



**2010 Formulary
(List of Covered Drugs)**

**PLEASE READ: THIS DOCUMENT CONTAINS INFORMATION ABOUT
THE DRUGS WE COVER IN THIS PLAN**

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

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

What is the Mercy Care Advantage Formulary?

A formulary is a list of covered drugs selected by Mercy Care Advantage in consultation with a team of health care providers, which represents the prescription therapies believed to be a necessary part of a quality treatment program. Mercy Care Advantage will generally cover the drugs listed in our formulary as long as the drug is medically necessary, the prescription is filled at a Mercy Care Advantage network pharmacy, and other plan rules are followed. For more information on how to fill your prescriptions, please review your Evidence of Coverage.

Can the Formulary change?

Generally, if you are taking a drug on our 2008 formulary that was covered at the beginning of the year, we will not discontinue or reduce coverage of the drug during the 2008 coverage year except when a new, less expensive generic drug becomes available or when new adverse information about the safety or effectiveness of a drug is released. Other types of formulary changes, such as removing a drug from our formulary, will not affect members who are currently taking the drug. It will remain available at the same cost-sharing for those members taking it for the remainder of the coverage year. We feel it is important that you have continued access for the remainder of the coverage year to the formulary drugs that were available when you chose our plan, except for cases in which you can save additional money or improve the safety of your drugs.

If we remove drugs from our formulary, or add prior authorization, quantity limits and/or step therapy restrictions on a drug we must notify affected members of the change at least 60 days before the change becomes effective, or at the time the member requests a refill of the drug, at which time the member will receive a 60-day supply of the drug. If the Food and Drug Administration deems a drug on our formulary to be unsafe or the drug's manufacturer removes the drug from the market, we will immediately remove the drug from our formulary and provide notice to members who take the drug. The enclosed formulary is current as of March 16, 2009. To get updated information about the drugs covered by Mercy Care Advantage please visit our Web site at www.MercyCareAdvantage.com or call Member Services at (800) 624-3879 7 days a week, 24 hours a day. TTY/TDD users should call (866) 602-1982 M-F 7a.m. to 6p.m. or (602) 454-9208 all other times.

How do I use the Formulary?

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

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Medical Condition

The formulary begins on page 6. The drugs in this formulary are grouped into categories depending on the type of medical conditions that they are used to treat. For example, drugs used to treat a heart condition are listed under the category, “Cardiovascular Agents.”. If you know what your drug is used for, look for the category name in the list that begins on page 6. Then look under the category name for your drug.

Alphabetical Listing

If you are not sure what category to look under, you should look for your drug in the Index that begins on page 53. The Index provides an alphabetical list of all of the drugs included in this document. Both brand-name drugs and generic drugs are listed in the Index. Look in the Index and find your drug. Next to your drug, you will see the page number where you can find coverage information. Turn to the page listed in the Index and find the name of your drug in the first column of the list.

What are generic drugs?

Mercy Care Advantage covers both brand-name drugs and generic drugs. A generic drug has the same active-ingredient as the brand name drug. Generic drugs usually cost less than brand name drugs and are approved by the Food and Drug Administration (FDA).

Are there any restrictions on my coverage?

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

- **Prior Authorization:** Mercy Care Advantage requires you or your physician to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval from Mercy Care Advantage before you fill your prescriptions. If you don't get approval, Mercy Care Advantage may not cover the drug.
- **Quantity Limits:** For certain drugs, Mercy Care Advantage limits the amount of the drug that Mercy Care Advantage will cover. For example, Mercy Care Advantage provides 90 pills in 30 days per prescription for Oxycodone HCL. This may be in addition to a standard one month or three month supply.
- **Step Therapy:** In some cases, Mercy Care Advantage requires you to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition. For example, if Drug A and Drug B both treat your medical condition, Mercy Care Advantage may not cover drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, Mercy Care Advantage will then cover Drug B.

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

You can find out if your drug has any additional requirements or limits by looking in the formulary that begins on page 6.

You can ask Mercy Care Advantage to make an exception to these restrictions or limits. See the section, “How do I request an exception to the Mercy Care Advantage formulary?” below for information about how to request an exception.

What if my drug is not on the Formulary?

If your drug is not included in this formulary, you should first contact Member Services and ask if your drug is covered. If you learn that Mercy Care Advantage does not cover your drug, you have two options:

- Ask your doctor to prescribe a similar drug that is covered by Mercy Care Advantage.
- You can ask Mercy Care Advantage to make an exception and cover your drug. See below for information about how to request an exception.

NOTE: Due to a change in Medicare, most Medicare Drug Plans no longer cover erectile dysfunction (ED) drugs like Viagra, Cialis Levitra, and Caverject. For more information, you can contact Member Services.

How do I request an exception to the Mercy Care Advantage Formulary?

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

- You can ask us to cover your drug even if it is not on our formulary.
- You can ask us to waive coverage restrictions or limits on your drug. For example, for certain drugs, Mercy Care Advantage limits the amount of the drug that we will cover. If your drug has a quantity limit, you can ask us to waive the limit and cover more.

Generally, Mercy Care Advantage will only approve your request for an exception if the alternative drugs included on the plan’s formulary or additional utilization restrictions would not be as effective in treating your condition and/or would cause you to have adverse medical effects.

You should contact us to ask us for an initial coverage decision for a formulary or utilization restriction exception. When you are requesting a formulary or utilization restriction exception you should submit a statement from your physician supporting your request. Generally, we must make our decision within 72 hours of getting your prescribing physician’s supporting statement. You can request an expedited (fast) exception if you or your doctor believe that

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

your health could be seriously harmed by waiting up to 72 hours for a decision. If your request to expedite is granted, we must give you a decision no later than 24 hours after we get your prescribing physician's supporting statement.

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

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

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

If you are a resident of a long-term care facility, we will cover a temporary 31 day transition supply (unless you have a prescription written for fewer days). We will cover more than one refill of these drugs for the first 90 days you are a member of our plan. If you need a drug that is not on our formulary or if your ability to get your drugs is limited, but you are past the first 90 days of membership in our plan, we will cover a 31 day emergency supply of that drug (unless you have a prescription for fewer days) while you pursue a formulary exception.

If you are a current member and have unplanned for changes like being discharged from a hospital to a home, or ending a stay at a long term care facility and returning to home, Mercy Care Advantage will provide you an emergency 31-day supply of your medication.

After that, you and your doctor will get a letter from our pharmacy benefits manager, Express Scripts, notifying you that you will need to get a prescription for a drug that is on our Formulary, or you can start the exception process.

Please note that our transition policy applies only to those drugs that are "Part D drugs" and that are purchased at a network pharmacy. The transition policy can not be used to purchase a non-Part D drug or drug out-of-network.

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

For more information

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

If you have questions about Mercy Care Advantage, please call Member Services at (800) 624-3879 7 days a week, 24 hours a day. TTY/TDD users should call (866) 602-1982 M-F 7a.m. to 6p.m. or (602) 454-9208 all other times. Or visit www.MercyCarePlan.com.

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

Mercy Care Advantage's Formulary

The formulary that begins on page 6 provides coverage information about some of the drugs covered by Mercy Care Advantage. If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Index that begins on page 66.

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

The information in the Requirements/Limits column tells you if Mercy Care Advantage has any special requirements for coverage of your drug. For instance, QLL means Quantity Limit Levels apply. PAR means Prior Authorization Required and ST means Step Therapy. See page 2 for more information.

Mercy Care Advantage Formulario Completo el 10 de enero

¿Qué es el Formulario de Mercy Care Advantage?

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos, seleccionados por Mercy Care Advantage en consulta con un equipo de proveedores del cuidado de la salud, el cual representa las terapias de prescripción/receta que se considera son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Generalmente, Mercy Care Advantage cubrirá los medicamentos listados en nuestro Formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la prescripción/receta sea surtida en una farmacia de la red de Mercy Care Advantage, y se sigan otras normas del plan. Para más información sobre cómo surtir sus prescripciones/recetas, por favor revise su Evidencia de Cobertura.

¿El Formulario puede cambiar?

Generalmente, si usted está tomando un medicamento que esté en nuestro Formulario en 2008 y que estaba cubierto a principios de año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2008, excepto cuando un medicamento genérico nuevo y menos costoso esté disponible, o cuando nueva información negativa sobre la seguridad o efectividad de un medicamento sea dada a conocer. Otros tipos de cambio en el Formulario, como retirar un medicamento del Formulario, no afectarán a los miembros que en ese momento lo estén tomando, sino que seguirá disponible por el resto del año de cobertura al mismo costo compartido para los miembros que lo estén tomando. Sentimos que es importante que durante lo que resta del año de cobertura, usted tenga acceso continuo a los medicamentos del Formulario que estaban disponibles cuando usted eligió nuestro plan, excepto en casos en los que usted pueda ahorrar dinero extra o mejorar la seguridad de sus medicamentos.

Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario o agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento a pasos en un medicamento, debemos notificárselo a los miembros afectados por el cambio por lo menos 60 días antes de que el cambio entre en vigor, o cuando el miembro pida que se le vuelva a surtir el medicamento, y en dicho momento, el miembro recibirá un suministro de 60 días del medicamento. Si la Administración de Alimentos y Drogas considera que un medicamento de nuestro Formulario no es seguro, o si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, nosotros inmediatamente retiraremos el medicamento de nuestro Formulario y avisaremos a los miembros que lo estén tomando. El Formulario anexo está vigente a partir del 16° de marzo de 2009. Para información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Mercy Care Advantage, por favor visite nuestro sitio en la red www.MercyCareAdvantage.com ó llame al (800) 624-3879, 24 horas al día, siete días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al (866) 602-1982 de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m. ó al (602) 454-9208 durante cualquier otra hora.

Mercy Care Advantage Formulario Completo el 10 de enero

¿Cómo uso el Formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Condición Médica

El Formulario empieza en la página 6. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías, dependiendo del tipo de condiciones médicas para cuyo tratamiento de usan. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar un padecimiento cardiaco, están listados en la categoría “Agentes Cardiovasculares”. Si usted sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 11 y después busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

Listado Alfabético

Si no está seguro/a bajo qué categoría buscar, deberá buscar su medicamento en el Índice que empieza en la página 53. El índice es una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos están listados en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto al mismo, encontrará el número de la página donde puede encontrar la información de la cobertura. Regrese a la página listada en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Mercy Care Advantage cubre los medicamentos de marca y genéricos. Un medicamento genérico cuenta con el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Los medicamentos genéricos normalmente cuestan menos que los medicamentos de marca, y han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés).

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden contar con requerimientos adicionales o límites en la cobertura. Estos requerimientos y límites pueden incluir:

- **Autorización Previa:** Mercy Care Advantage requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesita obtener la aprobación de Mercy Care Advantage antes de surtir sus prescripciones/recetas. Si usted no obtiene la aprobación, Mercy Care Advantage quizás no cubrirá el costo del medicamento.
- **Límites de Cantidades:** En ciertos medicamentos Mercy Care Advantage limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, Mercy Care Advantage provee 90 píldoras para 30 días en una prescripción de Oxycodone HCL. Esto puede ser además del suministro estándar para uno o tres meses.

Mercy Care Advantage Formulario Completo el 10 de enero

- **Tratamiento a Pasos:** En algunos casos, Mercy Care Advantage requiere que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan ambos su condición médica, Mercy Care Advantage puede no cubrir el Medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no le funciona, entonces Mercy Care Advantage cubrirá el Medicamento B.

Usted puede ver si hay requerimientos adicionales o límites para sus medicamentos en el Formulario que empieza en la página 6.

Usted puede pedir a Mercy Care Advantage que haga una excepción a estas restricciones o límites. Vea la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Mercy Care Advantage?” abajo para información.

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el Formulario?

Si sus medicamentos no están incluidos en este Formulario, primero debe ponerse en contacto con Servicios para los Miembros y preguntar si sus medicamentos están cubiertos. Si usted se entera de que Mercy Care Advantage no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Pídale a su doctor que le prescriba un medicamento similar cubierto por Mercy Care Advantage.
- Puede solicitar que Mercy Care Advantage haga una excepción y cubra su medicamento. Vea abajo cómo solicitar una excepción.

NOTA: Debido a un cambio en Medicare, la mayoría de los Planes de Medicamentos de Medicare ya no cubren medicamentos para la disfunción eréctil (ED por sus siglas en inglés) como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject. Para más información, puede ponerse en contacto con Servicios para los Miembros.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Mercy Care Advantage?

Usted puede pedir a Mercy Care Advantage que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que usted puede pedir que hagamos.

- Nos puede pedir que cubramos su medicamento, aún si no está en nuestro Formulario.

Mercy Care Advantage Formulario Completo el 10 de enero

- Puede pedir que no apliquemos las restricciones o los límites a la cobertura en su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Mercy Care Advantage limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si sus medicamentos tienen un límite de cantidad, puede pedirnos que no apliquemos el límite y que cubramos más.

Generalmente, Mercy Care Advantage aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternos en el Formulario del plan o las restricciones adicionales para su uso no serían tan efectivos tratando su condición y/o podrían ocasionarle efectos médicos adversos.

Usted debe comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión inicial de cobertura, para una excepción al Formulario o a la restricción de uso. Cuando usted solicite una excepción al Formulario o restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico respaldando su solicitud. Generalmente debemos tomar nuestra decisión dentro de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico haciendo la prescripción.

Usted puede solicitar una excepción rápida si usted o su doctor creen que su salud podría verse seriamente dañada por esperar 72 horas para una decisión. Si se le concede su solicitud de excepción rápida, debemos darle una decisión dentro de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico.

¿Qué hago antes de que pueda hablar con mi doctor sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o previo de nuestro plan, usted puede estar tomando medicamentos que no estén en nuestro Formulario, o puede estar tomando un medicamento que esté en nuestro Formulario pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, usted puede necesitar nuestra autorización previa antes de surtir su prescripción/receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que cubramos, o solicitar una excepción al Formulario para que podamos cubrir el medicamento que usted toma. Mientras habla con su doctor para determinar el curso de acción apropiado para usted, en ciertos casos, nosotros podemos cubrir su medicamento durante los primeros 90 días que usted sea miembro de nuestro plan.

En el caso de cada medicamento que no esté en nuestro Formulario, o si su capacidad para obtenerlo es limitada, nosotros cubriremos un suministro temporal para 30 días (a menos que usted tenga una prescripción para menos días), cuando usted vaya a una farmacia de la red. Después de su suministro para 30 días, ya no pagaremos por estos medicamentos, aún si usted ha sido miembro del Plan menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, cubriremos un suministro temporal de transición para 31 días (a menos que usted tenga una prescripción para menos días). Cubriremos más de un surtido de estos medicamentos durante los primeros 90 días que usted sea miembro de nuestro plan. Si necesita un medicamento que no esté en nuestro Formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días

Mercy Care Advantage Formulario Completo el 10 de enero

como miembro de nuestro plan, nosotros cubriremos un suministro de emergencia de ese medicamento para 31 días (a menos que usted tenga una prescripción para menos días), mientras trata de obtener una excepción al Formulario.

Si actualmente usted es miembro y está pasando por cambios imprevistos, como ser transferido/a de un hospital a un hogar de cuidado, o terminar su estancia en un centro de cuidado a largo plazo para regresar a su hogar, Mercy Care Advantage le proveerá un suministro de emergencia de su medicamento para 31 días.

Después de eso, usted y su médico recibirán una carta del gerente de beneficios de la farmacia Express Scripts, notificándole que necesitará obtener una prescripción/receta para un medicamento que esté en nuestro Formulario, o que usted puede iniciar el proceso de excepción.

Por favor note que nuestra norma de transición aplica sólo para aquellos medicamentos que son “Medicamentos de la Parte D” y que son comprados en una farmacia de la red. La norma de transición no puede ser usada para comprar un medicamento que no sea de la Parte D, o para comprar un medicamento fuera de la red.

Para más información

Para información más detallada sobre su cobertura de medicamentos de prescripción/receta con Mercy Care Advantage, por favor lea su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Mercy Care Advantage, por favor llame a Servicios para los Miembros al (800) 624-3879, 24 horas al día, siete días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al (866) 602-1982 de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m. ó al (602) 454-9208 durante cualquier otra hora. O visite www.MercyCarePlan.com.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos de prescripción/receta, por favor llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, siete días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Ó visite www.medicare.gov.

