PROTON-PUMP INHIBITORS		
esomeprazole magnesium 20 mg capsule dr	1	
lansoprazole (15 mg capsule dr, 30 mg capsule dr)	1	
omeprazole (10 mg capsule dr, 20 mg capsule dr, 40 mg capsule dr)	1	
pantoprazole sodium (20 mg tablet dr, 40 mg tablet dr)	1	
rabeprazole sodium 20 mg tablet dr	1	
ANTIVIRALS (SYSTEMIC) ANTIRETROVIRALS		
YEZTUGO (300 MG TABLET, 463.5 MG/1.5 ML VIAL)	2	$0
CORONAVIRUS (COVID-19)		
PAXLOVID	2	QPD 6.0 per day $0

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ENDONUCLEASE INHIBITORS		
XOFLUZA	2	QL 2 / 180 days
NEURAMINIDASE INHIBITOR ANTIVIRALS		
oseltamivir phosphate (30 mg capsule, 75 mg capsule)	1	
oseltamivir phosphate (6 mg/ml susp recon, 45 mg capsule)	1	AL Up to 12 yrs old
RELENZA	2	QL 20 / 30 days
NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE ANTIVIRALS		
acyclovir (200 mg capsule, 400 mg tablet, 800 mg tablet)	1	QL 150 / 30 days
entecavir	1	QL 30 / 30 days
famciclovir 125 mg tablet	1	QL 60 / 30 days
famciclovir 250 mg tablet	1	QL 90 / 30 days
famciclovir 500 mg tablet	1	QL 120 / 30 days
LAGEVRIO (EUA)	2	QPD $0 8.0 per day
ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)	1	
valacyclovir hcl 1000 mg tablet	1	QL 120 / 30 days
valacyclovir hcl 500 mg tablet	1	QL 90 / 30 days
valganciclovir hcl 50 mg/ml soln recon	3	CC PA QPD 36.0 per day
valganciclovir hcl 450 mg tablet	3	CC PA QPD 4.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
VEMLIDY	2	
ANXIOLYTICS, SEDATIVES AND HYPNOTICS		
ANXIOLYTICS,SEDATIVES,AND HYPNOTICS,MISC		
hydroxyzine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)	1	
hydroxyzine pamoate (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)	1	
BARBITURATES (ANXIOLYTIC, SEDATIVE/HYP)		
butalb/acetaminophen/caffeine 50-325-40 tablet	3	CC PA QPD 2.0 per day
phenobarbital (15 mg tablet, 16.2 mg tablet, 30 mg tablet, 32.4 mg tablet, 60 mg tablet, 64.8 mg tablet, 97.2mg tablet, 100 mg tablet)	1	
BENZODIAZEPINES (ANXIOLYTIC,SEDATIV/HYP)		
chlordiazepoxide hcl	1	QL 120 / 30 days
diazepam (2.5 mg kit, 5-7.5-10mg kit, 12.5-15-20 kit)	1	QL 3 / 365 days
diazepam (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	QL 120 / 30 days
lorazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	1	QL 90 / 30 days
lorazepam 2 mg tablet	1	QL 150 / 30 days
NAYZILAM	2	QL 3 / 365 days
temazepam	1	QL 30 / 30 days
VALTOCO	2	QL 3 / 365 days
MELATONIN RECEPTOR AGONISTS		
ramelteon	3	QL 30 / 30 days CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
NON-BENZODIAZEPINE ANXIOLYTICS		
buspirone hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 30 mg tablet)	1	
NON-BENZODIAZEPINE HYPNOTICS		
eszopiclone (2 mg tablet, 3 mg tablet)	3	QL 30 / 30 days CC ST
eszopiclone 1 mg tablet	1	QL 30 / 30 days
zaleplon	1	QL 30 / 30 days
zolpidem tartrate 10 mg tablet	1	QL 30 / 30 days ST
zolpidem tartrate 5 mg tablet	1	QL 30 / 30 days
zolpidem tartrate (6.25 mg tab mphase, 12.5 mg tab mphase)	3	QL 30 / 30 days CC ST
AUTONOMIC DRUGS PARASYMPATHOMIMETIC (CHOLINERGIC AGENTS)		
bethanechol chloride (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)	1	
cevimeline hcl	1	QL 90 / 30 days
donepezil hcl (5 mg tab rapdis, 5 mg tablet, 10 mg tab rapdis, 10 mg tablet, 23 mg tablet)	1	
galantamine hbr (4 mg tablet, 4 mg/ml solution, 8 mg cap24h pel, 8 mg tablet, 12 mg tablet, 16 mg cap24h pel, 24 mg cap24h pel)	1	
pilocarpine hcl 5 mg tablet	1	QL 180 / 30 days