Formulario de Mercy Care Advantage

El Formulario que empieza en la página 6 provee información de cobertura sobre algunos de los medicamentos cubiertos por Mercy Care Advantage. Si usted tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, regrese al Índice que empieza en la página 66.

En la primera columna de la tabla aparece el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos en mayúsculas (ejem.: CIPRODEX) y los medicamentos genéricos están escritos en cursivas minúsculas (ejem.: *amoxicillin*).

Mercy Care Advantage **Formulario Completo** **el 10 de enero**

La columna de Requerimientos/Límites le informa si Mercy Care Advantage tiene algún requerimiento especial para la cobertura de su medicamento. Por ejemplo, QLL (por sus siglas en inglés) significa que aplican Niveles de Límite de Cantidad, PAR (por sus siglas en inglés) significa Autorización Previa Requerida y ST (por sus siglas en inglés) significa Tratamiento a Pasos. Vea la página 2 para más información.

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
ANESTHETICS			
TOPICAL ANESTHETICS			
<i>lidocaine</i>		1	
<i>lidocaine-viscous</i>		1	
LIDODERM	<i>lidocaine</i>	2	PAR
ANTIINFECTIVES			
AMINOGLYCOSIDES			
<i>amikacin</i>		1	
CUBICIN	<i>daptomycin</i>	2	
<i>gentamicin</i>		1	
<i>kanamycin</i>		1	
<i>neomycin</i>		1	
<i>tobramycin</i>		1	
ANTHELMINTICS			
ALBENZA	<i>albendazole</i>	2	
<i>mebendazole</i>		1	
STROMEKTOL	<i>ivermectin</i>	2	
ANTIRETROVIRALS & PROTEASE INH			
APTIVUS	<i>tipranavir</i>	2	
ATRIPLA	<i>efavirenz / emtricitabine / tenofovir</i>	2	
COMBIVIR	<i>lamivudine / zidovudine</i>	2	
CRIXIVAN	<i>indinavir</i>	2	
<i>didanosine, didanosine delayed-release</i>		1	
EMTRIVA	<i>emtricitabine</i>	2	
EPIVIR	<i>lamivudine</i>	2	
EPZICOM	<i>abacavir / lamivudine</i>	2	
FUZEON	<i>enfuvirtide</i>	2	
INVIRASE	<i>saquinavir</i>	2	
ISENTRESS	<i>raltegravir</i>	2	
KALETRA	<i>lopinavir / ritonavir</i>	2	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
LEXIVA	<i>fosamprenavir</i>	2	
NORVIR	<i>ritonavir</i>	2	
PREZISTA	<i>darunavir</i>	2	
RESCRIPTOR	<i>delavirdine</i>	2	
RETROVIR IV	<i>zidovudine</i>	2	
REYATAZ	<i>atazanavir</i>	2	
SELZENTRY	<i>maraviroc</i>	2	
<i>stavudine</i>		1	
SUSTIVA	<i>efavirenz</i>	2	
TRIZIVIR	<i>abacavir / lamivudine / zidovudine</i>	2	
TRUVADA	<i>emtricitabine / tenofovir</i>	2	
VIDEX SOLN	<i>didanosine</i>	2	
VIRACEPT	<i>nelfinavir</i>	2	
VIRAMUNE	<i>nevirapine</i>	2	
VIREAD	<i>tenofovir</i>	2	
ZERIT SOLN	<i>stavudine</i>	2	
ZIAGEN	<i>abacavir</i>	2	
<i>zidovudine</i>		1	
ANTI-RETROVIRAL NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTIS)			
TYZEKA	<i>telbivudine</i>	2	
ANTITUBERCULOSIS DRUGS			
<i>ethambutol</i>		1	
<i>isonarif</i>		1	
<i>isoniazid</i>		1	
MYCOBUTIN	<i>rifabutin</i>	2	
PRIFTIN	<i>rifapentine</i>	2	
<i>pyrazinamide</i>		1	
<i>rifampin</i>		1	
SEROMYCIN	<i>cycloserine</i>	2	
TRECTOR	<i>ethionamide</i>	2	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
BETA-LACTAM ANTIBIOTICS			
AZACTAM	<i>aztreonam</i>	2	
PRIMAXIN	<i>imipenum/cilastin</i>	1	
CEPHALOSPORINS			
<i>cefaclor, er</i>		1	
<i>cefadroxil</i>		1	
<i>cefazolin</i>		1	
<i>cefotaxime</i>		1	
<i>cefoxitin</i>		1	
<i>cefpodoxime</i>		1	
<i>cefprozil</i>		1	
CEFTIN SUSPENSION	<i>cefuroxime</i>	2	
<i>ceftriaxone</i>		1	
<i>cefuroxime</i>		1	
<i>cephalexin</i>		1	
LORABID	<i>loracarbef</i>	2	
MAXIPIME	<i>cefepime</i>	2	
SUPRAX 400 MG TABLET	<i>cefepime</i>	2	
CHLORAMPHENICOLS			
<i>chloramphenicol</i>		1	
CLINDAMYCINS			
CLEOCIN GRANULES	<i>clindamycin</i>	2	
<i>clindamycin</i>		1	
ERYTHROMYCINS			
ERY-TAB	<i>erythromycin</i>	2	
<i>erythrocin stearate</i>		1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE		2	
<i>erythromycin</i>		1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>		1	
KETOLIDES			

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
KETEK	<i>telithromycin</i>	2	PAR
ORAL ANTIFUNGAL DRUGS			
ANCOBON	<i>flucytosine</i>	2	
<i>clotrimazole</i>		1	
<i>fluconazole</i>		1	QLL 150 mg=2 tabs/fill
GRIFULVIN V TABLET	<i>griseofulvin</i>	2	
<i>griseofulvin</i>		1	
GRIS-PEG	<i>griseofulvin</i>	2	
<i>itraconazole</i>		1	
<i>ketoconazole</i>		1	
<i>nystatin</i>		1	
<i>terbinafine</i>		1	
VFEND	<i>voriconazole</i>	2	PAR
OTHER ANTIINFECTIVE DRUGS			
ALINIA	<i>nitazoxanide</i>	2	
<i>bacitracin</i>		1	
<i>clindamycin</i>		1	
<i>colistimethate</i>		1	
MEPRON	<i>atovaquone</i>	2	PAR
MERREM	<i>meropenem</i>	2	
<i>pentamidine</i>		1	
<i>polymyxin b</i>		1	
SYNERCID	<i>quinupristin / dalfopristin</i>	2	
TYGACIL	<i>tigecycline</i>	2	
VANCOGIN PULVULE	<i>vancomycin</i>	2	
<i>vancomycin</i>		1	
ZYVOX	<i>linezolid</i>	2	PAR
OTHER ANTIVIRAL DRUGS			
<i>acyclovir</i>		1	
<i>amantadine</i>		1	
BARACLUDE	<i>entecavir</i>	2	QLL soln=3 bottles/30 days

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
			QLL tabs=34 tabs/34 days
DENAVIR	<i>penciclovir</i>	2	
EPIVIR HBV	<i>lamivudine</i>	2	
<i>foscarnet</i>		1	
<i>ganciclovir</i>		1	
HEPSERA	<i>adefovir</i>	2	
<i>ribapak</i>		1	
<i>ribasphere</i>		1	
<i>ribavirin</i>		1	
<i>rimantadine</i>		1	
TAMIFLU	<i>oseltamivir</i>	2	QLL gelcap=34 caps/fill; QLL susp=75 ml/34 days
VALCYTE	<i>valganciclovir</i>	2	
VALTREX	<i>valacyclovir</i>	2	
VIRAZOLE	<i>ribavirin</i>	2	
ZOVIRAX CREAM, OINTMENT	<i>acyclovir</i>	2	
OTHER MACROLIDES			
<i>azithromycin</i>		1	
<i>clarithromycin</i>		1	QLL 125 mg/5 ml susp=600 ml/34 days; 250 mg/5 ml susp=600 ml/34 days; QLL 250, 500 mg ER=68 tabs/34 days; 500 mg=136 tabs/34 days
OTHER RESPIRATORY DRUGS			
NEBUPENT	<i>pentamidine</i>	2	
TOBI	<i>tobramycin</i>	2	PAR
OTHER TOPICAL ANTIFUNGALS			
<i>ciclopirox</i>		1	
<i>clotrimazole</i>		1	
<i>econazole</i>		1	
<i>ketconazole</i>		1	
<i>nystatin</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>nystop</i>		1	
<i>pedi-dri</i>		1	
PENLAC	<i>ciclopirox</i>	2	
PARENTERAL ANTIFUNGALS			
AMBISOME	<i>amphotericin b</i>	2	
<i>amphotericin b</i>		1	
<i>fluconazole</i>		1	
MYCAMINE	<i>micafungin</i>	2	
PENICILLINS			
<i>amoclan</i>		1	
<i>amoxicillin</i>		1	
<i>amoxicillin / clavulanate</i>		1	
AMOXIL		2	
<i>ampicillin</i>		1	
<i>ampicillin / sulbactam</i>		1	
<i>dicloxacillin</i>		1	
<i>nafcillin</i>		1	
<i>oxacillin</i>		1	
<i>penicillin g potassium vial</i>		1	
<i>penicillin g procaine</i>		1	
<i>penicillin g sodium</i>		1	
<i>penicillin v potassium</i>		1	
<i>piperacillin</i>		1	
PIPERACILLIN	<i>piperacillin</i>	2	
<i>veetids 250 mg tablet</i>		1	
<i>veetids suspension</i>		1	
ZOSYN	<i>piperacillin / tazobactam</i>	2	
QUINOLONES			
CIPRO IV	<i>ciprofloxacin</i>	2	
<i>ciprofloxacin</i>		1	
LEVAQUIN	<i>levofloxacin</i>	2	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>ofloxacin</i>		1	
SPECIALIZED INDICATIONS			
<i>chloroquine</i>		1	
<i>dapsone</i>		1	
DARAPRIM	<i>pyrimethamine</i>	2	
FANSIDAR	<i>pyrimethamine / sulfadoxine</i>	2	
<i>hydroxychloroquine</i>		1	
MALARONE	<i>atovaquone / proguanil</i>	2	
<i>mefloquine</i>		1	
<i>metronidazole</i>		1	
NEUTREXIN	<i>trimetrexate</i>	2	
<i>paromomycin</i>		1	
SULFONAMIDES			
<i>erythromycin / sulfisoxazole</i>		1	
GANTRISIN PEDIATRIC	<i>sulfisoxazole</i>	2	
<i>sulfadiazine</i>		1	
<i>sulfamethoxazole / trimethoprim</i>		1	
<i>sulfatrim</i>		1	
SULFISOXAZOLE	<i>sulfisoxazole</i>	2	
TETRACYCLINES			
<i>demeclocycline</i>		1	
<i>doxy-caps</i>		1	
<i>doxycycline</i>		1	
<i>doxycycline hyclate</i>		1	
<i>minocycline</i>		1	
<i>myrac</i>		1	
<i>tetracycline</i>		1	
TOPICAL ANTIBACTERIAL DRUGS			
ALTABAX	<i>retapamulin</i>	2	
BACTROBAN 2% CREAM	<i>mupirocin</i>	2	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>gentamicin</i>		1	
<i>mupirocin 2% ointment</i>		1	
<i>silver sulfadiazine</i>		1	
<i>ssd</i>		1	
SULFAMYLON	<i>mafenide</i>	2	
<i>thermazene</i>		1	
TOPICAL ANTIFUNGAL-CORTICOSTEROID COMB.			
<i>clotrimazole / betamethasone</i>		1	
<i>nystatin / triamcinolone</i>		1	
URINARY ANTIINFECTIVES			
FURADANTIN	<i>nitrofurantoin</i>	2	
<i>methenamine</i>		1	
<i>nitrofurantoin</i>		1	
<i>trimethoprim</i>		1	
VAGINAL ANTIFUNGALS			
<i>miconazole</i>		1	
<i>nystatin</i>		1	
<i>terconazole</i>		1	
ANTINEOPLASTIC/IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS			
ANTINEOPLASTIC/IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS			
ABRAXANE	<i>paclitaxel</i>	2	
<i>adriamycin</i>		1	
ALIMTA	<i>pemetrexed</i>	2	
AMEVIVE	<i>alefacept</i>	2	PAR
<i>amifostine</i>		1	
<i>anagrelide</i>		1	
ARIMIDEX	<i>anastrozole</i>	2	
AROMASIN	<i>exemestane</i>	2	
AVASTIN	<i>bevacizumab</i>	2	PAR
AZASAN	<i>azathioprine</i>	2	
<i>azathioprine</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
BICNU	<i>carmustine</i>	2	
<i>bleomycin</i>		1	
CAMPATH	<i>alemtuzumab</i>	2	
<i>carboplatin</i>		1	
CASODEX	<i>bicalutamide</i>	2	
CEENU	<i>lomustine</i>	2	
CELLCEPT	<i>mycophenolate</i>	2	PAR
<i>cisplatin, aq</i>		1	
<i>cladribine</i>		1	
COSMEGEN	<i>dactinomycin</i>	2	
<i>cyclophosphamide</i>		1	PAR
<i>cyclosporine</i>		1	PAR
<i>cytarabine</i>		1	
<i>dacarbazine</i>		1	
DACOGEN	<i>decitabine</i>	2	
<i>daunorubicin</i>		1	
DAUNOXOME	<i>daunorubicin</i>	2	
DEPO-PROVERA	<i>medroxyprogesterone</i>	2	
<i>dexrazoxane</i>		1	
DOXIL	<i>doxorubicin</i>	2	
<i>doxorubicin</i>		1	
DROXIA	<i>hydroxyurea</i>	2	
ELIGARD	<i>leuprolide</i>	2	PAR
ELITEK	<i>rasburicase</i>	2	
ELLENCÉ	<i>epirubicin</i>	2	
ELOXATIN	<i>oxaliplatin</i>	2	
ELSPAR	<i>asparaginase</i>	2	
EMCYT	<i>estramustine</i>	2	
ENBREL	<i>etanercept</i>	2	PAR
ERBITUX	<i>cetuximab</i>	2	PAR
<i>etoposide</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
FARESTON	<i>toremifene</i>	2	
FASLODEX	<i>fulvestrant</i>	2	
FEMARA	<i>letrozole</i>	2	
<i>fludarabine</i>		1	
<i>fluorouracil</i>		1	
<i>flutamide</i>		1	
GEMZAR	<i>gemcitabine</i>	2	
GLEEVEC	<i>imatinib</i>	2	
HERCEPTIN	<i>trastuzumab</i>	2	PAR
HEXALEN	<i>altretamine</i>	2	
HUMIRA	<i>adalimumab</i>	2	PAR
HYCAMTIN	<i>topotecan</i>	2	
<i>hydroxyurea</i>		1	
<i>idarubicin</i>		1	
<i>ifosfamide</i>		1	
<i>ifosfamide/ mesna</i>		1	
IRESSA	<i>gefitinib</i>	2	PAR
<i>leflunomide</i>		1	
<i>leucovorin</i>		1	
LEUKERAN	<i>chlorambucil</i>	2	
<i>leuprolide</i>		1	PAR
LUPRON DEPOT, DEPOT-PED	<i>leuprolide</i>	2	PAR
LYSODREN	<i>mitotane</i>	2	
MATULANE	<i>procarbazine</i>	2	
<i>megestrol</i>		1	
<i>mercaptapurine</i>		1	
MESNA	<i>mesna</i>	2	
MESNEX	<i>mesna</i>	2	
<i>methotrexate</i>		1	PAR for 25 mg/ml vial only
<i>mitomycin</i>		1	
<i>mitoxantrone</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
MUSTARGEN	<i>mechlorethamine</i>	2	
MYFORTIC	<i>mycophenolate</i>	2	PAR
MYLOTARG	<i>gemtuzumab</i>	2	
NEXAVAR	<i>sorafenib</i>	2	
NILANDRON	<i>nilutamide</i>	2	
<i>octreotide</i>		1	
ONCASPAR	<i>pegaspargase</i>	2	
ONTAK	<i>denileukin</i>	2	
ORENCIA	<i>abatacept</i>	2	PAR
ORTHOCLONE	<i>muromonab</i>	2	
<i>paclitaxel</i>		1	
<i>pentostatin</i>		1	
PHOTOFRIN	<i>porfimer</i>	2	
PROGRAF	<i>tacrolimus</i>	2	PAR
RAPAMUNE	<i>sirolimus</i>	2	PAR
REMICADE	<i>infliximab</i>	2	PAR
REVLIMID	<i>lenalidomide</i>	2	
RITUXAN	<i>rituximab</i>	2	PAR
SANDOSTATIN, LAR	<i>octreotide</i>	2	
SIMULECT	<i>basiliximab</i>	2	
SPRYCEL	<i>dasatinib</i>	2	
SUTENT	<i>sunitinib</i>	2	
TABLOID	<i>thioguanine</i>	2	
<i>tamoxifen</i>		1	
TARCEVA	<i>erlotinib</i>	2	
TARGRETIN	<i>bexarotene</i>	2	
TASIGNA	<i>nilotinib</i>	2	
TAXOTERE	<i>docetaxel</i>	2	
<i>thiotepa</i>		1	
TRELSTAR, LA	<i>triptorelin</i>	2	
<i>tretinoin</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
TRISENOX	<i>arsenic</i>	2	
TYKERB	<i>lapatinib</i>	2	
VELCADE	<i>bortezomib</i>	2	
VIDAZA	<i>azacitidine</i>	2	
<i>vinblastine</i>		1	
<i>vincristine</i>		1	
<i>vinorelbine</i>		1	
ZANOSAR	<i>streptozocin</i>	2	
BIOLOGICAL RESPONSE MODIFIER			
BIOLOGICAL RESPONSE MODIFIER			
ARCALYST	<i>rilonacept</i>	2	PAR
ILARIS	<i>canakinumab</i>	2	PAR
ZOLINZA	<i>vorinostat</i>	2	
KERATINOCYTE GROWTH FACTORS			
KEPIVANCE	<i>palifermin</i>	2	
AUTONOMIC AND CNS MEDICATIONS			
ALCOHOL ANTAGONIST			
ANTABUSE	<i>disulfiram</i>	2	
<i>naltrexone</i>		1	
ANALGESICS			
<i>butorphanol</i>		1	
<i>nalbuphine</i>		1	
<i>tramadol</i>		1	
<i>tramadol / acetaminophen</i>		1	
ANTIDEMENTIA DRUGS			
ARICEPT, ODT	<i>donepezil</i>	2	
EXELON	<i>rivastigmine</i>	2	
<i>galantamine, ER</i>		1	
NAMENDA	<i>memantine</i>	2	
RAZADYNE ORAL SOLN	<i>galantamine</i>	2	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
ANTIMANIA DRUGS			
DEPAKOTE, ER	<i>divalproex sodium</i>	2	
<i>lithium carbonate</i>		1	
<i>lithium citrate</i>		1	
LITHOBID	<i>lithium carbonate</i>	2	
ANTIPARKINSON / ANTICHOLINERGIC DRUGS			
<i>benztropine</i>		1	
<i>trihexyphenidyl</i>		1	
ANTIPSYCHOTIC DRUGS			
ABILIFY	<i>aripiprazole</i>	2	
<i>chlorpromazine</i>		1	
<i>clozapine 25mg tablet, 100mg tablet</i>		1	
FAZACLO	<i>clozapine</i>	2	
<i>fluphenazine</i>		1	
GEODON	<i>ziprasidone</i>	2	PAR, QLL=68 caps/34 days
<i>haloperidol</i>		1	
INVEGA	<i>paliperidone</i>	2	
<i>loxapine</i>		1	
MOBAN	<i>molindone</i>	2	
ORAP	<i>pimozide</i>	2	QLL=170 tabs/34 days
<i>perphenazine</i>		1	
RISPERDAL CONSTA	<i>risperidone</i>	2	PAR
<i>risperidone, risperidone m-tab</i>		1	
SEROQUEL	<i>quetiapine</i>	2	QLL 25,100,200 mg=136 tabs/34 days; 50 mg=102 tabs/34 days; 300, 400 mg=68/34 days
<i>thioridazine</i>		1	
<i>thiothixene</i>		1	
<i>trifluoperazine</i>		1	
ZYPREXA, ZYDIS	<i>olanzapine</i>	2	PAR, QLL=34 tabs/34 days
ANTIVERTIGO AND ANTIEMETIC DRUGS			