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
pilocarpine hcl 7.5 mg tablet	1	QL 120 / 30 days
pyridostigmine bromide (60 mg tablet, 60 mg/5 ml solution, 180 mg tablet er)	1	
rivastigmine	1	
rivastigmine tartrate	1	
SMOKING CESSATION AGENTS		
NICOTROL	3	CC PA QPD 16.8 per day $0
NICOTROL NS	3	CC PA QPD 4.0 per day $0
varenicline tartrate 0.5 (11)-1 tab ds pk	1	QL 53 / 28 days $0
varenicline tartrate (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	1	$0
BETA-ADRENERGIC AGONISTS SELECTIVE BETA-2-ADRENERGIC AGONISTS		
albuterol sulfate 90 mcg hfa aer ad	1	QPD 1.2 per day
albuterol sulfate 5 mg/ml solution	1	QPD 3.4 per day
albuterol sulfate (2 mg tablet, 4 mg tablet)	1	QPD 4.0 per day
albuterol sulfate (0.63mg/3ml vial-neb, 1.25mg/3ml vial-neb, 2.5 mg/0.5 vial-neb)	1	
albuterol sulfate 2.5 mg/3ml vial-neb	1	QPD 18.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
BREYNA	1	QPD 0.7 per day
budesonide/formoterol fumarate	1	QPD 0.7 per day
fluticasone propionate/salmeterol xinafoate (propion/salmeterol 55-14 mcg aer pow ba, propion/salmeterol 113-14 mcg aer pow ba, propion/salmeterol 232-14 mcg aer pow ba)	1	QPD 0.04 per day
fluticasone propionate/salmeterol xinafoate (propion/salmeterol 100-50 mcg blst w/dev, propion/salmeterol 250-50 mcg blst w/dev, propion/salmeterol 500-50 mcg blst w/dev)	1	QPD 2.0 per day
levalbuterol hcl (0.63mg/3ml vial-neb, 1.25mg/3ml vial-neb)	3	ST QPD 12.0 per day
levalbuterol hcl 0.31mg/3ml vial-neb	3	ST QPD 8.0 per day
levalbuterol hcl 1.25mg/0.5 vial-neb	3	ST QPD 5.0 per day
levalbuterol tartrate	3	ST QPD 1.0 per day
STRIVERDI RESPIMAT	2	QPD 0.15 per day
terbutaline sulfate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)	1	
WIXELA INHUB	1	QPD 2.0 per day
BLOOD FORMATION, COAGULATION, THROMBOSIS BLOOD FORM.,COAG,THROMBOSIS AGENTS MISC.		
OXBRYTA 500 MG TABLET	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
HEMATOPOIETIC AGENTS		
eltrombopag olamine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)	3	CC PA QPD 1.0 per day
FYLNETRA	3	CC PA QPD 0.08 per day
JESDUVROQ	3	CC PA
plerixafor	3	CC PA
RELEUKO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE	3	CC PA QPD 0.25 per day
RELEUKO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE	3	CC PA QPD 0.4 per day
RELEUKO 300 MCG/ML VIAL	3	CC PA QPD 0.5 per day
RELEUKO 480 MCG/1.6 ML VIAL	3	CC PA QPD 0.8 per day
RETACRIT (2,000 UNIT/ML VIAL, 3,000 UNIT/ML VIAL, 4,000 UNIT/ML VIAL, 10,000 UNIT/ML VIAL, 20,000 UNIT/ML VIAL, 40,000 UNIT/ML VIAL)	3	CC PA QPD 0.43 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
RETACRIT 20,000 UNIT/2 ML VIAL	3	CC PA QPD 0.86 per day
HEMORRHEOLOGIC AGENTS		
pentoxifylline 400 mg tablet er	1	QL 90 / 30 days
CALCINEURIN INHIBITORS (90:28) CALCINEURIN INHIBITORS, MISC (90:28)		
cyclosporine, modified (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)	1	
tacrolimus (0.5 mg capsule, 1 mg capsule, 5 mg capsule)	1	
CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS DIHYDROPYRIDINES		
amlodipine besylate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	
amlodipine besylate/benazepril hcl	1	
amlodipine besylate/valsartan	1	
felodipine	1	
nifedipine (30 mg tab er 24, 30 mg tablet er, 60 mg tab er 24, 60 mg tablet er, 90 mg tab er 24, 90 mg tablet er)	1	
CARDIAC DRUGS CARDIAC DRUGS, MISCELLANEOUS		
ranolazine	3	ST
CARDIOTONIC AGENTS		
DIGITEK	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
digoxin (50 mcg/ml solution, 125 mcg tablet, 250 mcg tablet)	1	
CARDIOVASCULAR DRUGS ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
doxazosin mesylate (1 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet)	1	
prazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule)	1	
terazosin hcl	1	
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
atenolol (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	1	
atenolol/chlorthalidone	1	
bisoprolol fumarate (5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	
bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide	1	
carvedilol	1	
labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet)	1	
metoprolol succinate	1	
metoprolol tartrate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	1	
propranolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg cap sa 24h, 60 mg tablet, 80 mg cap sa 24h, 80 mg tablet, 120 mg cap sa 24h, 160 mg cap sa 24h)	1	
SOTALOL AF	1	
sotalol hcl (80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet, 240 mg tablet)	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
CARDIOVASCULAR DRUGS, NSAID ANTI-INFL		
colchicine (0.6 mg capsule, 0.6 mg tablet)	1	QL 60 / 30 days
CENTRAL ALPHA-AGONISTS		
clonidine (0.2mg/24hr patch tdwk, 0.3mg/24hr patch tdwk)	1	QL 8 / 28 days
clonidine 0.1mg/24hr patch tdwk	1	QL 4 / 28 days
clonidine hcl (0.1 mg tab er 12h, 0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet)	1	
guanfacine hcl (1 mg tab er 24h, 1 mg tablet, 2 mg tab er 24h, 2 mg tablet, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)	1	
methyldopa	1	
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS(ALS) AGENT		
riluzole	1	
ANTIMANIC AGENTS		
lithium carbonate (150 mg capsule, 300 mg capsule, 300 mg tablet, 300 mg tablet er, 450 mg tablet er, 600 mg capsule)	1	
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISC.		
carbidopa 25 mg tablet	1	
memantine hcl (2 mg/ml solution, 5 mg tablet, 5 mg-10 mg tab ds pk, 7 mg cap spr 24, 10 mg tablet, 14 mg cap spr 24, 21 mg cap spr 24, 28 mg cap spr 24)	1	
memantine hcl/donepezil hcl	1	
NAMENDA XR TITRATION PACK	2	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
NAMZARIC (7 MG-10 MG CAPSULE, TITRATION PACK)	2	
NUEDEXTA	3	CC PA QPD 2.0 per day
OPIOID ANTAGONISTS (28:10)		
KLOXXADO	2	
naloxone hcl (0.4 mg/ml cartridge, 0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 1 mg/ml syringe, 4 mg spray)	1	
naltrexone hcl 50 mg tablet	1	
OPVEE	2	
VIVITROL	2	
VESICULAR MONOAMINE TRANSPORT2 INHIBITOR		
AUSTEDO	3	QL 120 / 30 days CC PA QPD 4.0 per day
INGREZZA	3	CC PA QPD 1.0 per day
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	3	CC PA QPD 1.0 per day
tetrabenazine	3	CC PA QPD 4.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
CEPHALOSPORIN ANTIBIOTICS 1ST GENERATION CEPHALOSPORIN ANTIBIOTICS		
cefadroxil 500 mg capsule	1	
cephalexin (250 mg capsule, 500 mg capsule)	1	
2ND GENERATION CEPHALOSPORIN ANTIBIOTICS		
cefaclor (250 mg capsule, 500 mg capsule)	1	
cefprozil 125 mg/5ml susp recon	1	AL Up to 12 yrs old
cefprozil (250 mg tablet, 500 mg tablet)	1	
cefuroxime axetil	1	
3RD GENERATION CEPHALOSPORIN ANTIBIOTICS		
cefdinir 300 mg capsule	1	
cefixime 400 mg capsule	1	
cefpodoxime proxetil (100 mg tablet, 200 mg tablet)	1	
COMPLEMENT INHIBITORS (92:32) BRADYKININ RECEPTOR ANTAGONISTS		
icatibant acetate	3	CC PA QPD 3.0 per day
CONSTIPATION THERAPY CHLORIDE CHANNEL ACTIVATORS		
lubiprostone	3	CC PA QPD 2.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
GUANYLATE CYCLASE C (GCC) RECEPT AGONIST		
LINZESS	2	
OPIOID ANTAGONISTS (56:18)		
MOVANTIK	3	CC PA QPD 1.0 per day
SYMPROIC	3	CC PA QPD 1.0 per day
CYSTIC FIBROSIS (CFTR) MODULATORS CYSTIC FIBROSIS (CFTR) CORRECTORS		
ORKAMBI (100-125 MG GRANULE PKT, 150-188 MG GRANULE PKT)	3	CC PA QPD 2.0 per day
ORKAMBI (100 MG TABLET, 200 MG TABLET)	3	CC PA QPD 4.0 per day
SYMDEKO	3	CC PA QPD 2.0 per day
TRIKAFTA 100-50-75 MG/150 MG	3	CC PA QPD 3.0 per day
CYSTIC FIBROSIS (CFTR) POTENTIATORS		
KALYDECO (25 MG GRANULES PACKET, 50 MG GRANULES PACKET, 75 MG GRANULES PACKET, 150 MG TABLET)	3	CC PA QPD 2.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
DENTAL AGENTS NUTRITIONAL SUPPLEMENTS		
DENTA 5000 PLUS	1	
DENTAGEL	1	
fluoride (sodium) (1.1 % cream (g), 1.1 % gel (gram))	1	
FRAICHE 5000	1	
SF	1	
SF 5000 PLUS	1	
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS	1	
DEPIGMENTING AND PIGMENTING AGENTS PIGMENTING AGENTS		
methoxsalen 10 mg cap lq rap	1	QL 12 / 28 days
DEVICES		
blood-glucose meter,continuous	3	QL 1 / 365 days CC PA
blood-glucose sensor	3	QL 3 / 30 days CC PA
compressor, for nebulizer	2	QL 2 / 365 days
diabetic needles	1	
diabetic syringes	1	
flash glucose scanning reader	3	QL 1 / 365 days CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
flash glucose sensor	3	QL 3 / 30 days CC PA
inhaler, assist devices	2	QL 2 / 365 days
inhaler,assist device,accesory each	2	QL 2 / 365 days
inhaler,assist device with large mask	2	QL 2 / 365 days
inhaler,assist device with medium mask	2	QL 2 / 365 days
inhaler,assist device with small mask	2	QL 2 / 365 days
mucus clearing device	2	QL 2 / 365 days
nasal exhalation resistanc.dev each	2	QL 2 / 365 days
nebulizer	2	QL 2 / 365 days
nebulizer and compressor	2	QL 2 / 365 days
peak flow meter	2	QL 2 / 365 days
peak flow meter/inhaler, assist devices	2	QL 2 / 365 days
spirometers and accessories	2	QL 2 / 365 days
DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUGS DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMAT DRUGS MISC		
ORENCIA (50 MG/0.4 ML SYRINGE, 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE, 125 MG/ML SYRINGE)	3	CC PA QPD 0.15 per day
ORENCIA CLICKJECT	3	CC PA QPD 0.15 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
MONOCARBOXYLIC ACID AMIDE AGENTS		
leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	
DIURETICS LOOP DIURETICS (40:28)		
bumetanide (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet)	1	
furosemide (10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 40mg/5ml solution, 80 mg tablet)	1	
torsemide	1	
OSMOTIC DIURETICS		
urea 40 % cream (g)	1	QL 198.4 / 30 days
POTASSIUM-SPARING DIURETICS		
amiloride hcl	1	
triamterene/hydrochlorothiazide (triamterene/hydrochlorothiazid 37.5-25 mg capsule, triamterene/hydrochlorothiazid 37.5-25 mg tablet, triamterene/hydrochlorothiazid 75 mg-50mg tablet)	1	
THIAZIDE DIURETICS		
hydrochlorothiazide (12.5 mg capsule, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)	1	
THIAZIDE-LIKE DIURETICS		
chlorthalidone	1	
indapamide	1	
metolazone	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS		
ERGOT-DERIV. DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS		
bromocriptine mesylate (2.5 mg tablet, 5 mg capsule)	1	
cabergoline	1	
NONERGOT-DERIV.DOPAMINE RECEPTOR AGONIST		
pramipexole di-hcl (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet)	1	
ropinirole hcl (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet)	1	
ELECTROLYTIC, CALORIC, AND WATER BALANCE		
ALKALINIZING AGENTS		
potassium citrate	1	QL 120 / 30 days
AMMONIA DETOXICANTS		
CONSTULOSE	1	
ENULOSE	1	
GENERLAC	1	
lactulose	1	
sodium phenylbutyrate 0.94 g/g powder	1	
IRRIGATING SOLUTIONS		
sodium chloride for inhalation (0.9 % vial-neb, 3 % vial-neb, 7 % vial-neb)	1	
REPLACEMENT PREPARATIONS		
KLOR-CON M10	1	
KLOR-CON M20	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
potassium chloride (8 capsule er, 8 tablet er, 10 capsule er, 10 tab er prt, 10 tablet er, 20 tab er prt, 20 tablet er)	1	
URICOSURIC AGENTS		
probenecid	1	
EMOLLIENTS, DEMULCENTS, AND PROTECTANTS BASIC LOTIONS AND LINIMENTS		
ammonium lactate 12 % lotion	1	
BASIC OINTMENTS AND PROTECTANTS		
ammonium lactate 12 % cream (g)	1	
calcipotriene (0.005 % cream (g), 0.005 % oint. (g), 0.005 % solution)	1	QL 60 / 30 days
nitroglycerin 0.4% (w/w) oint. (g)	3	QL 30 / 30 days CC PA
SANTYL	2	QL 30 / 30 days
ENZYMES ENZYME COFACTORS/CHAPERONES		
nitisinone (2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)	3	CC PA
nitisinone 20 mg capsule	3	CC PA
ENZYME INHIBITORS		
CERDELGA	3	CC PA QPD 2.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
miglustat	3	CC PA QPD 3.0 per day
OPFOLDA	3	CC PA QPD 0.3 per day
YARGESA	3	CC PA QPD 3.0 per day
ESTROGENS AND ANTIESTROGENS ESTROGEN AGONIST-ANTAGONISTS		
CLOMID	3	CC PA
clomiphene citrate 50 mg tablet	3	CC PA
raloxifene hcl	1	$0
SOLTAMOX	3	CC PA
tamoxifen citrate (10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	$0
toremifene citrate	3	CC PA
ESTROGENS		
CLIMARA PRO	2	QL 4 / 28 days
COMBIPATCH	2	QL 8 / 28 days
DEPO-ESTRADIOL	2	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
DOTTI (0.0375 MG PATCH, 0.05 MG PATCH, 0.075 MG PATCH, 0.1 MG PATCH)	1	QL 24 / 84 days
DOTTI 0.025 MG PATCH	1	
estradiol 1.25 g gel md pmp	1	QL 50 / 30 days
estradiol (.0375mg/24 patch tdsw, 0.05mg/24h patch tdsw, .075mg/24h patch tdsw, 0.1mg/24hr patch tdsw)	1	QL 24 / 84 days
estradiol (.025mg/24h patch tdwk, .0375mg/24 patch tdwk, 0.05mg/24h patch tdwk, 0.06mg/24h patch tdwk, .075mg/24h patch tdwk, 0.1mg/24hr patch tdwk)	1	QL 4 / 28 days
estradiol (0.01 % cream/appl, .025mg/24h patch tdsw, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg tablet)	1	
estradiol valerate (10 mg/ml vial, 20 mg/ml vial, 40 mg/ml vial)	1	QL 10 / 90 days
ESTRING	3	QL 1 / 90 days ST
FYAVOLV 1 MG-5 MCG TABLET	1	
JINTELI	1	
LYLLANA (0.0375 MG PATCH, 0.05 MG PATCH, 0.075 MG PATCH, 0.1 MG PATCH)	1	QL 24 / 84 days
LYLLANA 0.025 MG PATCH	1	
MENOSTAR	2	
norethindrone ac-eth estradiol 1mg-5mcg tablet	1	
PREMARIN VAGINAL CREAM-APPL	3	ST