**Mercy Care Advantage
Comprehensive Formulary**

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
ALOXI	<i>palonosetron</i>	2	
<i>compro</i>		1	
EMEND	<i>aprepitant</i>	2	PAR, QLL 80 mg=2 caps/fill; 125 mg=1 capsule/fill; trifold=3 caps/fill
<i>meclizine</i>		1	
<i>phenadoz</i>		1	
<i>prochlorperazine</i>		1	
<i>promethazine</i>		1	
<i>promethegan</i>		1	
<i>ondansetron, ODT</i>		1	QLL 4 mg, 8 mg tab, ODT=12 tabs/fill; 4 mg/5 ml oral soln=1020 ml/34 days
ANXIOLYTICS			
<i>bupirone</i>		1	QLL=102 tabs/34 days
<i>meprobamate</i>		1	
CARBAMAZEPINES			
<i>carbamazepine , ER</i>		1	
<i>epitol</i>		1	
<i>oxcarbazepine 300 mg, 600 mg tablet</i>		1	
TEGRETOL XR	<i>carbamazepine extended-release</i>	2	
TRILEPTAL 150 mg tablet, suspension	<i>oxcarbazepine</i>	2	
CLASS II NARCOTICS			
<i>endocet</i>		1	
<i>fentanyl lozenge</i>		1	PAR, QLL=136 lozenges/34 days
<i>fentanyl patch</i>		1	
<i>hydromorphone</i>		1	
<i>levorphanol</i>		1	
<i>methadone</i>		1	
<i>methadose</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>morphine</i>		1	
<i>oxycodone</i>		1	QLL 5,15,30 mg=136 tabs/34 days
<i>oxycodone/acetaminophen</i>		1	QLL 5/325 mg=360 tabs/30 days; 10/325 mg=180 tabs/30 days 5/500, 7.5/325 mg=180/30 days;7.5/500 mg=240/30 days
<i>oxycodone/aspirin</i>		1	QLL 4.88/325 mg=240 tabs/30 days
OXYCONTIN		2	PAR, QLL=90 tabs/30 days
<i>roxicet</i>		1	QLL 5/325 mg=240 tabs/30 days
CLASS III NARCOTICS			
<i>acetaminophen / codeine</i>		1	
<i>co-gesic</i>		1	
<i>hydrocodone / acetaminophen</i>		1	
<i>margesic</i>		1	
<i>stagesic capsule</i>		1	
SUBOXONE	<i>buprenorphine / naloxone</i>	2	QLL=84 tabs/28 days
SUBUTEX	<i>buprenorphine</i>	2	
CLASS IV NARCOTICS			
<i>pentazocine/naloxone</i>		1	
<i>propoxyphene</i>		1	
<i>propoxyphene / acetaminophen</i>		1	
CNS STIMULANT DRUGS			
<i>dextroamphetamine, ER</i>		1	
METADATE CD	<i>methylphenidate</i>	2	
PROVIGIL	<i>modafinil</i>	2	PAR
DRUGS TO PREVENT AND TREAT HEADACHES			
<i>acetaminophen / butalbital / caffeine / codeine</i>		1	
<i>butalbital compound / codeine</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>butorphanol</i>		1	QLL=2 bottles/30 days
<i>dihydroergotamine</i>		1	
<i>ergotamine / caffeine</i>		1	
IMITREX NASAL SPRAY, IMITREX 6 MG/0.5 ML KIT REFL	<i>sumatriptan</i>	2	QLL 5,20 mg nasal spray=8 bottles/28 days; QLL 6 mg/0.5 ml kit refill,= 8 cartridges/28 days
<i>migergot</i>		1	
<i>sumatriptan tablets, vials</i>		1	
DRUGS TO TREAT ADHD			
ADDERALL XR	<i>amphetamine salts / dextroamphetamine salts</i>	2	
<i>amphetamine / dextroamphetamine, extended-release</i>		1	
METADATE ER	<i>methylphenidate</i>	2	
<i>methylin er</i>		1	
<i>methylin tablet</i>		1	
<i>methylphenidate er, sr</i>		1	
STRATTERA	<i>atomoxetine</i>	2	PAR
HYDANTOINS			
DILANTIN	<i>phenytoin</i>	2	
DILANTIN 100MG KAPSEAL	<i>phenytoin</i>	2	
DILANTIN 30MG KAPSEAL	<i>phenytoin</i>	2	
DILANTIN INFATAB	<i>phenytoin</i>	2	
PEGANONE	<i>ethotoin</i>	2	
<i>phenytoin</i>		1	
MAO INHIBITORS			
MARPLAN	<i>isocarboxazid</i>	2	
NARDIL	<i>phenelzine</i>	2	
<i>tranylcypromine</i>		1	
OTHER ANTICONVULSANTS			
BANZEL	<i>rufinamide</i>	2	
FELBATOL	<i>felbamate</i>	2	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>gabapentin</i>		1	
GABITRIL	<i>tiagabine</i>	2	
<i>lamotrigine, lamotrigine disper tabs</i>		1	
<i>levetiracetam</i>		1	
LYRICA	<i>pregabalin</i>	2	ST
NEURONTIN SOLN	<i>gabapentin</i>	2	
<i>primidone</i>		1	
<i>topiramate</i>		1	
VIMPAT	<i>lacosamide</i>	2	PAR
<i>zonisamide</i>		1	PAR
OTHER ANTIDEPRESSANTS			
<i>amitriptyline / chlordiazepoxide</i>		1	
<i>amitriptyline / perphenazine</i>		1	
<i>budeprion sr</i>		1	
<i>bupropion, er, sr</i>		1	
CYMBALTA	<i>duloxetine</i>	2	QLL 20 mg, 30 mg=68caps/34 days; QLL 60 mg=34 caps/34 days, ST
EFFEXOR XR	<i>venlafaxine</i>	2	
EMSAM	<i>selegiline</i>	2	
<i>maprotiline</i>		1	
<i>mirtazapine</i>		1	
<i>nefazodone</i>		1	
PRISTIQ	<i>desvenlafaxine</i>	2	ST
<i>trazodone</i>		1	
<i>venlafaxine</i>		1	
OTHER ANTIPARKINSON DRUGS			
APOKYN	<i>apomorphine</i>	2	
<i>bromocriptine</i>		1	
<i>carbidopa / levodopa, cr</i>		1	
COMTAN	<i>entacapone</i>	2	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
LODOSYN	<i>carbidopa</i>	2	
MIRAPEX	<i>pramipexole</i>	2	
<i>ropinirole</i>		1	
<i>selegiline</i>		1	
STALEVO	<i>carbidopa / levodopa / entacapone</i>	2	
TASMAR	<i>tolcapone</i>	2	
OTHER CNS/AUTONOMIC DRUGS			
<i>atropine</i>		1	
<i>ergoloid mesylates</i>		1	
GUANIDINE	<i>guanidine</i>	2	
MESTINON	<i>pyridostigmine</i>	2	
<i>naloxone</i>		1	
<i>pyridostigmine</i>		1	
REGONOL	<i>pyridostigmine</i>	2	
RILUTEK	<i>riluzole</i>	2	
XYREM	<i>sodium oxybate</i>	2	PAR
SECONDARY AMINES			
<i>amoxapine</i>		1	
<i>desipramine</i>		1	
<i>nortriptyline</i>		1	
<i>protriptyline</i>		1	
SEDATIVE/HYPNOTIC DRUGS			
ROZEREM	<i>ramelteon</i>	2	QLL=30 tabs/30 days
SONATA	<i>zaleplon</i>	2	
<i>zaleplon</i>		1	
SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS			
<i>citalopram</i>		1	QLL=34 tabs/34 days
<i>fluoxetine</i>		1	QLL 10,20 mg tab=68 tabs/34 days; QLL 10,40 mg capsule=68 caps/34 days; QLL 20 mg capsule=34

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
			caps/34 days
<i>fluvoxamine</i>		1	QLL 25 mg, 50 mg=68 tabs/34 days; 100 mg=102 tabs/34 days
<i>paroxetine</i>		1	QLL 10,20 mg=34 tabs/34 days; 30,40 mg=68 tabs/34 days; QLL=2000 ml/34 days
<i>sertraline</i>		1	QLL 25,50 mg=34 tabs/34 days; 100 mg=68 tabs/34 days
SMOKING CESSATION PRODUCTS			
<i>bupropion sr</i>		1	
CHANTIX	<i>varenicline</i>	2	QLL 0.5 mg=22 tabs/year; 1mg=308 tabs/year; 1 st month starter pack=2 packs/year
NICOTROL INHALER, NS	<i>nicotine</i>	2	
SUCCINIMIDES			
CELONTIN	<i>methsuximide</i>	2	
<i>ethosuximide</i>		1	
TERTIARY AMINES			
<i>amitriptyline</i>		1	
<i>clomipramine</i>		1	
<i>doxepin</i>		1	
<i>imipramine</i>		1	
SURMONTIL 100 mg	<i>trimipramine</i>	2	
<i>trimipramine 25 mg, 50 mg capsule</i>		1	
VALPROIC ACID AND DERIVATIVES			
DEPAKOTE, ER, SPRINKLES	<i>divalproex sodium</i>	2	
<i>divalproex sodium</i>		1	
<i>valproate</i>		1	
<i>valproic acid</i>		1	
CARDIOVASCULAR MEDICATIONS			
ANGIOTENSIN CONVERTING ENZYME INHIBITORS			

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>benazepril</i>		1	
<i>captopril</i>		1	
<i>enalapril</i>		1	
<i>fosinopril</i>		1	
<i>lisinopril</i>		1	
<i>moexipril</i>		1	
<i>quinapril</i>		1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS			
BENICAR	<i>olmesartan</i>	2	QLL=34 tabs/34 days, ST
DIOVAN	<i>valsartan</i>	2	QLL=68 tabs/34 days, ST
ANTIDYSRHYTHMIC DRUGS			
<i>amiodarone</i>		1	
<i>disopyramide, er</i>		1	
<i>flecainide</i>		1	
<i>mexiletine</i>		1	
<i>pacerone</i>		1	
<i>procainamide, er, sr</i>		1	
<i>propafenone</i>		1	
<i>quinidine gluconate er</i>		1	
<i>quinidine sulfate, er</i>		1	
<i>sotalol, af</i>		1	
TIKOSYN	<i>dofetilide</i>	2	
BETA-ADRENERGIC ANTAGONIST DRUGS			
<i>acebutolol</i>		1	
<i>atenolol</i>		1	
<i>betaxolol</i>		1	
<i>bisoprolol</i>		1	
<i>carvedilol</i>		1	
INNOPRAN XL	<i>propranolol</i>	2	
<i>labetalol</i>		1	
<i>metoprolol succinate er</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>metoprolol tartrate</i>		1	
<i>nadolol</i>		1	
<i>pindolol</i>		1	
<i>propranolol, er</i>		1	
<i>timolol</i>		1	
CALCIUM ANTAGONISTS			
<i>afeditab cr</i>		1	
<i>amlodipine</i>		1	
<i>cartia xt</i>		1	
<i>diltiazem, er, xr</i>		1	
<i>felodipine er</i>		1	
<i>isradipine</i>		1	
<i>nicardipine</i>		1	
<i>nifediac cc, xl</i>		1	
<i>nifedipine, er</i>		1	
<i>nimodipine</i>		1	
<i>taztia xt</i>		1	
<i>verapamil, sr</i>		1	
CARDIAC GLYCOSIDES			
<i>digoxin</i>		1	
LANOXIN	<i>digoxin</i>	2	
CENTRALLY ACTING ANTIHYPERTENSIVES			
<i>clonidine</i>		1	
<i>guanabenz</i>		1	
<i>guanfacine</i>		1	
<i>methyldopa</i>		1	
DRUGS FOR PHEOCHROMOCYTOMA			
DEMSER	<i>metyrosine</i>	2	
<i>dibenzyliline</i>		1	
ENDOTHELIN RECPTR ANTAGONIST			
LETAIRIS	<i>ambrisentan</i>	2	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
TRACLEER	<i>bosentan</i>	2	PAR
HMG-COA COMBINATIONS			
ADVICOR	<i>niacin/ lovastatin</i>	2	QLL=68 tabs/34 days
VYTORIN	<i>ezetimibe / simvastatin</i>	2	QLL=34 tabs/34 days
HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS			
LESCOL	<i>fluvastatin</i>	2	QLL=68 caps/34 days
<i>lovastatin</i>		1	QLL 10 mg=34 tabs/34 days; 20,40 mg=68 tabs/34 days
<i>pravastatin</i>		1	QLL 10,20,80 mg=34 tabs/34 days; 40 mg=68/34 days
<i>simvastatin</i>		1	QLL=34 tabs/34 days
HYPOLIPOPROTEINEMICS			
<i>cholestyramine</i>		1	
<i>cholestyramine light</i>		1	
<i>colestipol</i>		1	
<i>fenofibrate</i>		1	
<i>gemfibrozil</i>		1	
<i>prevalite</i>		1	
TRILIPIX	<i>fenofibric acid</i>	2	
ZETIA	<i>ezetimibe</i>	2	
LOOP DIURETICS			
<i>bumetanide</i>		1	
<i>furosemide</i>		1	
<i>torseamide</i>		1	
NITRATES			
<i>isosorbide dinitrate, er</i>		1	
<i>isosorbide mononitrate, er</i>		1	
<i>nitroglycerin, transdermal</i>		1	
NITROSTAT	<i>nitroglycerin sublingual tablets</i>	2	
OTHER ANTIARRHYTHMICS			