PREMARIN (0.3 MG TABLET, 0.45 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 0.9 MG TABLET, 1.25 MG TABLET)	2	
PREMPHASE	2	
PREMPRO	2	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
YUVAFEM	1	
EYE, EAR, NOSE AND THROAT (EENT) PREPS.		
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (EENT)		
cyclosporine 0.05 % droperette	3	CC PA QPD 2.0 per day
ANTIALLERGIC AGENTS		
azelastine hcl 0.05 % drops	1	
azelastine hcl 137 mcg spray/pump	1	QL 30 / 30 days
cromolyn sodium 4 % drops	1	
olopatadine hcl (0.1 % drops, 0.2 % drops)	3	CC ST QPD 0.17 per day
EENT DRUGS, MISCELLANEOUS		
ipratropium bromide (21 mcg spray, 42 mcg spray)	1	
LOCAL ANESTHETICS (EENT)		
lidocaine hcl 2 % solution	1	
proparacaine hcl 0.5 % drops	1	
MYDRIATICS		
atropine sulfate 1 % drops	1	
cyclopentolate hcl	1	
tropicamide 1 % drops	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
FIRST GENERATION ANTIHISTAMINES FIRST GEN. ANTIHIST. DERIVATIVES, MISC.		
cyproheptadine hcl 4 mg tablet	1	
PHENOTHIAZINE DERIVATIVES		
promethazine hcl (12.5 mg supp.rect, 12.5 mg tablet, 25 mg supp.rect, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 50 mg/ml ampul)	1	
promethazine hcl 50 mg/ml vial	1	AL At least 2 yrs old
PROMETHEGAN (12.5 MG SUPPOS, 25 MG SUPPOSITORY)	1	
GASTROINTESTINAL DRUGS ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (GI DRUGS)		
alosetron hcl	3	CC PA QPD 2.0 per day
balsalazide disodium	1	
mesalamine (1.2 g tablet dr, 4 g/60 ml enema, 1000 mg supp.rect)	1	
mesalamine 800 mg tablet dr	3	ST
ANTIDIARRHEA AGENTS		
diphenoxylate hcl/atropine 2.5-.025mg tablet	1	
loperamide hcl 2 mg capsule	1	QL 30 / 30 days
VIBERZI	3	CC PA QPD 2.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
CATHARTICS AND LAXATIVES		
GAVILYTE-C	1	C $0 $0 copay for age 45-75
GAVILYTE-G	1	C $0 $0 copay for age 45-75
peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride	1	C $0 $0 copay for age 45-75
peg 3350/sodium sulfate/sod chloride/kcl/ascorbate sod/vit c	1	C $0 $0 copay for age 45-75
sodium chloride/sodium bicarbonate/potassium chloride/peg	1	C $0 $0 copay for age 45-75
sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate	1	C $0 $0 copay for age 45-75
CHOLELITHOLYTIC AGENTS		
IQIRVO	3	CC PA QPD 1.0 per day
LIVDELZI	3	CC PA QPD 1.0 per day
OCALIVA	3	CC PA QPD 1.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)	1	
DIGESTANTS		
CREON	2	
ZENPEP	2	
GI DRUGS, MISCELLANEOUS		
dronabinol	3	CC PA QPD 3.0 per day
PROKINETIC AGENTS		
metoclopramide hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	
GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS ANTIMUSCARINICS		
oxybutynin chloride (5 mg tab er 24, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml syrup, 10 mg tab er 24, 15 mg tab er 24)	1	
solifenacin succinate	3	QL 90 / 90 days ST QPD 1.0 per day
tolterodine tartrate (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)	3	QL 30 / 30 days CC ST QPD 1.0 per day
tolterodine tartrate (1 mg tablet, 2 mg tablet)	3	QL 60 / 30 days CC ST QPD 2.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
trospium chloride 60 mg cap er 24h	3	QL 30 / 30 days CC ST QPD 1.0 per day
trospium chloride 20 mg tablet	3	QL 60 / 30 days CC ST QPD 2.0 per day
GOLD COMPOUNDS		
auranofin	1	
GONADOTROPINS AND ANTIGONADOTROPINS ANTIGONADTROPINS		
ORGOVYX	3	CC PA
ORIAHNN	3	CC PA QPD 2.0 per day
ORILISSA 150 MG TABLET	3	CC PA QPD 1.0 per day
ORILISSA 200 MG TABLET	3	CC PA QPD 2.0 per day
GONADOTROPINS		
ELIGARD	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
leuprolide acetate (1 mg/0.2ml kit, 1 mg/0.2ml vial, 22.5 mg vial)	3	CC PA
LUPRON DEPOT (DEPOT-4 MONTH KIT, DEPOT 7.5 MG KIT, DEPOT 22.5 MG 3MO KIT, DEPOT 45 MG 6MO KIT)	3	CC PA
LUPRON DEPOT 11.25 MG 3MO KIT	3	QL 1 / 90 days CC PA
LUPRON DEPOT 3.75 MG KIT	3	QL 1 / 30 days CC PA
HCV ANTIVIRALS HCV POLYMERASE INHIBITOR ANTIVIRALS		
sofosbuvir/velpatasvir	3	QL 28 / 28 days CC PA
VOSEVI	3	QL 28 / 28 days CC PA
HCV PROTEASE INHIBITOR ANTIVIRALS		
MAVYRET (50-20 MG PELLET PACKET, 100-40 MG TABLET)	3	QL 84 / 28 days CC PA
HEAVY METAL ANTAGONISTS		
CHEMET	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
deferasirox (90 mg gran pack, 90 mg tablet, 125 mg tab disper, 180 mg gran pack, 180 mg tablet, 250 mg tab disper, 360 mg gran pack, 360 mg tablet, 500 mg tab disper)	3	CC PA
HORMONES AND SYNTHETIC SUBSTITUTES ADRENALS		
ARNUITY ELLIPTA	2	QPD 2.0 per day
ASMANEX	2	QPD 0.07 per day
ASMANEX HFA	2	QPD 0.9 per day
budesonide (0.25mg/2ml ampul-neb, 0.5 mg/2ml ampul-neb)	1	QPD 4.0 per day
budesonide 3 mg capdr - er	1	
deflazacort (6 mg tablet, 18 mg tablet, 22.75mg/ml oral susp, 30 mg tablet, 36 mg tablet)	3	CC PA
dexamethasone (0.5 mg tablet, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet)	1	
DEXAMETHASONE INTENSOL	1	
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % drops	1	
fludrocortisone acetate 0.1 mg tablet	1	
fluticasone propionate (110 mcg aer w/adap, 220 mcg aer w/adap)	1	QPD 0.8 per day
fluticasone propionate 44 mcg aer w/adap	1	QPD 0.71 per day
fluticasone propionate (50 mcg blst w/dev, 100 mcg blst w/dev, 250 mcg blst w/dev)	1	QPD 4.0 per day
hydrocortisone (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ISTURISA 1 MG TABLET	3	CC C Up to 60 mg per day allowed across all tablet strengths. PA QPD 8.0 per day
ISTURISA 5 MG TABLET	3	CC C Up to 60 mg per day allowed across all tablet strengths. PA QPD 12.0 per day
MEDROL 2 MG TABLET	2	
methylprednisolone (4 mg tab ds pk, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tablet, 32 mg tablet)	1	
prednisolone	1	
prednisone (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tab ds pk, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tab ds pk, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 50 mg tablet)	1	
PREDNISONE INTENSOL	1	
PULMICORT FLEXHALER	2	QPD 0.07 per day
QVAR REDIHALER	2	QPD 0.8 per day
ANDROGENS		
danazol (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule)	1	
KYZATREX	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
METHITEST	2	
testosterone (12.5/1.25g gel md pmp, 50 mg (1%) gel (gram))	3	QL 150 / 30 days CC PA
testosterone (1.25g-1.62 gel packet, 2.5g-1.62% gel packet, 20.25/1.25 gel md pmp)	3	QL 75 / 30 days CC PA
testosterone 25mg(1%) gel packet	3	QL 225 / 30 days CC PA
testosterone 50 mg (1%) gel packet	3	QL 300 / 30 days CC PA
testosterone cypionate (100 mg/ml vial, 200 mg/ml vial)	1	QL 5 / 30 days
testosterone enanthate	1	QL 5 / 30 days
CONTRACEPTIVES		
AFIRMELLE	1	$0
ALTAVERA	1	$0
ALYACEN	1	$0
AMETHIA	1	$0
AMETHYST	1	$0
ANNOVERA	2	$0
APRI	1	$0
ARANELLE	1	$0

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ASHLYNA	1	$0
AUBRA	1	$0
AUBRA EQ	1	$0
AUROVELA	1	$0
AUROVELA 24 FE	1	$0
AUROVELA FE	1	$0
AVERI	2	$0
AVIANE	1	$0
AYUNA	1	$0
AZURETTE	1	$0
BALZIVA	1	$0
BLISOVI 24 FE	1	$0
BLISOVI FE	1	$0
BRIELLYN	1	$0
CAMILA	1	$0
CAMRESE	1	$0
CAMRESE LO	1	$0
CAZIANT	1	$0
CHARLOTTE 24 FE	1	$0
CHATEAL EQ	1	$0
CRYSELLE	1	$0
CYRED	1	$0
CYRED EQ	1	$0

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
DASETTA	1	$0
DAYSEE	1	$0
DEBLITANE	1	$0
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol	1	$0
DOLISHALE	1	$0
drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium	1	$0
ELINEST	1	$0
ELLA	2	$0
ELURYNG	1	$0
EMZAHH	1	$0
ENILLORING	1	$0
ENPRESSE	1	$0
ENSKYCE	1	$0
ERRIN	1	$0
ESTARYLLA	1	$0
ethinyl estradiol/drospirenone	1	$0
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol	1	$0
etonogestrel/ethinyl estradiol	1	$0
FALMINA	1	$0
FEIRZA	1	$0
FEMLYV	1	$0
FINZALA	1	$0
GALBRIELA	1	$0