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>sorine</i>		1	
TIKOSYN	<i>dofetilide</i>	2	
OTHER ANTIHYPERTENSIVES			
<i>atenolol/ chlorthalidone</i>		1	
<i>benazepril/ hydrochlorothiazide</i>		1	
BENICAR HCT	<i>olmesartan / hydrochlorothiazide</i>	2	QLL=34 tabs/34 days, ST
<i>bisoprolol / hydrochlorothiazide</i>		1	
<i>captopril/ hydrochlorothiazide</i>		1	
DIOVAN HCT	<i>valsartan / hydrochlorothiazide</i>	2	QLL 160/12.5 mg=34 tabs/34 days; 80/12.5 mg, 160/25 mg=68 tabs/34 days, ST
<i>enalapril/ hydrochlorothiazide</i>		1	
<i>fosinopril / hydrochlorothiazide</i>		1	
<i>lisinopril / hydrochlorothiazide</i>		1	
<i>methyldopa/ hydrochlorothiazide</i>		1	
<i>metoprolol / hydrochlorothiazide</i>		1	
<i>propranolol / hydrochlorothiazide</i>		1	
<i>quinaretic</i>		1	
<i>reserpine</i>		1	
OTHER CARDIOVASCULAR DRUGS			
<i>midodrine</i>		1	
<i>pentopak</i>		1	
<i>pentoxifylline er</i>		1	
<i>pentoxil</i>		1	
RANEXA		2	
TEKTURNA	<i>aliskiren</i>	2	
OTHER VASODILATING DRUGS			
REVATIO	<i>sildenafil</i>	2	PAR, QLL=112 tabs/34 days
POTASSIUM SPARING DIURETICS			
<i>amiloride</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>		1	
<i>spironolactone</i>		1	
<i>triamterene / hydrochlorothiazide</i>		1	
THIAZIDE AND RELATED DRUGS			
<i>chlorothiazide</i>		1	
<i>chlorthalidone</i>		1	
<i>hydrochlorothiazide</i>		1	
<i>indapamide</i>		1	
<i>methyclothiazide</i>		1	
<i>metolazone</i>		1	
VASODILATOR ANTIHYPERTENSIVES			
<i>doxazosin</i>		1	
<i>hydralazine</i>		1	
<i>minoxidil</i>		1	
<i>prazosin</i>		1	
<i>terazosin</i>		1	
DERMATOLOGICAL MEDICATIONS			
ACCUTANES			
<i>amneesteem</i>		1	
PANRETIN	<i>alitretinoin</i>	2	
<i>sotret</i>		1	
ANTIACNE DRUGS			
<i>clindamycin</i>		1	
<i>ery 2% pads</i>		1	
<i>erythromycin</i>		1	
<i>erythromycin / benzoyl peroxide</i>		1	
<i>metronidazole</i>		1	
<i>tretinoin</i>		1	
ANTIPRURITIC DRUGS			
<i>hydroxyzine</i>		1	
ANTIPSORIASIS AND ANTIECZEMA DRUGS			

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
DOVONEX	<i>calcipotriene</i>	2	
SORIATANE	<i>acitretin</i>	2	
TAZORAC	<i>tazarotene</i>	2	
KERATOLYTIC DRUGS			
<i>condylox gel</i>		1	
<i>podofilox</i>		1	
ORAL DERMATOLOGICAL DRUGS			
8-MOP	<i>methoxsalen</i>	2	
<i>claravis</i>		1	
OXSORALEN ULTRA	<i>methoxsalen</i>	2	
SCABICIDES			
<i>acticin</i>		1	
EURAX	<i>crotamiton</i>	2	
<i>permethrin</i>		1	
ULESFIA	<i>benzyl alcohol</i>	2	
TOPICAL ANESTHETICS			
<i>lidocaine / prilocaine</i>		1	
TOPICAL CORTICOSTEROID DRUGS			
<i>alclometasone</i>		1	
<i>amcinonide</i>		1	
<i>betamethasone</i>		1	
<i>beta-val</i>		1	
<i>clobetasol</i>		1	
<i>del-beta</i>		1	
<i>desonide</i>		1	
<i>desoximetasone</i>		1	
<i>diflorasone</i>		1	
<i>fluocinolone</i>		1	
<i>fluocinonide</i>		1	
<i>fluticasone</i>		1	
<i>halobetasol</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>hydrocortisone (0.1% soln, cream, lotion, ointment)</i>		1	
<i>lidazone hc</i>		1	
<i>lidocaine hc</i>		1	
<i>mometasone</i>		1	
<i>triamcinolone</i>		1	
<i>triderm</i>		1	
TOPICAL DERMATOLOGICAL DRUGS			
ALDARA	<i>imiquimod</i>	2	
<i>ammonium lactate</i>		1	
EFUDEX CREAM	<i>fluorouracil</i>	2	
ELIDEL	<i>pimecrolimus</i>	2	ST
FLUOROPLEX	<i>fluorouracil</i>	2	
<i>fluorouracil</i>		1	
REGRANEX	<i>becaplermin</i>	2	QLL 15 mg=3 tubes/365 days
SANTYL	<i>collagenase</i>	2	QLL=30 gram tube/30 days
SOLARAZE	<i>diclofenac</i>	2	
ZONALON	<i>doxepin</i>	2	
DIAGNOSTIC & MISCELLANEOUS MEDICATIONS			
DIAGNOSTIC PRODUCTS			
EXJADE	<i>deferasirox</i>	2	
THIOLA	<i>tiopronin</i>	2	
DRUGS TO TREAT RARE DISEASES			
DRUGS TO TREAT RARE DISEASES			
ADAGEN	<i>pegademase</i>	2	
ANTIZOL	<i>fomepizole</i>	2	
SUCRAID	<i>sacrosidase</i>	2	
EAR-NOSE-THROAT MEDICATIONS			
DRUGS AFFECTING THE EAR			
<i>acetic acid</i>		1	
<i>borofair</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
CIPRODEX	<i>ciprofloxacin / dexamethasone</i>	2	
<i>cortomycin</i>		1	
DERMOTIC		2	
<i>neomycin / polymixin b/ hydrocortisone ear soln</i>		1	
DRUGS AFFECTING THE NOSE			
ASTELIN	<i>azelastine</i>	2	QLL=2 pkg/34 days
<i>flunisolide</i>		1	
<i>fluticasone</i>		1	
<i>ipratropium bromide</i>		1	
NASONEX	<i>mometasone</i>	2	
DRUGS AFFECTING THE THROAT AND MOUTH			
<i>chlorhexidine gluconate</i>		1	
<i>periogard</i>		1	
<i>pilocarpine</i>		1	
<i>triamcinolone</i>		1	
ENDOCRINE MEDICATIONS			
ANTIDIABETIC AGENT			
BYETTA	<i>exenatide</i>	2	PAR, QLL 10 mcg=1 pen/30 days
JANUMET	<i>sitagliptin/metformin</i>	2	PAR
JANUVIA	<i>sitagliptin</i>	2	PAR
SYMLIN	<i>pramlintide</i>	2	PAR
ANTITHYROID DRUGS			
<i>methimazole</i>		1	
<i>propylthiouracil</i>		1	
GLUCOCORTICOID/MINERALOCORTICOID DRUGS			
CORTEF	<i>hydrocortisone</i>	2	
<i>cortisone</i>		1	
<i>dexamethasone</i>		1	
<i>fludrocortisone</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>hydrocortisone</i>		1	
<i>methylprednisolone</i>		1	
<i>prednisolone</i>		1	
<i>prednisone</i>		1	
GLUCOSE ELEVATING DRUGS			
GLUCAGON	<i>glucagon</i>	2	
PROGLYCEM	<i>diazoxide</i>	2	
INSULIN			
LANTUS VIAL	<i>insulin glargine</i>	2	
LEVEMIR VIAL	<i>insulin detemir</i>	2	
NOVOLIN 70/30	<i>insulin nph / insulin regular</i>	2	
NOVOLIN N	<i>insulin nph</i>	2	
NOVOLIN R	<i>insulin regular</i>	2	
NOVOLOG	<i>insulin aspart</i>	2	
NOVOLOG 70/30	<i>insulin aspart</i>	2	
INSULIN SENSITIZERS & COMBOS			
ACTOS	<i>pioglitazone</i>	2	QLL=30 tabs/30 days
ACTOPLUS MET	<i>pioglitazone / metformin</i>	2	QLL=90 tabs/30 days
AVANDAMET	<i>rosiglitazone / metformin</i>	2	QLL=68 tabs/34 days
AVANDARYL	<i>rosiglitazone / glimepiride</i>	2	QLL 4/1 mg, 4/2 mg=68 tabs/34 days; QLL 4/4 mg=34 tabs/34 days
AVANDIA	<i>rosiglitazone</i>	2	QLL 2,4 mg=68 tabs/34 days; 8 mg=34 tabs/34 days
DUETACT	<i>pioglitazone/glimepiride</i>	2	QLL=30 tabs/30 days
ORAL HYPOGLYCEMICS & COMBOS			
<i>acarbose</i>		1	
<i>chlorpropamide</i>		1	
<i>glimepiride</i>		1	
<i>glipizide / metformin</i>		1	
<i>glipizide, er, xl</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>glyburide</i>		1	
<i>glyburide / metformin</i>		1	
<i>glycron</i>		1	
<i>metformin, er</i>		1	
PRANDIN	<i>repaglinide</i>	2	
<i>tolazamide</i>		1	
<i>tolbutamide</i>		1	
OTHER ENDOCRINE DRUGS			
ALDURAZYME	<i>laronidase</i>	2	PAR
<i>alendronate</i>		1	QLL 5,10,40,70 mg= 34 tabs/34 days; QLL 35 mg=5 tabs/34 days
BUPHENYL	<i>sodium phenylbutyrate</i>	2	
<i>cabergoline</i>		1	QLL=5 tabs/fill
CEREDASE	<i>alglucerase</i>	2	PAR
CEREZYME	<i>imiglucerase</i>	2	PAR
CHEMET	<i>succimer</i>	2	
<i>desmopressin</i>		1	
<i>etidronate</i>		1	
EVISTA	<i>raloxifene</i>	2	
FABRAZYME	<i>agalsidase</i>	2	PAR
FORTEO	<i>teriparatide</i>	2	PAR
<i>fortical nasal spray</i>		1	
INCRELEX	<i>mecasermin</i>	2	PAR
MIACALCIN VIAL	<i>calcitonin</i>	2	
NAGLAZYME	<i>galsulfase</i>	2	
NORDITROPIN	<i>somatropin</i>	2	PAR
NUTROPIN	<i>somatropin</i>	2	PAR
ORFADIN	<i>nitisinone</i>	2	
<i>pamidronate</i>		1	
SENSIPAR	<i>cinacalcet</i>	2	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
SOMAVERT	<i>pegvisomant</i>	2	PAR
STIMATE	<i>desmopressin</i>	2	
ZAVESCA	<i>miglustat</i>	2	
ZOMETA	<i>zoledronic</i>	2	
THYROID SUPPLEMENTS			
<i>levothroid</i>		1	
<i>levothyroxine</i>		1	
<i>levoxyl</i>		1	
THYROLAR	<i>liotrix</i>	2	
<i>unithroid</i>		1	
GASTROINTESTINAL MEDICATIONS			
ANTIDIARRHEAL DRUGS			
<i>diphenoxylate / atropine</i>		1	
<i>lonox</i>		1	
<i>loperamide</i>		1	
ANTISPASMODICS/DRUGS AFFECT GI MOTILITY			
<i>dicyclomine</i>		1	
<i>glycopyrrolate</i>		1	
<i>metoclopramide</i>		1	
<i>propantheline</i>		1	
ANTIULCER DRUGS			
<i>cimetidine</i>		1	
<i>famotidine</i>		1	
<i>nizatidine</i>		1	
<i>ranitidine</i>		1	
ZANTAC SYRUP	<i>ranitidine</i>	2	
IRRITABLE BOWEL DRUGS			
LOTRONEX	<i>alosetron</i>	2	
LAXATIVES AND CATHARTICS			
AMITIZA	<i>lubiprostone</i>	2	QLL=60 caps/30 days
<i>lactulose</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>polyethylene glycol</i>		1	
VISICOL	<i>sodium phosphate salts</i>	2	
OTHER ANTIULCER DRUGS			
CARAFATE SUSPENSION	<i>sucralfate</i>	2	
<i>misoprostol</i>		1	
<i>sucralfate</i>		1	
OTHER GI DRUGS			
ASACOL	<i>mesalamine</i>	2	
CANASA	<i>mesalamine</i>	2	
CORTIFOAM	<i>hydrocortisone</i>	2	
DIPENTUM	<i>olsalazine</i>	2	
ENTOCORT EC	<i>budesonide</i>	2	
<i>hydrocortisone</i>		1	
<i>lipram, cr, pn, ul</i>		1	
<i>mesalamine</i>		1	
<i>pancrelipase, mst</i>		1	
<i>pancron</i>		1	
<i>peg/electrolytes</i>		1	
PENTASA	<i>mesalamine</i>	2	
<i>plaretase</i>		1	
<i>procto-pak</i>		1	
<i>proctozone-hc</i>		1	
<i>sulfasalazine, ec</i>		1	
<i>sulfazine, ec</i>		1	
<i>ultracaps mt</i>		1	
URSO, FORTE	<i>ursodiol</i>	2	
<i>ursodiol</i>		1	
PROTON PUMP INHIBITORS			
<i>omeprazole</i>		1	QLL 20 mg=136 caps/34 days
<i>pantoprazole</i>		2	ST; QLL=34 tabs/34 days

**Mercy Care Advantage
Comprehensive Formulary**

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
PROTONIX 40 MG VIAL		2	
IMMUNOLOGICALS AND VACCINES			
DRUGS TO TREAT MULTIPLES SCLEROSIS			
AVONEX	<i>interferon beta-1a</i>	2	PAR, QLL=5 pkg/34 days
BETASERON	<i>interferon beta-1b</i>	2	PAR, QLL=17 single-use packs/34 days
COPAXONE	<i>glatiramer acetate</i>	2	PAR, QLL=30 syringes/30 days
TYSABRI	<i>natalizumab</i>	2	PAR, QLL=1 vial/30 days
ERYTHROID STIMULANTS			
ARANESP	<i>darbepoetin</i>	2	PAR
PROCRIT	<i>epoetin</i>	2	PAR
IMMUNOLOGICALS AND VACCINES			
ACTHIB	<i>haemophilus vaccine</i>	2	
ADACEL	<i>diphtheria / pertussis / tetanus vaccine</i>	2	
ATGAM	<i>lymphocyte immune globulin</i>	2	
ATTENUVAX	<i>measles virus vaccine</i>	2	
BOOSTRIX	<i>diphtheria / pertussis / tetanus vaccine</i>	2	
COMVAX	<i>haemophilus / hepatitis b vaccine</i>	2	
DAPTACEL	<i>diphtheria / pertussis / tetanus vaccine</i>	2	
DECAVAC	<i>diphtheria toxoid /tetanus toxoid vaccine</i>	2	
<i>diphtheria toxoid vaccine (4 unit/ml)/tetanus toxoid vaccine 4 unit/ml injectable suspension</i>		1	
DIPHTHERIA/TETANUS TOXOID	<i>diphtheria and tetanus toxoids adsorbed</i>	2	
ENGERIX-B	<i>hepatitis b vaccine recomb</i>	2	
GARDASIL	<i>human papilloma virus vaccine</i>	2	
HAVRIX	<i>hepatitis a vaccine</i>	2	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
HibTITER	<i>haemophilus influenzae type b conjugate vaccine</i>	2	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	<i>rabies vaccine</i>	2	
INFANRIX	<i>diphtheria / pertussis / tetanus vaccine</i>	2	
IPOL INACTIVATED IPV	<i>poliomyelitis vaccine</i>	2	
JE-VAX	<i>japanese encephalitis virus vaccine</i>	2	
KINERET	<i>anakinra</i>	2	PAR
MENACTRA	<i>meningococcal polysaccharide diphtheria toxoid conjugate vaccine</i>	2	
MENOMUNE	<i>meningococcal vaccine</i>	2	
MERUVAX II	<i>rubella virus vaccine</i>	2	
M-M-R II	<i>measles / mumps / rubella vaccine</i>	2	
PEDIARIX	<i>hepatitis b / diphtheria / pertussis / tetanus / polio vaccine</i>	2	
PEDVAX HIB	<i>haemophilus vaccine</i>	2	
PROQUAD	<i>measles / mumps / rubella vaccine</i>	2	
RBAVERT	<i>rabies vaccine</i>	2	
RECOMBIVAX HB	<i>hepatitis b vaccine</i>	2	
ROTATEQ	<i>rotavirus vaccine</i>	2	
SYNAGIS	<i>palivizumab</i>	2	PAR
<i>tetanus toxoid adsorbed vl</i>		1	
THALOMID	<i>thalidomide</i>	2	
TRIHIBIT	<i>haemophilus / diphtheria / pertussis / tetanus vaccine</i>	2	
TRIPEDIA	<i>diphtheria / pertussis / tetanus vaccine</i>	2	
TWINRIX	<i>hepatitis a / hepatitis b vaccine</i>	2	
TYPHIM VI	<i>typhoid vaccine</i>	2	
VAQTA	<i>hepatitis a vaccine</i>	2	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
VARIVAX	<i>varicella vaccine</i>	2	
VIVOTIF BERNA	<i>typhoid vaccine</i>	2	
YF-VAX	<i>yellow fever vaccine</i>	2	
ZOSTAVAX	<i>varicella vaccine</i>	2	
INTERFERONS			
ACTIMMUNE	<i>interferon gamma-1b</i>	2	
ALFERON N	<i>interferon alfa-n3</i>	2	
INFERGEN	<i>interferon alfacon</i>	2	QLL=12 vials/34 days
INTRON-A	<i>interferon alfa-2b</i>	2	
PEGASYS	<i>peginterferon alfa-2a</i>	2	PAR
PEG-INTRON	<i>peginterferon alfa-2a</i>	2	PAR, QLL=1 kit/30 days
INTERLEUKINS			
NEUMEGA	<i>oprelvekin</i>	2	QLL=21 vials/30 days
PROLEUKIN	<i>aldesleukin</i>	2	
ZENAPAX	<i>daclizumab</i>	2	
MYELOID STIMULANTS			
LEUKINE	<i>sargramostim</i>	2	
NEULASTA	<i>pegfilgrastim</i>	2	PAR
NEUPOGEN	<i>filgrastim</i>	2	PAR
MEDICAL (MISCELLANEOUS) SUPPLIES			
DIABETIC SUPPLIES			
ALCOHOL SWAB	<i>alcohol antiseptic pad</i>	2	
INSULIN NEEDLE	<i>insulin needle</i>	2	
INSULIN SYRINGE	<i>insulin syringe</i>	2	
STERILE GAUZE 2X2	<i>gauze bandage</i>	2	
MUSCULOSKELETAL MEDICATIONS			
CNS MUSCLE RELAXANTS			
<i>carisoprodal / aspirin / codeine</i>		1	QLL=240 tabs/34 days
<i>carisoprodol</i>		1	QLL=136 tabs/30 days
<i>carisoprodol compound</i>		1	QLL=240 tabs/30 days
<i>chlorzoxazone</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>cyclobenzaprine</i>		1	
<i>methocarbamol</i>		1	
<i>orphenadrine</i>		1	
<i>orphenadrine compound</i>		1	
<i>orphengesic, forte</i>		1	
DIRECT MUSCLE RELAXANTS			
<i>baclofen</i>		1	
<i>dantrolene</i>		1	
<i>tizanidine</i>		1	
DRUGS TO PREVENT AND TREAT GOUT			
<i>allopurinol</i>		1	
COLCRYS		2	
<i>colchicine/ probenecid</i>		1	
<i>probenecid</i>		1	
NON-STEROIDAL ANTIINFLAMMATORY AGENTS			
CELEBREX	<i>celecoxib</i>	2	QLL=68 caps/34 days
<i>diclofenac potassium</i>		1	
<i>diclofenac sodium, ec, xr</i>		1	
<i>etodolac, er</i>		1	
<i>fenoprofen</i>		1	
<i>flurbiprofen</i>		1	
<i>ibuprofen</i>		1	
<i>indomethacin, er</i>		1	
<i>ketoprofen, er</i>		1	
<i>ketorolac</i>		1	QLL=20 tabs/34 days
<i>meclofenamate</i>		1	
<i>meloxicam</i>		1	
<i>nabumetone</i>		1	
<i>naproxen, ec</i>		1	
<i>oxaprozin</i>		1	
<i>piroxicam</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>sulindac</i>		1	
<i>tolmetin</i>		1	
OTHER DRUGS FOR ARTHRITIS			
CUPRIMINE	<i>penicillamine</i>	2	
<i>leflunomide</i>		1	
RIDAURA	<i>auranofin</i>	2	
SKELAXIN	<i>metaxalone</i>	2	
SYPRINE	<i>trientine</i>	2	
SALICYLATES AND RELATED DRUGS			
<i>diflunisal</i>		1	
NUTRITION,BLOOD MODIFIERS,ELECTROLYTES			
ANTIPLATELET DRUGS			
AGGRENOX	<i>aspirin / dipyridamole</i>	2	
<i>cilostazol</i>		1	
<i>dipyridamole</i>		1	
PLAVIX	<i>clopidogrel</i>	2	
<i>ticlopidine</i>		1	
BLOOD DETOXICANTS			
<i>constulose</i>		1	
<i>enulose</i>		1	
<i>lactulose</i>		1	
REVELA	<i>sevelamer carbonate</i>	2	QLL=540 tablets/30 days
COAGULANTS			
CYKLOKAPRON		2	
ELECTROLYTES, IRRIGATING SOLUTIONS, ETC.			
AMINESS	<i>amino acids</i>	2	
CLINISOL	<i>amino acids</i>	2	
CYSTAGON	<i>cysteamine</i>	2	
<i>dextrose</i>		1	
<i>dextrose/ lactated ringers / potassium</i>		1	
<i>dextrose solution</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>dextrose solution / lactated ringers</i>		1	
<i>dextrose solution / potassium</i>		1	
<i>dextrose solution / electrolytes</i>		1	
<i>lactated ringers solution</i>		1	
<i>ringers solution</i>		1	
<i>saline solution / potassium</i>		1	
<i>sodium bicarbonate</i>		1	
<i>sodium chloride</i>		1	
<i>tis-u-sol</i>		1	
TRAVASOL	<i>amino acids</i>	2	
TRAVASOL/ ELECTROLYTES	<i>tpn / amino acids / electrolytes</i>	2	
FLUORIDE PRODUCTS			
<i>ethedent tablets</i>		1	
<i>fluorabon tablets, drops</i>		1	
<i>fluor-a-day tablets, drops</i>		1	
<i>fluoritab tablets, drops</i>		1	
<i>renaf fluoride tablets</i>		1	
<i>sodium fluoride tablets</i>		1	
<i>stannous fluoride</i>		1	
INJECTABLE ANTICOAGULANTS			
ARIXTRA	<i>fondaparinux</i>	2	
<i>heparin</i>		1	
LOVENOX	<i>enoxaparin</i>	2	
ORAL ANTICOAGULANTS, VITAMIN K			
<i>jantoven</i>		1	
<i>warfarin</i>		1	
POTASSIUM REMOVING RESINS			
KAYEXALATE	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	2	
<i>sps</i>		1	
POTASSIUM SUPPLEMENTS			

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>dextrose solution / potassium</i>		1	
<i>ed k</i>		1	
<i>kaon-cl</i>		1	
<i>klor-con</i>		1	
<i>potassium chloride, cr, er</i>		1	
THERAPEUTIC VITAMINS & MINERALS			
<i>calcitriol</i>		1	
<i>calcium acetate</i>		1	
HECTOROL	<i>doxercalciferol</i>	2	
<i>levocarnitine</i>		1	
NIACOR	<i>niacin</i>	2	
NIASPAN	<i>niacin</i>	2	
VITAMINS & MINERALS & RELATED PRODUCTS			
INTRALIPID	<i>fat emulsions</i>	2	
<i>multivitamin / fluoride</i>		1	
<i>multivitamin / fluoride/ iron</i>		1	
<i>soluvite f</i>		1	
<i>tri-a-vite / fluoride</i>		1	
<i>tri-vit / fluoride</i>		1	
<i>tri-vit / fluoride / iron</i>		1	
OBSTETRICAL & GYNECOLOGICAL MEDICATIONS			
ANDROGEN DRUGS			
ANADROL	<i>oxymetholone</i>	2	PAR
ANDROXY	<i>fluoxymesterone</i>	2	
<i>danazol</i>		1	
<i>oxandrolone</i>		1	PAR
TESTIM	<i>testosterone</i>	2	
<i>testosterone cypionate</i>		1	
CONTRACEPTIVES			
<i>apri</i>		1	
<i>aranelle</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>aviane</i>		1	
<i>cesia</i>		1	
<i>cryselle</i>		1	
<i>enpresse</i>		1	
<i>junel</i>		1	
<i>junel fe</i>		1	
<i>kariva</i>		1	
<i>kelnor</i>		1	
<i>leena</i>		1	
<i>lessina</i>		1	
<i>levora</i>		1	
<i>low-ogestrel</i>		1	
<i>lutera</i>		1	
<i>microgestin</i>		1	
<i>microgestin fe</i>		1	
<i>mononessa</i>		1	
<i>necon</i>		1	
<i>next choice</i>		1	
<i>nortrel</i>		1	
<i>ogestrel</i>		1	
PLAN B	<i>levonorgestrel</i>	2	
<i>portia-28</i>		1	
<i>previfem</i>		1	
<i>reclipsen</i>		1	
<i>solia</i>		1	
<i>sprintec</i>		1	
<i>trinessa</i>		1	
<i>tri-previfem</i>		1	
<i>tri-sprintec</i>		1	
<i>trivora</i>		1	
<i>velivet</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>zovia</i>		1	
ESTROGEN DRUGS			
ESTRACE VAGINAL CREAM	<i>estradiol</i>	2	
<i>estradiol patch</i>		1	QLL=5 patches/34 days
<i>estradiol tablet</i>		1	
<i>estropipate</i>		1	
MENEST	<i>estrogens, esterified</i>	2	
PREMARIN W/APPLICATOR	<i>estrogens, conjugated</i>	2	
VAGIFEM	<i>estradiol</i>	2	
ESTROGEN/PROGESTIN COMBINATIONS			
COMBIPATCH	<i>norethindrone/ estradiol</i>	2	
<i>norethindrone/ estradiol</i>		1	
PREMPHASE	<i>conjugated estrogens and medroxyprogesterone</i>	2	
PREMPRO	<i>conjugated estrogens and medroxyprogesterone</i>	2	
OB/GYN TOPICAL ANTIINFECTIVES			
<i>clindamycin</i>		1	
<i>metronidazole vaginal</i>		1	
<i>vandazole</i>		1	
PRENATAL VITAMINS			
<i>advanced natalcare</i>		1	
<i>aminate fe</i>		1	
<i>cal-nate</i>		1	
<i>complete natal DHA</i>		1	
<i>inatal</i>		1	
<i>maternity</i>		1	
<i>mynatal captab, tablet</i>		1	
<i>mynate</i>		1	
<i>natacaps</i>		1	
<i>natafolic-pn</i>		1	
<i>natatab</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>nu-natal</i>		1	
<i>nutrinate</i>		1	
<i>prenafirst</i>		1	
<i>prenatabs</i>		1	
<i>prenatal</i>		1	
<i>prenatal 1 plus 1</i>		1	
<i>prenatal 19</i>		1	
<i>prenatal 20</i>		1	
<i>prenatal advantage</i>		1	
<i>prenatal formula</i>		1	
<i>prenatal mr</i>		1	
<i>prenatal plus</i>		1	
<i>prenatal rx</i>		1	
<i>prenatal start</i>		1	
<i>prenatal-h</i>		1	
<i>prenatal-u</i>		1	
<i>trinate</i>		1	
<i>ultra-natal</i>		1	
<i>vinate</i>		1	
<i>vitafol</i>		1	
<i>vynatal fa</i>		1	
PROGESTIN DRUGS			
<i>camila</i>		1	
CRINONE	<i>progesterone, micronized</i>	2	
<i>errin</i>		1	
<i>jolivette</i>		1	
<i>medroxyprogesterone</i>		1	
<i>medroxyprogesterone injection</i>		1	
<i>nora-be</i>		1	
<i>norethindrone</i>		1	
PROCHIEVE	<i>progesterone micronized</i>	2	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
PROMETRIUM	<i>progesterone, micronized</i>	2	
SPECIALIZED OB/GYN DRUGS			
<i>methergine</i>		1	
OPHTHALMIC MEDICATIONS			
ANTIGLAUCOMA DRUGS			
<i>acetazolamide</i>		1	
ALPHAGAN, ALPHAGAN P	<i>brimonidine</i>	2	
AZOPT	<i>brinzolamide</i>	2	
<i>betaxolol</i>		1	
<i>brimonidine</i>		1	
<i>carteolol</i>		1	
COMBIGAN	<i>brimonidine/timolol</i>	2	
<i>dipivefrin</i>		1	
<i>levobunolol</i>		1	
LUMIGAN	<i>bimatoprost</i>	2	
<i>methazolamide</i>		1	
<i>metipranolol</i>		1	
PHOSPHOLINE IODIDE	<i>echothiophate iodide</i>	2	
<i>timolol</i>		1	
TRAVATAN	<i>travoprost</i>	2	
OPHTHALMIC ANTIINFECTIVE/CORTICOSTEROIDS			
<i>dexasporin</i>		1	
<i>neomycin / bacitracin / polymyxin / hydrocortisone</i>		1	
<i>neomycin/ polymyxin b / dexamethasone</i>		1	
<i>poly-dex</i>		1	
<i>sulf-pred</i>		1	
OPHTHALMIC CORTICOSTEROID DRUGS			
<i>dexamethasone</i>		1	
<i>fluorometholone</i>		1	
PRED MILD	<i>prednisolone</i>	2	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>prednisolone</i>		1	
OPHTHALMIC TOPICAL ANTIBACTERIAL DRUGS			
<i>ak-poly-bac</i>		1	
<i>ak-tob</i>		1	
<i>bacitracin</i>		1	
<i>ciprofloxacin</i>		1	
<i>erythromycin</i>		1	
<i>gentak</i>		1	
<i>gentamicin</i>		1	
<i>gentasol</i>		1	
<i>neomycin/ bacitracin / polymyxin b</i>		1	
<i>neomycin/ gramicidin / polymyxin b</i>		1	
<i>ocusulf</i>		1	
<i>ofloxacin</i>		1	
<i>polymyxin b/ trimethoprim</i>		1	
<i>tobramycin</i>		1	
<i>tobrasol</i>		1	
<i>triple antibiotic</i>		1	
VIGAMOX	<i>moxifloxacin</i>	2	
ZYMAR	<i>gatifloxacin</i>	2	
OTHER OPHTHALMIC DRUGS			
ACULAR, LS	<i>ketorolac</i>	2	
<i>ak-con</i>		1	
BOTOX	<i>botulinum toxin type a</i>	2	PAR
<i>cromolyn</i>		1	
<i>diclofenac</i>		1	
<i>flurbiprofen</i>		1	
<i>ketorolac tromethamine</i>		1	
<i>naphazoline</i>		1	
NATACYN	<i>natamycin</i>	2	
<i>proparacaine</i>		1	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
RESTASIS	<i>cyclosporine</i>	2	PAR, QLL=2 pkg/30 days
<i>trifluridine</i>		1	
<i>tropicacyl</i>		1	
<i>tropicamide</i>		1	
RESPIRATORY MEDICATIONS			
ANTIHISTAMINES			
ALLEGRA ORAL SOLN	<i>fexofenadine</i>	2	
<i>clemastine</i>		1	
<i>cyproheptadine</i>		1	
<i>dexchlorpheniramine</i>		1	
<i>diphenhydramine</i>		1	
<i>fexofenadine</i>		1	QLL 30, 60 mg=68 tabs/34 days; QLL 180 mg=34 tabs/34 days
<i>hydroxyzine</i>			
PALGIC	<i>carbinoxamine</i>	2	
<i>promethazine</i>		1	
BETA-2 ADRENERGIC DRUGS			
<i>albuterol solution, syrup, tablet</i>		1	
FORADIL	<i>formoterol</i>	2	QLL=60 caps/30 days
<i>metaproterenol</i>		1	
PROAIR HFA	<i>albuterol</i>	1	
PROVENTIL HFA	<i>albuterol</i>	2	
<i>terbutaline</i>		1	
IMMUNOGLOBULIN ANTIBODIES FOR ASTHMA			
XOLAIR	<i>omalizumab</i>	2	PAR
LEUKOTRIENE MODIFIERS			
ACCOLATE	<i>zafirlukast</i>	2	
SINGULAIR	<i>montelukast</i>	2	
ZYFLO CR	<i>zileuton</i>	2	
MAST CELL STABILIZERS			