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
GEMMILY	1	$0
HAILEY	1	$0
HAILEY 24 FE	1	$0
HAILEY FE	1	$0
HALOETTE	1	$0
HEATHER	1	$0
ICLEVIA	1	$0
INCASSIA	1	$0
ISIBLOOM	1	$0
JAIMIESS	1	$0
JASMIEL	1	$0
JENCYCLA	1	$0
JOLESSA	1	$0
JOYEAUX	1	$0
JULEBER	1	$0
JUNEL	1	$0
JUNEL FE	1	$0
JUNEL FE 24	1	$0
KAITLIB FE	1	$0
KALLIGA	1	$0
KARIVA	1	$0
KELNOR 1-35	1	$0
KELNOR 1-50	1	$0

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
KURVELO	1	$0
LARIN	1	$0
LARIN 24 FE	1	$0
LARIN FE	1	$0
LAYOLIS FE	1	$0
LEENA	1	$0
LESSINA	1	$0
LEVONEST	1	$0
levonorgestrel/ethinyl estradiol (levonorgestrel/ethin.estradiol 0.1-0.02mg tablet, levonorgestrel/ethin.estradiol 0.15-0.03 tablet, levonorgestrel/ethin.estradiol 0.15-0.03 tbdspk 3mo, levonorgestrel/ethin.estradiol 6-5-10 tablet, levonorgestrel/ethin.estradiol 90-20 mcg tablet)	1	$0
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol	1	$0
levonorgestrel/ethinyl estradiol/iron	1	$0
LEVORA-28	1	$0
LO LOESTRIN FE	2	$0
LO-ZUMANDIMINE	1	$0
LOESTRIN	1	$0
LOESTRIN FE 1.5-30 TABLET	1	$0
LOJAIMIESS	1	$0
LORYNA	1	$0
LOW-OGESTREL	1	$0
LUTERA	1	$0

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
LYLEQ	1	$0
LYZA	1	$0
MARLISSA	1	$0
MELEYA	1	$0
MERZEE	1	$0
MIBELAS 24 FE	1	$0
MICROGESTIN	1	$0
MICROGESTIN FE	1	$0
MILI	1	$0
MINZOYA	1	$0
MONO-LINYAH	1	$0
NATAZIA	2	$0
NECON	1	$0
NEXTSTELLIS	2	$0
NIKKI	1	$0
NORA-BE	1	$0
norelgestromin/ethinyl estradiol	1	$0
norethindrone 0.35 mg tablet	1	$0
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (1mg-20mcg tablet, 1.5-0.03mg tablet)	1	$0
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (1mg-20(21) tablet, 1mg-20(24) capsule, 1mg-20(24) tab chew, 1.5-30(21) tablet, 5-7-9-7 tablet)	1	$0
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate	1	$0

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
norgestimate-ethinyl estradiol (0.25-0.035 tablet, 7daysx3 28 tablet, 7daysx3 lo tablet)	1	$0
NORTREL	1	$0
NYLIA	1	$0
NYMYO	1	$0
OCELLA	1	$0
ORQUIDEA	1	$0
PHILITH	1	$0
PIMTREA	1	$0
PORTIA	1	$0
RECLIPSEN	1	$0
RIVELSA	1	$0
ROSYRAH	1	$0
SETLAKIN	1	$0
SHAROBEL	1	$0
SIMLIYA	1	$0
SIMPESSE	1	$0
SLYND	2	$0
SPRINTEC	1	$0
SRONYX	1	$0
SYEDA	1	$0
TARINA 24 FE	1	$0
TARINA FE	1	$0

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
TARINA FE 1-20 EQ	1	$0
TAYSOFY	1	$0
TILIA FE	1	$0
TRI-ESTARYLLA	1	$0
TRI-LEGEST FE	1	$0
TRI-LINYAH	1	$0
TRI-LO-ESTARYLLA	1	$0
TRI-LO-MARZIA	1	$0
TRI-LO-MILI	1	$0
TRI-LO-SPRINTEC	1	$0
TRI-MILI	1	$0
TRI-NYMYO	1	$0
TRI-SPRINTEC	1	$0
TRI-VYLIBRA	1	$0
TRI-VYLIBRA LO	1	$0
TRIVORA-28	1	$0
TULANA	1	$0
TURQOZ	1	$0
TWIRLA	2	$0
TYDEMY	1	$0
VALTYA	1	$0
VELIVET	2	$0
VESTURA	1	$0

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
VIENVA	1	$0
VIORELE	1	$0
VOLNEA	1	$0
VYFEMLA	1	$0
VYLIBRA	1	$0
WERA	1	$0
WYMZYA FE	1	$0
XARAH FE	1	$0
XELRIA FE	1	$0
XULANE	1	$0
ZAFEMY	1	$0
ZARAH	1	$0
ZOVIA 1-35	1	$0
ZUMANDIMINE	1	$0
PITUITARY		
desmopressin acetate 10/spray spray/pump	1	QPD 0.5 per day
desmopressin acetate (0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet)	1	
desmopressin acetate (non-refrigerated)	1	QPD 0.5 per day
PROGESTINS		
CRINONE 8% GEL	3	CC PA
DEPO-SUBQ PROVERA 104	2	$0
ENDOMETRIN	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
GALLIFREY	1	
medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	
medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml syringe, 150 mg/ml vial)	1	$0
megestrol acetate (20 mg tablet, 40 mg tablet, 400mg/10ml oral susp)	1	
norethindrone acetate 5 mg tablet	1	
progesterone, micronized (100 mg capsule, 200 mg capsule)	1	QL 30 / 30 days
IMMUNOMODULATORY AGENTS (90:00)		
COMPLEMENT INHIBITOR AGENTS (90:20)		
TAVNEOS	3	CC PA QPD 6.0 per day
INSULINS		
LONG-ACTING INSULINS		
insulin degludec (100/ml (3) insuln pen, 100/ml vial, 200/ml (3) insuln pen)	3	CC ST
insulin glargine,human recombinant analog (100/ml (3) insuln pen, 100/ml vial)	1	
insulin glargine-yfgn (100/ml (3) insuln pen, 100/ml vial)	1	
REZVOGLAR KWIKPEN	1	
RAPID-ACTING INSULINS		
ADMELOG	2	
ADMELOG SOLOSTAR	2	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
insulin aspart protamine human/insulin aspart (art prot/insuln 70-30/ml insuln pen, art prot/insuln 70-30/ml vial)	1	
insulin lispro (100/ml insuln pen, 100/ml vial)	1	
insulin lispro protamine and insulin lispro	1	
SHORT-ACTING INSULINS		
HUMULIN R U-500	3	ST
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	ST
INTERLEUKIN-MEDIATED AGENTS INTERLEUKIN-MEDIATED AGENTS, MISC		
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	3	CC PA QPD 0.13 per day
ACTEMRA ACTPEN	3	CC PA QPD 0.13 per day
COSENTYX (2 SYRINGES)	3	CC PA QPD 0.08 per day
COSENTYX SENSOREADY (2 PENS)	3	CC PA QPD 0.08 per day
COSENTYX SENSOREADY PEN	3	CC PA QPD 0.08 per day
COSENTYX SYRINGE	3	CC PA QPD 0.08 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
COSENTYX UNOREADY PEN	3	CC PA QPD 0.08 per day
STELARA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	3	CC PA QPD 0.018 per day
ION-REMOVING AGENTS		
PHOSPHATE-REMOVING AGENTS		
calcium acetate	1	
lanthanum carbonate	3	CC PA QPD 3.0 per day
sevelamer carbonate 0.8 g powd pack	3	CC PA QPD 6.0 per day
sevelamer carbonate 2.4 g powd pack	3	CC PA QPD 3.0 per day
sevelamer carbonate 800 mg tablet	1	
sevelamer hcl	3	CC PA QPD 9.0 per day
POTASSIUM-REMOVING AGENTS		
LOKELMA	2	QL 35 / 30 days
sodium polystyrene sulfonate	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
SPS 15 GM/60 ML SUSPENSION	2	
VELTASSA (8.4 GM POWDER PACKET, 16.8 GM POWDER PACKET, 25.2 GM POWDER PACKET)	3	ST
JANUS KINASE INHIBITORS (90:24)		
JANUS KINASE INHIBITORS, MISCELLANEOUS		
OLUMIANT	3	CC PA QPD 1.0 per day
XELJANZ (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	3	CC PA QPD 2.0 per day
XELJANZ XR	3	CC PA QPD 1.0 per day
KALLIKREIN-KININ SYSTEM INHIBITORS		
KALLIKREIN		
ORLADEYO	3	CC PA QPD 1.0 per day
TAKHZYRO 300 MG/2 ML VIAL	3	CC PA QPD 0.15 per day
MACROLIDE ANTIBIOTICS		
ERYTHROMYCIN ANTIBIOTICS		
ERYTHROCIN STEARATE	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
erythromycin base (250 mg capsule dr, 250 mg tablet, 250 mg tablet dr, 333 mg tablet dr, 500 mg tablet, 500 mg tablet dr)	1	
erythromycin ethylsuccinate 400 mg tablet	1	
OTHER MACROLIDE ANTIBIOTICS		
azithromycin (1 g packet, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 600 mg tablet)	1	
clarithromycin (250 mg tablet, 500 mg tablet)	1	
fidaxomicin	3	CC PA
MINERALOCORTICOID (ALDOSTERONE) ANTAGNTS STEROIDAL MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANT		
eplerenone	3	ST
spironolactone (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	1	
spironolactone/hydrochlorothiazide	1	
MISC. BETA-LACTAM ANTIBIOTICS MONOBACTAM ANTIBIOTICS		
CAYSTON	3	CC PA QPD 1.5 per day
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS 5-ALPHA-REDUCTASE INHIBITORS (92:04)		
dutasteride 0.5 mg capsule	1	
finasteride 5 mg tablet	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ANTIGOUT AGENTS		
allopurinol (100 mg tablet, 300 mg tablet)	1	
febuxostat	3	CC PA QPD 1.0 per day
BONE RESORPTION INHIBITORS		
alendronate sodium (5 mg tablet, 10 mg tablet, 35 mg tablet, 70 mg tablet)	1	
ibandronate sodium 150 mg tablet	1	
OTHER MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
betaine	1	
EVRYSDI 60 MG/80 ML(0.75MG/ML)	3	CC PA
glutamine 5 g powd pack	3	CC PA
levocarnitine 100 mg/ml solution	1	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml solution	1	
REZUROCK	3	CC PA
SKYCLARYS	3	CC PA QPD 3.0 per day
PROTECTIVE AGENTS		
dalfampridine 10 mg tab er 12h	3	CC PA QPD 2.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
MTOR INHIBITORS		
MTOR INHIBITORS, MISCELLANEOUS		
sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet)	1	
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
AMINO ACID POLYMERS		
glatiramer acetate 20 mg/ml syringe	3	CC PA QPD 1.0 per day
glatiramer acetate 40 mg/ml syringe	3	CC PA QPD 0.43 per day
GLATOPA 20 MG/ML SYRINGE	3	CC PA QPD 1.0 per day
GLATOPA 40 MG/ML SYRINGE	3	CC PA QPD 0.43 per day
ANTIMETABOLITES		
MAVENCLAD	3	CC PA
FUMARATES		
dimethyl fumarate (120 mg capsule dr, 240 mg capsule dr)	3	CC PA QPD 2.0 per day
dimethyl fumarate 120-240 mg capsule dr	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
INTERFERONS		
AVONEX (4 PACK)	3	CC PA QPD 0.08 per day
AVONEX PEN (4 PACK)	3	CC PA QPD 0.08 per day
BETASERON (0.3 MG KIT, 0.3 MG VIAL)	3	CC PA QPD 0.5 per day
EXTAVIA (0.3 MG KIT, 0.3 MG VIAL)	3	CC PA QPD 0.5 per day
REBIF	3	CC PA QPD 0.22 per day
REBIF REBIDOSE	3	CC PA
SPHINGOSINE 1-PHOSPHATE (S1P) AGENTS		
fingolimod hcl	3	CC PA QPD 1.0 per day
GILENYA 0.25 MG CAPSULE	3	CC PA QPD 1.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
NONHORMONAL CONTRACEPTIVES		
diaphragms	1	$0
PHEXXI	1	$0
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS CYCLOOXYGENASE-2 (COX-2) INHIBITORS		
celecoxib (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule, 400 mg capsule)	1	
REVERSIBLE COX-1/COX-2 INHIBITORS		
diclofenac potassium 50 mg tablet	1	
diclofenac sodium 1 % gel (gram)	1	QL 300 / 30 days
diclofenac sodium (25 mg tablet dr, 50 mg tablet dr, 75 mg tablet dr, 100 mg tab er 24h)	1	
diclofenac sodium/misoprostol	1	
etodolac (200 mg capsule, 300 mg capsule, 400 mg tab er 24h, 400 mg tablet, 500 mg tab er 24h, 500 mg tablet, 600 mg tab er 24h)	1	
flurbiprofen 100 mg tablet	1	
IBU	1	
ibuprofen (100 mg/5ml oral susp, 400 mg tablet, 600 mg tablet, 800 mg tablet)	1	
indomethacin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 50 mg supp.rect, 75 mg capsule er)	1	
ketorolac tromethamine 10 mg tablet	1	QL 20 / 30 days
meloxicam (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)	1	
nabumetone (500 mg tablet, 750 mg tablet)	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
naproxen (250 mg tablet, 375 mg tablet, 375 mg tablet dr, 500 mg tablet, 500 mg tablet dr)	1	
naproxen sodium (275 mg tablet, 550 mg tablet)	1	
oxaprozin	1	
piroxicam (10 mg capsule, 20 mg capsule)	1	
sulindac (150 mg tablet, 200 mg tablet)	1	
SALICYLATES		
aspirin/dipyridamole	1	QL 60 / 30 days
butalbital/aspirin/caffeine 50-325-40 tablet	3	CC PA QPD 2.0 per day
salsalate (500 mg tablet, 750 mg tablet)	1	
OXYTOCICS		
methylergonovine maleate 0.2 mg tablet	1	QL 30 / 30 days
mifepristone 200 mg tablet	1	HCR $0
PARATHYROID AND ANTIPARATHYROID AGENTS ANTIPARATHYROID AGENTS		
calcitonin,salmon,synthetic 200/spray spray/pump	1	
cinacalcet hcl	1	CC QPD 4.0 per day
PARATHYROID AGENTS		
teriparatide	3	CC PA QPD 0.083 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
TYMLOS	3	CC PA QPD 0.052 per day
PENICILLIN ANTIBIOTICS AMINOPENICILLIN ANTIBIOTICS		
amoxicillin (250 mg capsule, 500 mg capsule, 500 mg tablet, 875 mg tablet)	1	
amoxicillin/potassium clavulanate (amoxicillin/potassium 250-125 mg tablet, amoxicillin/potassium 500-125 mg tablet, amoxicillin/potassium 875-125 mg tablet, amoxicillin/potassium 1000-62.5 tab er 12h)	1	
ampicillin trihydrate	1	
NATURAL PENICILLIN ANTIBIOTICS		
penicillin v potassium (250 mg tablet, 500 mg tablet)	1	
PENICILLINASE-RESISTANT PENICILLINS		
dicloxacillin sodium	1	
PHOSPHODIESTERASE-4 INHIBITORS (90:24) PHOSPHODIESTERASE-4 INHIBITORS, MISC		
OTEZLA (10-20-30MG START 14 DAY, 10-20-30MG START 28 DAY, 30 MG TABLET)	3	CC PA QPD 2.0 per day
OTEZLA (10-20 MG STARTER 28 DAY, 20 MG TABLET)	3	CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYS. INHIB ANGIOTENSIN II RECEP ANTAGONIST/NEPROLYS		
sacubitril/valsartan	1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
irbesartan	1	
irbesartan/hydrochlorothiazide	1	
losartan potassium (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	1	
losartan potassium/hydrochlorothiazide	1	
olmesartan medoxomil	1	
telmisartan	1	
valsartan (40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet, 320 mg tablet)	1	
valsartan/hydrochlorothiazide	1	
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME INHIBITORS		
benazepril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	1	
benazepril hcl/hydrochlorothiazide	1	
captopril (12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	1	
enalapril maleate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	
enalapril maleate/hydrochlorothiazide	1	
lisinopril (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet, 40 mg tablet)	1	
lisinopril/hydrochlorothiazide	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
MINERALOCORTICOID (ALDOSTERONE) ANTAGNTS		
KERENDIA (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	3	CC PA QPD 1.0 per day
RESPIRATORY TRACT AGENTS ANTIFIBROTIC AGENTS		
pirfenidone 267 mg tablet	3	CC PA QPD 6.0 per day
pirfenidone 534 mg tablet	3	CC PA
pirfenidone 801 mg tablet	3	CC PA QPD 3.0 per day
ANTITUSSIVES		
benzonatate	1	
promethazine hcl/codeine 6.25-10/5 syrup	1	
promethazine hcl/dextromethorphan hbr	1	
MUCOLYTIC AGENTS		
PULMOZYME	3	CC PA QPD 2.5 per day
PHOSPHODIESTERASE TYPE 4 INHIBITORS		
roflumilast	3	CC PA QPD 1.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
VASODILATING AGENTS (RESPIRATORY TRACT)		
ADEMPAS	3	QL 90 / 30 days CC PA
ambrisentan	3	QL 30 / 30 days CC PA
treprostinil sodium	3	CC PA
TYVASO	3	CC PA QPD 2.9 per day
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	3	QL 81.2 / 28 days CC PA
TYVASO REFILL KIT	3	CC PA QPD 2.9 per day
TYVASO STARTER KIT	3	QL 81.2 / 28 days CC PA
UPTRAVI 200-800 TITRATION PACK	3	QL 200 / 28 days CC PA QPD 2.0 per day
UPTRAVI (400 MCG TABLET, 600 MCG TABLET, 800 MCG TABLET, 1,000 MCG TABLET, 1,200 MCG TABLET, 1,400 MCG TABLET, 1,600 MCG TABLET)	3	CC PA QPD 2.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
UPTRAVI 200 MCG TABLET	3	QL 140 / 28 days CC PA QPD 2.0 per day
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS CENTRALLY ACTING SKELETAL MUSCLE RELAXNT		
cyclobenzaprine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	QL 90 / 30 days
methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)	1	QL 120 / 30 days
tizanidine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet)	1	QL 90 / 30 days
GABA-DERIVATIVE SKELETAL MUSCLE RELAXANT		
baclofen (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS ANTIPROLIFERANTS		
fluorouracil 5 % cream (g)	1	QL 1 / 365 days
imiquimod 5 % cream pack	1	AL At least 12 yrs old
ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS		
lidocaine 5 % adh. patch	1	
lidocaine 5 % oint. (g)	1	QL 60 / 30 days
lidocaine/prilocaine 2.5 %-2.5% cream (g)	1	
phenazopyridine hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet)	1	
ASTRINGENTS (84:12)		
DRYSOL	2	QL 75 / 30 days