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
<i>cromolyn</i>		1	
INTAL INHALER		2	
METHYL XANTHINE DRUGS			
<i>aminophylline</i>		1	
<i>theochron</i>		1	
<i>theophylline, er</i>		1	
OTHER DRUGS FOR ASTHMA			
ADVAIR	<i>fluticasone / salmeterol</i>	2	
ATROVENT HFA	<i>ipratropium</i>	2	
COMBIVENT	<i>albuterol / ipratropium</i>	2	QLL=3 inhalers/34 days
<i>epinephrine</i>		1	
EPIPEN, JR	<i>epinephrine</i>	2	QLL Epipen=3 pens/1 fill; QLL Epipen Jr=2 pens/1 fill
FLOVENT, HFA	<i>fluticasone</i>	2	
GASTROCROM	<i>cromolyn</i>	2	
PULMICORT	<i>budesonide</i>	2	
QVAR	<i>beclomethasone</i>	2	QLL=6 inhalers/34 days
SYMBICORT	<i>budesonide/formoterol</i>	2	
OTHER RESPIRATORY DRUGS			
<i>acetylcysteine</i>		1	
ARALAST	<i>alpha-1-proteinase inhibitor</i>	2	PAR
DUONEB	<i>albuterol sulfate/ipratropium</i>	2	
<i>ipratropium</i>		1	
PROLASTIN	<i>alpha-1-proteinase inhibitor</i>	2	PAR
PULMOZYME	<i>dornase alfa</i>	2	PAR, QLL=85 ml/34 days
SPIRIVA	<i>tiotropium</i>	2	QLL=60 caps/30 days, ST
TYZINE	<i>tetrahydrozoline</i>	2	
UROLOGICAL MEDICATIONS			
ANTICHOLINERGIC ANTISPASMODICS			
DETROL		2	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Drug Name	Generic	Drug Tier	Requirements/ Limits
DETROL LA	<i>tolterodine extended-release</i>	2	QLL=30 caps/30 days
DITROPAN SYRUP	<i>oxybutynin</i>	2	
<i>flavoxate</i>		1	
<i>oxybutynin, er</i>		1	
SANCTURA	<i>trospium</i>	2	QLL=60 tabs/30 days
SANCTURA XR	<i>trospium</i>	2	ST, QLL=30 caps/30 days
VESICARE	<i>solifenacin</i>	2	ST, QLL=30 tabs/30 days
CHOLINERGIC STIMULANTS			
<i>bethanechol</i>		1	
OTHER GENITOURINARY PRODUCTS			
AVODART	<i>dutasteride</i>	2	
CYSTADANE	<i>betaine</i>	2	
ELMIRON	<i>pentosan</i>	2	
<i>finasteride</i>		1	
<i>potassium citrate</i>		1	
UROXATRAL	<i>alfuzosin</i>	2	

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

Index of Drugs

	8		
8-MOP			30
A			
<i>abacavir</i>			7
<i>abacavir / lamivudine</i>			6
<i>abacavir / lamivudine / zidovudine</i>			7
<i>abatacept</i>			16
ABILIFY			18
ABRAXANE			13
<i>acarbose</i>			33
ACCOLATE			49
ACCUTANES			29
<i>acebutolol</i>			25
<i>acetaminophen / butalbital / caffeine / codeine</i>			20
<i>acetaminophen / codeine</i>			20
<i>acetazolamide</i>			47
<i>acetic acid</i>			31
<i>acetylcysteine</i>			50
<i>acitretin</i>			30
ACTHIB			37
<i>acticin</i>			30
ACTIMMUNE			39
ACTOPLUS MET			33
ACTOS			33
ACULAR, LS			48
<i>acyclovir</i>			9, 10
ADACEL			37
ADAGEN			31
<i>adalimumab</i>			15
ADDERALL XR			21
<i>adefovir</i>			10
<i>adriamycin</i>			13
ADVAIR			50
<i>advanced natalcare</i>			45
ADVICOR			27
<i>afeditab cr</i>			26
<i>agalsidase</i>			34
AGGRENIX			41
<i>ak-con</i>			48
<i>ak-poly-bac</i>			48
<i>ak-tob</i>			48
<i>albendazole</i>			6
ALBENZA			6
<i>albuterol</i>			49
<i>albuterol / ipratropium</i>			50
<i>albuterol sulfate/ipratropium</i>			50
<i>albuterol syrup, tablet</i>			49
<i>alclometasone</i>			30
ALCOHOL ANTAGONIST			17
<i>alcohol antiseptic pad</i>			39
ALCOHOL SWAB			39
ALDARA			31
<i>aldesleukin</i>			39
ALDURAZYME			34
<i>alefacept</i>			13
<i>alemtuzumab</i>			14
<i>alendronate</i>			34
ALFERON N			39
<i>alfuzosin</i>			51
<i>alglucerase</i>			34
ALIMTA			13
ALINIA			9
<i>aliskiren</i>			28
<i>alitretinoin</i>			29
<i>allopurinol</i>			40
<i>alosetron</i>			35
ALOXI			19
<i>alpha-1-proteinase inhibitor</i>			50
ALPHAGAN, ALPHAGAN P			47
ALTABAX			12
<i>altretamine</i>			15
<i>amantadine</i>			9
AMBISOME			11
<i>ambrisentan</i>			26
<i>amcinonide</i>			30
AMEVIVE			13
<i>amifostine</i>			13
<i>amikacin</i>			6
<i>amiloride</i>			28, 29
<i>amiloride/hydrochlorothia</i>			29
<i>aminatle fe</i>			45
AMINESS			41
<i>amino acids</i>			41, 42
AMINOGLYCOSIDES			6
<i>aminophylline</i>			50
<i>amiodarone</i>			25
AMITIZA			35
<i>amitriptyline</i>			24
<i>amitriptyline / chlordiazepoxide</i>			22
<i>amitriptyline / perphenazine</i>			22
<i>amlodipine</i>			26
<i>ammonium lactate</i>			31
<i>amnesteem</i>			29
<i>amoclan</i>			11
<i>amoxapine</i>			23
<i>amoxicillin</i>			11
<i>amoxicillin / clavulanate</i>			11
AMOXIL			11
<i>amphetamine / dextroamphetamine, extended-release</i>			21
<i>amphetamine salts / dextroamphetamine salts</i>			21
<i>amphotericin b</i>			11
<i>ampicillin</i>			11
<i>ampicillin / sulbactam</i>			11
ANADROL			43
<i>anagrelide</i>			13
<i>anakinra</i>			38
ANALGESICS			17
<i>anastrozole</i>			13
ANCOBON			9
ANDROGEN DRUGS			43
ANDROXY			43

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

ANESTHETICS	6
ANGIOTENSIN CONVERTING ENZYME INHIBITORS	24
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS	25
ANTABUSE.....	17
ANTHELMINTICS.....	6
ANTIACNE DRUGS.....	29
ANTICHOLINERGIC ANTISPASMODICS.....	50
ANTIDEMENTIA DRUGS.....	17
ANTIDIABETIC AGENT.....	32
ANTIDIARRHEAL DRUGS.....	35
ANTIDYSRHYTHMIC DRUGS.....	25
ANTIGLAUCOMA DRUGS.....	47
ANTI HISTAMINES.....	49
ANTIINFECTIVES	6
ANTIMANIA DRUGS.....	18
ANTINEOPLASTIC/IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS	13
ANTIPARKINSON ANTICHOLINERGIC DRUGS.....	18
ANTIPLATELET DRUGS.....	41
ANTI PRURITIC DRUGS.....	29
ANTIPSORIASIS AND ANTIECZEMA DRUGS.....	29
ANTI PSYCHOTIC DRUGS.....	18
ANTIRETROVIRALS & PROTEASE INH.....	6
ANTISPASMODICS/DRUGS AFFECT GI MOTILITY.....	35
ANTITHYROID DRUGS.....	32
ANTITUBERCULOSIS DRUGS.....	7
ANTIULCER DRUGS.....	35
ANTI VERTIGO AND ANTIEMETIC DRUGS.....	18
ANXIOLYTICS.....	19
APOKYN.....	22
apomorphine.....	22
aprepitant.....	19
apri.....	43
APTIVUS.....	6
ARALAST.....	50
aranelle.....	43
ARANESP.....	37
ARCALYST.....	17
ARICEPT, ODT.....	17
ARIMIDEX.....	13
aripiprazole.....	18
ARIXTRA.....	42
AROMASIN.....	13
arsenic.....	17
ASACOL.....	36
asparaginase.....	14
aspirin / dipyridamole.....	41
ASTELIN.....	32
atazanavir.....	7
atenolol.....	25
atenolol / chlorthalidone.....	28
ATGAM.....	37
atomoxetine.....	21
atovaquone.....	9
atovaquone / proguanil.....	12
ATRIPLA.....	6
atropine.....	23
ATROVENT HFA.....	50
ATTENUVAX.....	37
auranofin.....	41
AUTONOMIC AND CNS MEDICATIONS	17
AVANDAMET.....	33

AVANDARYL.....	33
AVANDIA.....	33
AVASTIN.....	13
aviane.....	44
AVODART.....	51
AVONEX.....	37
azacitidine.....	17
AZACTAM.....	8
AZASAN.....	13
azathioprine.....	13
azelastine.....	32
azithromycin.....	10
AZOPT.....	47
aztreonam.....	8

B

bacitracin.....	9, 48
baclofen.....	40
BACTROBAN 2% CREAM.....	12
BANZEL.....	21
BARACLUDE.....	9
basiliximab.....	16
becaplermin.....	31
beclomethasone.....	50
benazepril.....	25
benazepril / hydrochlorothiazide.....	28
BENICAR.....	25
BENICAR HCT.....	28
benztropine.....	18
benzyl alcohol.....	30
BETA-2 ADRENERGIC DRUGS	49
BETA-ADRENERGIC ANTAGONIST DRUGS	25
betaine.....	51
BETA-LACTAM ANTIBIOTICS	8
betamethasone.....	30
BETASERON.....	37
beta-val.....	30
betaxolol.....	25, 47
bethanechol.....	51
bevacizumab.....	13
bexarotene.....	16
bicalutamide.....	14
BICNU.....	14
bimatoprost.....	47
BIOLOGICAL RESPONSE MODIFIER	17
BIOLOGICAL RESPONSE MODIFIERS	17
bisoprol / hydrochlorothiazide.....	28
bisoprolol.....	25
bleomycin.....	14
BLOOD DETOXICANTS	41
BOOSTRIX.....	37
borofair.....	31
bortezomib.....	17
bosentan.....	27
BOTOX.....	48
botulinum toxin type a.....	48
brimonidine.....	47
brimonidine.....	47
brimonidine/timolol.....	47

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

<i>brinzolamide</i>	47
<i>bromocriptine</i>	22
<i>budeprion sr</i>	22
<i>budesonide</i>	36, 50
<i>budesonide/formoterol</i>	50
<i>bumetanide</i>	27
BUPHENYL	34
<i>buprenorphine</i>	20
<i>buprenorphine / naloxone</i>	20
<i>bupropion sr</i>	24
<i>bupropion, er, sr</i>	22
<i>buspirone</i>	19
<i>butalbital compound / codeine</i>	20
<i>butorphanol</i>	17, 21
BYETTA	32

C

<i>cabergoline</i>	34
<i>calcipotriene</i>	30
<i>calcitonin</i>	34
<i>calcitriol</i>	43
<i>calcium acetate</i>	43
CALCIUM ANTAGONISTS	26
<i>cal-nate</i>	45
<i>camila</i>	46
CAMPATH	14
<i>canakinumab</i>	17
CANASA	36
<i>captopril</i>	25
<i>captopril / hydrochlorothiazide</i>	28
CARAFATE SUSPENSION	36
<i>carbamazepine extended-release</i>	19
<i>carbamazepine, ER</i>	19
CARBAMAZEPINES	19
<i>carbidopa</i>	23
<i>carbidopa / levodopa / entacapone</i>	23
<i>carbidopa / levodopa, cr</i>	22
<i>carbinoxamine</i>	49
<i>carboplatin</i>	14
CARDIAC GLYCOSIDES	26
CARDIOVASCULAR MEDICATIONS	24
<i>carisoprodol / aspirin / codeine</i>	39
<i>carisoprodol</i>	39
<i>carisoprodol compound</i>	39
<i>carmustine</i>	14
<i>carteolol</i>	47
<i>cartia xt</i>	26
<i>carvedilol</i>	25
CASODEX	14
CEENU	14
<i>cefaclor, er</i>	8
<i>cefadroxil</i>	8
<i>cefazolin</i>	8
<i>cefepime</i>	8
<i>cefotaxime</i>	8
<i>cefoxitin</i>	8
<i>cefpodoxime</i>	8
<i>cefprozil</i>	8
CEFTIN SUSPENSION	8

<i>ceftriaxone</i>	8
<i>cefuroxime</i>	8
CELEBREX	40
<i>celecoxib</i>	40
CELLCEPT	14
CELONTIN	24
CENTRALLY ACTING ANTIHYPERTENSIVES	26
<i>cephalexin</i>	8
CEPHALOSPORINS	8
CEREDASE	34
CEREZYME	34
<i>cesia</i>	44
<i>cetuximab</i>	14
CHANTIX	24
CHEMET	34
<i>chlorambucil</i>	15
<i>chloramphenicol</i>	8
CHLORAMPHENICOLS	8
<i>chlorhexidine gluconate</i>	32
<i>chloroquine</i>	12
<i>chlorothiazide</i>	29
<i>chlorpromazine</i>	18
<i>chlorpropamide</i>	33
<i>chlorthalidone</i>	29
<i>chlorzoxazone</i>	39
<i>cholestyramine</i>	27
<i>cholestyramine light</i>	27
CHOLINERGIC STIMULANTS	51
<i>ciclopirox</i>	11
<i>ciclopirox</i>	10
<i>cilostazol</i>	41
<i>cimetidine</i>	35
<i>cinacalcet</i>	34
CIPRO IV	11
CIPRODEX	32
<i>ciprofloxacin</i>	11, 48
<i>ciprofloxacin / dexamethasone</i>	32
<i>cisplatin, aq</i>	14
<i>citalopram</i>	23
<i>cladribine</i>	14
<i>claravis</i>	30
<i>clarithromycin</i>	10
CLASS II NARCOTICS	19
CLASS III NARCOTICS	20
CLASS IV NARCOTICS	20
<i>clemastine (2.68 mg, 0.67 mg/5 ml only)</i>	49
CLEOCIN GRANULES	8
<i>clindamycin</i>	8, 9, 29, 45
CLINDAMYCINS	8
CLINISOL	41
<i>clobetasol</i>	30
<i>clomipramine</i>	24
<i>clonidine</i>	26
<i>clopidogrel</i>	41
<i>clotrimazole</i>	9, 10
<i>clotrimazole / betamethasone</i>	13
<i>clozapine</i>	18
<i>clozapine 25mg tablet, 40mg tablet, 100mg tablet</i>	18
CNS MUSCLE RELAXANTS	39
CNS STIMULANT DRUGS	20
COAGULANTS	41