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
CELL STIMULANTS AND PROLIFERANTS		
tretinoin (0.025 % cream (g), 0.05 % cream (g), 0.1 % cream (g))	1	QL 20 / 30 days CC AL Up to 30 yrs old QPD 0.7 per day
tretinoin (0.01 % gel (gram), 0.025 % gel (gram))	1	QL 15 / 30 days CC AL Up to 30 yrs old QPD 0.5 per day
KERATOLYTIC AGENTS		
ACCUTANE	3	QL 60 / 30 days CC PA
acitretin	3	CC PA QPD 2.0 per day
adapalene 0.3 % gel (gram)	1	CC AL Up to 30 yrs old QPD 1.5 per day
AMNESTEEM	3	QL 60 / 30 days CC PA
CLARAVIS	3	QL 60 / 30 days CC PA
isotretinoin (10 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule, 30 mg capsule, 35 mg capsule, 40 mg capsule)	3	QL 60 / 30 days CC PA

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
podofilox 0.5 % solution	1	
ZENATANE	3	QL 60 / 30 days CC PA
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISC.		
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML PEN	3	CC PA QPD 0.09 per day
DUPIXENT 300 MG/2 ML PEN	3	CC PA QPD 0.15 per day
DUPIXENT 100 MG/0.67 ML SYRING	3	CC PA QPD 0.05 per day
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SYRING	3	CC PA QPD 0.09 per day
DUPIXENT 300 MG/2 ML SYRINGE	3	CC PA QPD 0.15 per day
SMOOTH MUSCLE RELAXANTS RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS		
theophylline anhydrous (300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 450 mg tab er 12h, 600 mg tab er 24h)	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
SOMATOSTATIN AGONISTS AND ANTAGONISTS SOMATOSTATIN AGONISTS		
MYCAPSSA	3	CC PA QPD 4.0 per day
octreotide acetate (100 mcg/ml ampul, 100 mcg/ml vial)	3	CC PA QPD 15.0 per day
octreotide acetate (500 mcg/ml ampul, 500 mcg/ml vial)	3	CC PA QPD 3.0 per day
octreotide acetate (50 mcg/ml syringe, 100 mcg/ml syringe, 500 mcg/ml syringe)	3	CC PA
octreotide acetate (50 mcg/ml ampul, 50 mcg/ml vial)	3	CC PA QPD 30.0 per day
octreotide acetate 1000mcg/ml vial	3	CC PA QPD 1.5 per day
octreotide acetate 200 mcg/ml vial	3	CC PA QPD 7.5 per day
SOMATOTROPIN AGONISTS AND ANTAGONISTS SOMATOTROPIN ANTAGONISTS		
SOMAVERT	3	CC PA QPD 1.0 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
SYMPATHOMIMETIC (ADRENERGIC) AGENTS		
ALPHA- AND BETA-ADRENERGIC AGONISTS		
epinephrine (0.15/0.15 auto injct, 0.15mg/0.3 auto injct, 0.3mg/0.3 auto injct)	1	QL 6 / 365 days
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
midodrine hcl	1	
THYROID AND ANTITHYROID AGENTS		
ANTITHYROID AGENTS		
methimazole (5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	
propylthiouracil 50 mg tablet	1	
THYROID AGENTS		
ADTHYZA (15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 60 MG TABLET, 90 MG TABLET, 120 MG TABLET)	2	
ARMOUR THYROID	2	
EUTHYROX	2	
LEVO-T	2	
levothyroxine sodium (13 mcg capsule, 25 mcg capsule, 25 mcg tablet, 50 mcg capsule, 50 mcg tablet, 75 mcg capsule, 75 mcg tablet, 88 mcg capsule, 88 mcg tablet, 100 mcg capsule, 100 mcg tablet, 112 mcg capsule, 112 mcg tablet, 125 mcg capsule, 125 mcg tablet, 137 mcg capsule, 137 mcg tablet, 150 mcg capsule, 150 mcg tablet, 175 mcg capsule, 175 mcg tablet, 200 mcg capsule, 200 mcg tablet, 300 mcg tablet)	1	
LEVOXYL	2	
liothyronine sodium (5 mcg tablet, 25 mcg tablet, 50 mcg tablet)	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
NIVA THYROID	2	
NP THYROID	2	
RENTHYROID	2	
SYNTHROID	2	
thyroid,pork (15 mg tablet, 30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet)	1	
TIROSINT (13 MCG CAPSULE, 25 MCG CAPSULE, 50 MCG CAPSULE, 75 MCG CAPSULE, 88 MCG CAPSULE, 100 MCG CAPSULE, 112 MCG CAPSULE, 125 MCG CAPSULE, 137 MCG CAPSULE, 150 MCG CAPSULE, 175 MCG CAPSULE, 200 MCG CAPSULE)	2	
TIROSINT (37.5 MCG CAPSULE, 44 MCG CAPSULE, 62.5 MCG CAPSULE)	2	
TIROSINT-SOL	2	
UNITHROID	2	
TUMOR NECROSIS FACTOR INHIBITORS		
TUMOR NECROSIS FACTOR INHIBITORS, MISC		
adalimumab-aaty (20mg/0.2ml syringekit, 40mg/0.4ml autoinjkit, 40mg/0.4ml syringekit, 80mg/0.8ml autoinjkit)	3	CC PA QPD 0.15 per day
adalimumab-adaz (10mg/0.1ml syringe, 20mg/0.2ml syringe, 40mg/0.4ml pen injctr, 40mg/0.4ml syringe, 80mg/0.8ml pen injctr)	3	CC PA QPD 0.15 per day
ENBREL (25 MG/0.5 ML SYRINGE, 25 MG/0.5 ML VIAL, 50 MG/ML SYRINGE)	3	CC PA QPD 0.15 per day
ENBREL MINI	3	CC PA QPD 0.15 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
ENBREL SURECLICK	3	CC PA QPD 0.15 per day
HADLIMA	3	CC PA QPD 0.15 per day
HADLIMA PUSHTOUCH	3	CC PA QPD 0.15 per day
HADLIMA(CF)	3	CC PA QPD 0.15 per day
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH	3	CC PA QPD 0.15 per day
HUMIRA	3	CC PA QPD 0.15 per day
HUMIRA PEN	3	CC PA QPD 0.15 per day
HUMIRA(CF) (10 MG/0.1 ML SYRING, 20 MG/0.2 ML SYRING, 40 MG/0.4 ML SYRING)	3	CC PA QPD 0.15 per day
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S	3	CC PA QPD 0.15 per day

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
HUMIRA(CF) PEN (PEN 40 MG/0.4 ML, PEN 80 MG/0.8 ML)	3	CC PA QPD 0.15 per day
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	3	CC PA QPD 0.15 per day
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	3	CC PA QPD 0.15 per day
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	3	CC PA QPD 0.15 per day
SIMLANDI(CF)	3	CC PA QPD 0.15 per day
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR	3	CC PA QPD 0.15 per day
VASODILATING AGENTS DIRECT VASODILATORS		
hydralazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	1	
minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)	1	
NITRATES AND NITRITES		
isosorbide dinitrate	1	

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
isosorbide mononitrate (10 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 120 mg tab er 24h)	1	
NITRO-BID	2	
nitroglycerin (0.3 mg tab subl, 0.4 mg tab subl, 0.6 mg tab subl)	1	
VASODILATING AGENTS (RESPIRATORY TRACT)		
PHOSPHODIESTERASE-5 INHIBITORS (RESPIR)		
ALYQ	3	CC PA QPD 2.0 per day
sildenafil citrate 20 mg tablet	3	CC PA QPD 12.0 per day
tadalafil 20 mg tablet	3	CC PA QPD 2.0 per day
PROSTACYCLIN & PROSTACYCLIN DERIVATIVES		
VENTAVIS	3	CC PA QPD 9.0 per day
VITAMINS		
MULTIVITAMIN PREPARATIONS		
prenatal with folic acid	2	$0
VITAMIN B COMPLEX		
cyanocobalamin (vitamin b-12)	1	QL 1 / 30 days

PRODUCT DESCRIPTION	TIER	LIMITS & RESTRICTIONS
DIALYVITE	2	
folic acid 1 mg tablet	1	$0
MYNEPHROCAPS	1	
MYNEPHRON	1	
RENA-VITE RX	1	
RENO CAPS	1	
TRIPHROCAPS	1	
VIRT-CAPS	1	
WESCAPS	1	
VITAMIN D		
calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule)	1	
ergocalciferol (vitamin d2) 1250 mcg capsule	1	$0
VITAMIN K ACTIVITY		
phytonadione (vit k1) 5 mg tablet	1	

Index of Covered Drugs

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z