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

<i>co-gesic</i>	20
<i>colchicine</i>	40
<i>colchicine / probenecid</i>	40
COLCRYST.....	40
<i>colestipol</i>	27
<i>colistimethate</i>	9
<i>collagenase</i>	31
COMBIGAN.....	47
COMBIPATCH.....	45
COMBIVENT.....	50
COMBIVIR.....	6
<i>complete natal DHA</i>	45
<i>compro</i>	19
COMTAN.....	22
COMVAX.....	37
<i>condylox gel</i>	30
<i>conjugated estrogens and medroxyprogesterone</i>	45
<i>constulose</i>	41
CONTRACEPTIVES	43
COPAXONE.....	37
CORTEF.....	32
CORTIFOAM.....	36
<i>cortisone</i>	32
<i>cortomycin</i>	32
COSMEGEN.....	14
CRINONE.....	46
CRIXIVAN.....	6
<i>cromolyn</i>	48, 50
<i>crotamiton</i>	30
<i>cryselle</i>	44
CUBICIN.....	6
CUPRIMINE.....	41
<i>cyclobenzaprine</i>	40
<i>cyclophosphamide</i>	14
<i>cycloserine</i>	7
<i>cyclosporine</i>	14, 49
CYKLOKAPRON.....	41
CYMBALTA.....	22
<i>cyproheptadine</i>	49
CYSTADANE.....	51
CYSTAGON.....	41
<i>cysteamine</i>	41
<i>cytarabine</i>	14

D

<i>dacarbazine</i>	14
<i>daclizumab</i>	39
DACOGEN.....	14
<i>dactinomycin</i>	14
<i>danazol</i>	43
<i>dantrolene</i>	40
<i>dapsone</i>	12
DAPTACEL.....	37
<i>daptomycin</i>	6
DARAPRIM.....	12
<i>darbepoetin</i>	37
<i>darunavir</i>	7
<i>dasatinib</i>	16
<i>daunorubicin</i>	14

DAUNOXOME.....	14
DECAVAC.....	37
<i>decitabine</i>	14
<i>deferasirox</i>	31
<i>delavirdine</i>	7
<i>del-beta</i>	30
<i>demeclocycline</i>	12
DEMSEER.....	26
DENAVIR.....	10
<i>denileukin</i>	16
DEPAKOTE, ER, SPRINKLES.....	18, 24
DEPO-PROVERA.....	14
DERMATOLOGICAL MEDICATIONS	29
DERMOTIC.....	32
<i>desipramine</i>	23
<i>desmopressin</i>	34, 35
<i>desonide</i>	30
<i>desoximetasone</i>	30
<i>desvenlafaxine</i>	22
DETROL.....	50
DETROL LA.....	51
<i>dexamethasone</i>	32, 47
<i>dexasporin</i>	47
<i>dexchlorpheniramine</i>	49
<i>dexrazoxane</i>	14
<i>dextroamphetamine, ER</i>	20
<i>dextrose</i>	41
<i>dextrose / lactated ringers / potassium</i>	41
<i>dextrose solution</i>	41, 42
<i>dextrose solution / lactated ringers</i>	42
<i>dextrose solution / potassium</i>	42, 43
<i>dextrose solution / electrolytes</i>	42
DIABETIC SUPPLIES	39
DIAGNOSTIC & MISCELLANEOUS MEDICATIONS	31
DIAGNOSTIC PRODUCTS	31
<i>diazoxide</i>	33
<i>dibenzylidine</i>	26
<i>diclofenac</i>	48
<i>diclofenac</i>	31, 40
<i>diclofenac potassium</i>	40
<i>diclofenac sodium, ec, xr</i>	40
<i>dicloxacillin</i>	11
<i>dicyclomine</i>	35
<i>didanosine</i>	7
<i>didanosine, didanosine delayed-release</i>	6
<i>diflorasone</i>	30
<i>diflunisal</i>	41
<i>digoxin</i>	26
<i>dihydroergotamine</i>	21
DILANTIN.....	21
DILANTIN 100MG KAPSEAL.....	21
DILANTIN 30MG KAPSEAL.....	21
DILANTIN INFATAB.....	21
<i>diltiazem, er, xr</i>	26
DIOVAN.....	25
DIOVAN HCT.....	28
DIPENTUM.....	36
<i>diphenhydramine (50 mg/ml vial, elixir only)</i>	49
<i>diphenoxylate / atropine</i>	35
<i>diphtheria / pertussis / tetanus vaccine</i>	37, 38
<i>diphtheria and tetanus toxoids adsorbed</i>	37

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

<i>diphtheria toxoid /tetanus toxoid vaccine</i>	37
<i>diphtheria toxoid vaccine (4 unit/ml)/tetanus toxoid vaccine 4 unit/ml injectable suspension</i>	37
<i>dipivefrin</i>	47
DIPHTHERIA/TETANUS TOXOID	37
<i>dipyridamole</i>	41
DIRECT MUSCLE RELAXANTS	40
<i>disopyramide, er</i>	25
<i>disulfiram</i>	17
DITROPAN SYRUP	51
<i>divalproex sodium</i>	24
<i>divalproex sodium</i>	18, 24
<i>docetaxel</i>	16
<i>dofetilide</i>	25, 28
<i>donepezil</i>	17
<i>dornase alfa</i>	50
DOVONEX	30
<i>doxazosin</i>	29
<i>doxepin</i>	24, 31
<i>doxercalciferol</i>	43
DOXIL.....	14
<i>doxorubicin</i>	14
<i>doxy-caps</i>	12
<i>doxycycline</i>	12
<i>doxycycline hyclate</i>	12
DROXIA	14
DRUGS AFFECTING THE EAR	31
DRUGS AFFECTING THE NOSE	32
DRUGS AFFECTING THE THROAT AND MOUTH	32
DRUGS FOR PHEOCHROMOCYTOMA	26
DRUGS TO PREVENT AND TREAT GOUT	40
DRUGS TO PREVENT AND TREAT HEADACHES	20
DRUGS TO TREAT ADHD	21
DRUGS TO TREAT MULTIPLES SCLEROSIS	37
DRUGS TO TREAT RARE DISEASES	31
DRUGS TO TREAT RARE DISEASES	31
DUETACT	33
<i>duloxetine</i>	22
DUONEB	50
<i>dutasteride</i>	51

E

EAR-NOSE-THROAT MEDICATIONS	31
<i>echothiophate iodide</i>	47
<i>econazole</i>	10
<i>ed k</i>	43
<i>efavirenz</i>	7
<i>efavirenz / emtricitabine / tenofovir</i>	6
EFFEXOR XR.....	22
EFUDEX CREAM	31
ELECTROLYTES, IRRIGATING SOLUTIONS, ETC	41
ELIDEL	31
ELIGARD.....	14
ELITEK	14
ELLENCÉ	14
ELMIRON	51
ELOXATIN.....	14
ELSPAR	14
EMCYT	14

EMEND	19
EMSAM.....	22
<i>emtricitabine</i>	6
<i>emtricitabine / tenofovir</i>	7
EMTRIVA	6
<i>enalapril</i>	25
<i>enalapril / hydrochlorothiazide</i>	28
ENBREL	14
<i>endocet</i>	19
ENDOCRINE MEDICATIONS	32
ENDOTHELIN RECPTOR ANTAGONIST	26
<i>enfuvirtide</i>	6
ENGERIX-B	37
<i>enoxaparin</i>	42
<i>enpresse</i>	44
<i>entacapone</i>	22
<i>entecavir</i>	9
ENTOCORT EC	36
<i>enulose</i>	41
<i>epinephrine</i>	50
EPIPEN, JR.....	50
<i>epirubicin</i>	14
<i>epitol</i>	19
EPIVIR.....	6, 10
EPIVIR HBV	10
<i>epoetin</i>	37
EPZICOM	6
ERBITUX	14
<i>ergoloid mesylates</i>	23
<i>ergotamine / caffeine</i>	21
<i>erlotinib</i>	16
<i>errin</i>	46
<i>ery 2% pads</i>	29
ERY-TAB	8
ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	8
<i>erythrocin stearate</i>	8
ERYTHROID STIMULANTS	37
<i>erythromycin</i>	8, 29, 48
<i>erythromycin / benzoyl peroxide</i>	29
<i>erythromycin / sulfisoxazole</i>	12
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	8
ERYTHROMYCINS	8
ESTRACE VAGINAL CREAM.....	45
<i>estradiol</i>	45
<i>estradiol patch</i>	45
<i>estradiol tablet</i>	45
<i>estramustine</i>	14
ESTROGEN DRUGS	45
ESTROGEN/PROGESTIN COMBINATIONS	45
<i>estrogens, conjugated</i>	45
<i>estrogens, esterified</i>	45
<i>estropipate</i>	45
<i>etanercept</i>	14
<i>ethambutol</i>	7
<i>ethedent</i>	42
<i>ethionamide</i>	7
<i>ethosuximide</i>	24
<i>ethotoin</i>	21
<i>etidronate</i>	34
<i>etodolac, er</i>	40
<i>etoposide</i>	14

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

EURAX	30
EVISTA	34
EXELON	17
<i>exemestane</i>	13
<i>exenatide</i>	32
EXJADE	31
<i>ezetimibe</i>	27
<i>ezetimibe / simvastatin</i>	27

F

FABRAZYME	34
<i>famotidine</i>	35
FANSIDAR	12
FARESTON	15
FASLODEX	15
<i>fat emulsions</i>	43
FAZACLO	18
<i>felbamate</i>	21
FELBATOL	21
<i>felodipine er</i>	26
FEMARA	15
<i>fenofibrate</i>	27
<i>fenofibric acid</i>	27
<i>fenoprofen</i>	40
<i>fentanyl lozenge</i>	19
<i>fentanyl patch</i>	19
<i>fexofenadine</i>	49
<i>filgrastim</i>	39
<i>finasteride</i>	51
<i>flavoxate</i>	51
<i>flecainide</i>	25
FLOVENT, HFA	50
<i>fluconazole</i>	9, 11
<i>flucytosine</i>	9
<i>fludarabine</i>	15
<i>fludrocortisone</i>	32
<i>flunisolide</i>	32
<i>fluocinolone</i>	30
<i>fluocinonide, e</i>	30
<i>fluorabon tablets, drops</i>	42
<i>fluor-a-day tablets, drops</i>	42
FLUORIDE PRODUCTS	42
<i>fluoritab drops</i>	42
<i>fluorometholone</i>	47
FLUOROPLEX	31
<i>fluorouracil</i>	15, 31
<i>fluoxetine</i>	23
<i>fluoxyesterone</i>	43
<i>fluphenazine</i>	18
<i>flurbiprofen</i>	40, 48
<i>flutamide</i>	15
<i>fluticasone</i>	30, 32, 50
<i>fluticasone / salmeterol</i>	50
<i>fluvastatin</i>	27
<i>fluvoxamine</i>	24
<i>fomepizole</i>	31
<i>fondaparinux</i>	42
FORADIL	49
<i>formoterol</i>	49

FORTEO	34
<i>fortical nasal spray</i>	34
<i>fosamprenavir</i>	7
<i>foscarnet</i>	10
<i>fosinopril</i>	25
<i>fosinopril / hydrochlorothiazide</i>	28
<i>fulvestrant</i>	15
FURADANTIN	13
<i>furosemide</i>	27
FUZEON	6

G

<i>gabapentin</i>	22
GABITRIL	22
<i>galantamine</i>	17
<i>galantamine, ER</i>	17
<i>galsulfase</i>	34
<i>ganciclovir</i>	10
GANTRISIN PEDIATRIC	12
GARDASIL	37
GASTROCROM	50
GASTROINTESTINAL MEDICATIONS	35
<i>gatifloxacin</i>	48
<i>gauze bandage</i>	39
<i>gefitinib</i>	15
<i>gemcitabine</i>	15
<i>gemfibrozil</i>	27
<i>gemtuzumab</i>	16
GEMZAR	15
<i>gentak</i>	48
<i>gentamicin</i>	6, 13, 48
<i>gentalol</i>	48
GEODON	18
<i>glatiramer acetate</i>	37
GLEEVEC	15
<i>glimepiride</i>	33
<i>glipizide / metformin</i>	33
<i>glipizide, er, xl</i>	33
<i>glucagon</i>	33
GLUCAGON	33
GLUCOCORTICOID DRUGS/MINERALOCORTICOID DRUGS	32
GLUCOSE ELEVATING DRUGS	33
<i>glyburide</i>	34
<i>glyburide / metformin</i>	34
<i>glycopyrrolate</i>	35
<i>glycron</i>	34
GRIFULVIN V TABLET	9
<i>griseofulvin</i>	9
GRIS-PEG	9
<i>guanabenz</i>	26
<i>guanfacine</i>	26
<i>guanidine</i>	23
GUANIDINE	23

H

<i>haemophilus vaccine</i>	37, 38
<i>haemophilus / diphtheria / pertussis / tetanus vaccine</i>	38

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

<i>haemophilus / hepatitis b vaccine</i>	37
<i>haemophilus influenzae type b conjugate vaccine</i>	38
<i>halobetasol</i>	30
<i>haloperidol</i>	18
HAVRIX	37
HECTOROL	43
<i>heparin</i>	42
<i>hepatitis b vaccine</i>	38
<i>hepatitis a / hepatitis b vaccine</i>	38
<i>hepatitis a vaccine</i>	37, 38
<i>hepatitis b / diphtheria / pertussis / tetanus / polio vaccine</i>	38
<i>hepatitis b vaccine recomb</i>	37
HEPSERA	10
HERCEPTIN	15
HEXALEN	15
HibTITER	38
HMG-COA COMBINATIONS	27
HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS	27
<i>human papilloma virus vaccine</i>	37
HUMIRA	15
HYCANTIN	15
HYDANTOINS	21
<i>hydralazine</i>	29
<i>hydrochlorothiazide</i>	29
<i>hydrocodone / acetaminophen</i>	20
<i>hydrocortisone</i>	32, 33, 36
<i>hydrocortisone (soln, cream, lotion, ointment)</i>	31
<i>hydromorphone</i>	19
<i>hydroxychloroquine</i>	12
<i>hydroxyurea</i>	14, 15
<i>hydroxyzine</i>	29
<i>hydroxyzine</i>	49
HYPOLIPOPROTEINEMICS	27

I

<i>ibuprofen</i>	40
<i>idarubicin</i>	15
<i>ifosfamide</i>	15
<i>ifosfamide / mesna</i>	15
ILARIS	17
<i>imatinib</i>	15
<i>imiglucerase</i>	34
<i>imipenem/cilastin</i>	8
<i>imipramine</i>	24
<i>imiquimod</i>	31
IMITREX NASAL SPRAY, IMITREX 6 MG/0.5 ML KIT REFLL.....	21
IMMUNOGLOBULIN ANTIBODIES FOR ASTHMA	49
IMMUNOLOGICALS AND VACCINES	37
IMMUNOLOGICALS AND VACCINES	37
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	38
<i>inatal</i>	45
INCRELEX	34
<i>indapamide</i>	29
<i>indinavir</i>	6
<i>indomethacin, er</i>	40
INFANRIX	38
INFERGEN	39
<i>infliximab</i>	16

INJECTABLE ANTICOAGULANTS	42
INNOPRAN XL.....	25
INSULIN	33, 39
<i>insulin aspart</i>	33
<i>insulin detemir</i>	33
<i>insulin glargine</i>	33
<i>insulin needle</i>	39
INSULIN NEEDLE	39
<i>insulin nph</i>	33
<i>insulin nph / insulin regular</i>	33
<i>insulin regular</i>	33
INSULIN SENSITIZERS & COMBOS	33
<i>insulin syringe</i>	39
INSULIN SYRINGE.....	39
<i>interferon alfa-2b</i>	39
<i>interferon alfacon</i>	39
<i>interferon alfa-n3</i>	39
<i>interferon beta-1a</i>	37
<i>interferon beta-1b</i>	37
<i>interferon gamma-1b</i>	39
INTERFERONS	39
INTERLEUKINS	39
INTRALIPID	43
INTRON-A	39
INVEGA	18
INVIRASE	6
IPOL INACTIVATED IPV.....	38
<i>ipratropium</i>	32, 50
<i>ipratropium bromide</i>	32
IRESSA	15
IRRITABLE BOWEL DRUGS	35
ISENTRESS	6
<i>isocarboxazid</i>	21
<i>isonarif</i>	7
<i>isoniazid</i>	7
<i>isosorbide dinitrate, er</i>	27
<i>isosorbide mononitrate, er</i>	27
<i>isradipine</i>	26
<i>itraconazole</i>	9
<i>ivermectin</i>	6

J

<i>jantoven</i>	42
JANUMET	32
JANUVIA	32
<i>japanese encephalitis virus vaccine</i>	38
JE-VAX.....	38
<i>jolivette</i>	46
<i>junel</i>	44
<i>junel fe</i>	44

K

KALETRA	6
<i>kanamycin</i>	6
<i>kaon-cl</i>	43
<i>kariva</i>	44
KAYEXALATE.....	42
<i>kelnor</i>	44

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

KEPIVANCE	17
KERATINOCYTE GROWTH FACTORS	17
KERATOLYTIC DRUGS	30
KETEK	9
ketoconazole	9, 10
KETOLIDES	8
ketoprofen, er	40
ketorolac	48
ketorolac	40
ketorolac tromethamine	48
KINERET	38
klor-con	43

L

labetalol	25
lacosamide	22
lactated ringers solution	42
lactulose	35, 41
lamivudine	6, 10
lamivudine / zidovudine	6
lamotrigine, lamotrigine disper tabs	22
LANOXIN	26
LANTUS VIAL	33
lapatinib	17
laronidase	34
LAXATIVES AND CATHARTICS	35
leena	44
leflunomide	15, 41
lenalidomide	16
LESCOL	27
lessina	44
LETAIRIS	26
letrozole	15
leucovorin	15
LEUKERAN	15
LEUKINE	39
LEUKOTRIENE MODIFIERS	49
leuprolide	14, 15
LEVAQUIN	11
LEVEMIR VIAL	33
levetiracetam	22
levobunolol	47
levocarnitine	43
levofloxacin	11
levonorgestrel	44
levora	44
levorphanol	19
levothroid	35
levothyroxine	35
levoxyl	35
LEXIVA	7
lidazone hc	31
lidocaine	6, 31
lidocaine / prilocaine	30
lidocaine hc	31
lidocaine-viscous	6
LIDODERM	6
linezolid	9
liotrix	35

lipram, cr, pn, ul	36
lisinopril	25, 28
lisinopril / hydrochlorothiazide	28
lithium carbonate	18
lithium citrate	18
LITHOBID	18
LODOSYN	23
lomustine	14
lonox	35
LOOP DIURETICS	27
loperamide	35
lopinavir / ritonavir	6
LORABID	8
loracarbef	8
LOTRONEX	35
lovastatin	27
LOVENOX	42
low-ogestrel	44
loxapine	18
lubiprostone	35
LUMIGAN	47
LUPRON DEPOT, DEPOT-PED	15
lutera	44
lymphocyte immune globulin	37
LYRICA	22
LYSODREN	15

M

mafenide	13
MALARONE	12
MAO INHIBITORS	21
maprotiline	22
maraviroc	7
margesic	20
MARPLAN	21
MAST CELL STABILIZERS	49
maternity	45
MATULANE	15
MAXIPIME	8
measles / mumps / rubella vaccine	38
measles virus vaccine	37
mebendazole	6
mecasermin	34
mechlorethamine	16
meclizine	19
meclofenamate	40
MEDICAL (MISCELLANEOUS) SUPPLIES	39
medroxyprogesterone	14, 46
medroxyprogesterone injection	46
mefloquine	12
megestrol	15
meloxicam	40
memantine	17
MENACTRA	38
MENEST	45
meningococcal polysaccharide diphtheria toxoid conjugate vaccine	38
meningococcal vaccine	38
MENOMUNE	38

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

NEURONTIN SOLN.....	22
NEUTREXIN.....	12
nevirapine.....	7
NEXAVAR.....	16
next choice.....	44
niacin.....	43
niacin / lovastatin.....	27
NIACOR.....	43
NIASPAN.....	43
nicardipine.....	26
nicotine.....	24
NICOTROL INHALER, NS.....	24
nifediac cc, xl.....	26
nifedipine, er.....	26
NILANDRON.....	16
nilotinib.....	16
nilutamide.....	16
nimodipine.....	26
nitazoxanide.....	9
nitisinone.....	34
NITRATES	27
nitrofurantoin.....	13
nitroglycerin sublingual tablets.....	27
nitroglycerin, transdermal only.....	27
NITROSTAT.....	27
nizatidine.....	35
NON-STEROIDAL ANTIINFLAMMATORY AGENTS	40
nora-be.....	46
NORDITROPIN.....	34
norethindrone.....	46
norethindrone / estradiol.....	45
nortrel.....	44
nortriptyline.....	23
NORVIR.....	7
NOVOLIN 70/30.....	33
NOVOLIN N.....	33
NOVOLIN R.....	33
NOVOLOG.....	33
NOVOLOG 70/30.....	33
nu-natal.....	46
nutrinate.....	46
NUTRITION,BLOOD MODIFIERS,ELECTROLYTES	41
NUTROPIN.....	34
nystatin.....	9, 10, 13
nystatin / triamcinolone.....	13
nystop.....	11

O

OB/GYN TOPICAL ANTIINFECTIVES	45
OBSTETRICAL & GYNECOLOGICAL MEDICATIONS	43
.....	43
octreotide.....	16
ocusulf.....	48
ofloxacin.....	12, 48
ogestrel.....	44
olanzapine.....	18
olmesartan.....	25
olmesartan / hydrochlorothiazide.....	28
olsalazine.....	36

omalizumab.....	49
omeprazole.....	36
ONCASPAR.....	16
ondansetron, ODT.....	19
ONTAK.....	16
OPHTHALMIC ANTIINFECTIVE/CORTICOSTEROIDS	47
OPHTHALMIC CORTICOSTEROID DRUGS	47
OPHTHALMIC MEDICATIONS	47
OPHTHALMIC TOPICAL ANTIBACTERIAL DRUGS	48
oprelvekin.....	39
ORAL ANTICOAGULANTS, VITAMIN K	42
ORAL ANTIFUNGAL DRUGS	9
ORAL DERMATOLOGICAL DRUGS	30
ORAL HYPOGLYCEMICS & COMBOS	33
ORAP.....	18
ORENCIA.....	16
ORFADIN.....	34
orphenadrine.....	40
orphenadrine compound.....	40
orphengesic, forte.....	40
ORTHOCLONE.....	16
oseltamivir.....	10
OTHER ANTIARRHYTHMICS	27
OTHER ANTICONVULSANTS	21
OTHER ANTIDEPRESSANTS	22
OTHER ANTIHYPERTENSIVES	28
OTHER ANTIINFECTIVE DRUGS	9
OTHER ANTIPARKINSON DRUGS	22
OTHER ANTIULCER DRUGS	36
OTHER ANTIVIRAL DRUGS	9
OTHER CARDIOVASCULAR DRUGS	28
OTHER CNS/AUTONOMIC DRUGS	23
OTHER DRUGS FOR ARTHRITIS	41
OTHER DRUGS FOR ASTHMA	50
OTHER ENDOCRINE DRUGS	34
OTHER GENITOURINARY PRODUCTS	51
OTHER GI DRUGS	36
OTHER MACROLIDES	10
OTHER OPHTHALMIC DRUGS	48
OTHER RESPIRATORY DRUGS	50
OTHER RESPIRATORY DRUGS	10
OTHER TOPICAL ANTIFUNGALS	10
OTHER VASODILATING DRUGS	28
oxacillin.....	11
oxaliplatin.....	14
oxandrolone.....	43
oxaprozin.....	40
oxcarbazepine.....	19
OXSORALEN ULTRA.....	30
oxybutynin.....	51
oxybutynin, er.....	51
oxycodone.....	20
oxycodone /acetaminophen.....	20
oxycodone/aspirin.....	20
OXYCONTIN.....	20
oxymetholone.....	43

P

pacerone.....	25
---------------	----

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

<i>paclitaxel</i>	13, 16	PLAVIX	41
PALGIC	49	<i>podofilox</i>	30
<i>palifermin</i>	17	<i>poliomyelitis vaccine</i>	38
<i>paliperidone</i>	18	<i>poly-dex</i>	47
<i>palivizumab</i>	38	<i>polyethylene glycol</i>	36
<i>palonosetron</i>	19	<i>polymyxin b</i>	9
<i>pamidronate</i>	34	<i>polymyxin b / trimethoprim</i>	48
<i>pancrelipase, mst</i>	36	<i>porfimer</i>	16
<i>pancron</i>	36	<i>portia-28</i>	44
PANRETIN	29	<i>potassium chloride, cr, er</i>	43
<i>pantoprazole</i>	36	<i>potassium citrate</i>	51
PARENTERAL ANTIFUNGALS	11	POTASSIUM REMOVING RESINS	42
<i>paromomycin</i>	12	POTASSIUM SPARING DIURETICS	28
<i>paroxetine</i>	24	POTASSIUM SUPPLEMENTS	42
PEDIARIX	38	<i>pramipexole</i>	23
<i>pedi-dri</i>	11	<i>pramlintide</i>	32
PEDVAX HIB	38	PRANDIN	34
<i>peg/electrolytes</i>	36	<i>pravastatin</i>	27
<i>pegademase</i>	31	<i>prazosin</i>	29
PEGANONE	21	PRED MILD	47
<i>pegaspargase</i>	16	<i>prednisolone</i>	33, 47, 48
<i>pegfilgrastim</i>	39	<i>prednisone</i>	33
<i>peginterferon alfa-2a</i>	39	<i>pregabalin</i>	22
PEG-INTRON	39	PREMARIN W/APPLICATOR	45
<i>pegvisomant</i>	35	PREMPHASE	45
<i>pemetrexed</i>	13	PREMPRO	45
<i>penciclovir</i>	10	<i>prenafirst</i>	46
<i>penicillamine</i>	41	<i>prenatabs</i>	46
<i>penicillin g potassium vial</i>	11	<i>prenatal</i>	46
<i>penicillin g procaine</i>	11	<i>prenatal 1 plus 1</i>	46
<i>penicillin g sodium</i>	11	<i>prenatal 19</i>	46
<i>penicillin v potassium</i>	11	<i>prenatal 20</i>	46
PENICILLINS	11	<i>prenatal advantage</i>	46
PENLAC	11	<i>prenatal formula</i>	46
<i>pentamidine</i>	9, 10	<i>prenatal mr</i>	46
PENTASA	36	<i>prenatal plus</i>	46
<i>pentazocine/naloxone</i>	20	<i>prenatal rx</i>	46
<i>pentopak</i>	28	<i>prenatal start</i>	46
<i>pentosan</i>	51	PRENATAL VITAMINS	45
<i>pentostatin</i>	16	<i>prenatal-h</i>	46
<i>pentoxifylline er</i>	28	<i>prenatal-u</i>	46
<i>pentoxil</i>	28	<i>prevalite</i>	27
<i>perio gard</i>	32	<i>previfem</i>	44
<i>permethrin</i>	30	PREZISTA	7
<i>perphenazine</i>	18	PRIFTIN	7
<i>phenadoz</i>	19	PRIMAXIN	8
<i>phenelzine</i>	21	<i>primidone</i>	22
<i>phenytoin</i>	21	PRISTIQ	22
PHOSPHOLINE IODIDE	47	PROAIR HFA	49
PHOTOFRIN	16	<i>probenecid</i>	40
<i>pilocarpine</i>	32	<i>procainamide, er, sr</i>	25
<i>pimecrolimus</i>	31	<i>procarbazine</i>	15
<i>pimozide</i>	18	PROCHIEVE	46
<i>pindolol</i>	26	<i>prochlorperazine</i>	19
<i>pioglitazone/glimepiride</i>	33	PROCRIT	37
<i>piperacillin</i>	11	<i>procto-pak</i>	36
PIPERACILLIN	11	<i>proctozone-hc</i>	36
<i>piperacillin / tazobactam</i>	11	<i>progesterone</i>	46
<i>piroxicam</i>	40	<i>progesterone, micronized</i>	46, 47
PLAN B	44	PROGESTIN DRUGS	46
<i>plaretase</i>	36	PROGLYCEM	33

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

PROGRAF.....	16
PROLASTIN.....	50
PROLEUKIN.....	39
<i>promethazine</i>	19, 49
<i>promethegan</i>	19
PROMETRIUM.....	47
<i>propafenone</i>	25
<i>propantheline</i>	35
<i>propracaine</i>	48
<i>propoxyphene</i>	20
<i>propoxyphene / acetaminophen</i>	20
<i>propranolol</i>	25, 26
<i>propranolol / hydrochlorothiazide</i>	28
<i>propylthiouracil</i>	32
PROQUAD.....	38
PROTON PUMP INHIBITORS	36
PROTONIX 40 MG VIAL.....	37
<i>protriptyline</i>	23
PROVENTIL HFA.....	49
PROVIGIL.....	20
PULMICORT.....	50
PULMOZYME.....	50
<i>pyrazinamide</i>	7
<i>pyridostigmine</i>	23
<i>pyrimethamine</i>	12
<i>pyrimethamine / sulfadoxine</i>	12

Q

<i>quetiapine</i>	18
<i>quinapril</i>	25
<i>quinaretic</i>	28
<i>quinidine gluconate, er</i>	25
<i>quinidine sulfate, er</i>	25
QUINOLONES	11
<i>quinupristin / dalfopristin</i>	9
QVAR.....	50

R

RABAVERT.....	38
<i>rabies vaccine</i>	38
<i>rabies vaccine</i>	38
<i>raloxifene</i>	34
<i>raltegravir</i>	6
<i>ramelteon</i>	23
RANEXA.....	28
<i>ranitidine</i>	35
RAPAMUNE.....	16
<i>rasburicase</i>	14
RAZADYNE ORAL SOLN.....	17
<i>reclipsen</i>	44
RECOMBIVAX HB.....	38
REGONOL.....	23
REGRANEX.....	31
REMICADE.....	16
<i>renaf fluoride tablet</i>	42
REVELA.....	41
<i>repaglinide</i>	34
RESCRIPTOR.....	7

<i>reserpine</i>	28
RESPIRATORY MEDICATIONS	49
RESTASIS.....	49
<i>retapamulin</i>	12
RETROVIR IV.....	7
REVATIO.....	28
REVLIMID.....	16
REYATAZ.....	7
<i>ribapak</i>	10
<i>ribasphere</i>	10
<i>ribavirin</i>	10
RIDAURA.....	41
<i>rifabutin</i>	7
<i>rifampin</i>	7
<i>rifapentine</i>	7
<i>rilonacept</i>	17
RILUTEK.....	23
<i>riluzole</i>	23
<i>rimantadine</i>	10
<i>ringers solution</i>	42
RISPERDAL CONSTA.....	18
<i>risperidone</i>	18
<i>risperidone, risperidone m-tab</i>	18
<i>ritonavir</i>	7
RITUXAN.....	16
<i>rituximab</i>	16
<i>rivastigmine</i>	17
<i>ropinirole</i>	23
<i>rosiglitazone</i>	33
<i>rosiglitazone / glimepiride</i>	33
<i>rosiglitazone / metformin</i>	33
ROTATEQ.....	38
<i>rotavirus vaccine</i>	38
<i>roxacet</i>	20
ROZEREM.....	23
<i>rubella virus vaccine</i>	38
<i>rufinamide</i>	21

S

<i>sacrosidase</i>	31
SALICYLATES AND RELATED DRUGS	41
<i>saline solution / potassium</i>	42
SANCTURA.....	51
SANCTURA XR.....	51
SANDOSTATIN, LAR.....	16
SANTYL.....	31
<i>saquinavir</i>	6
<i>sargramostim</i>	39
SCABICIDES	30
SECONDARY AMINES	23
SEDATIVE/HYPNOTIC DRUGS	23
SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS	23
<i>selegiline</i>	22, 23
SELZENTRY.....	7
SENSIPAR.....	34
SEROMYCIN.....	7
SEROQUEL.....	18
<i>sertraline</i>	24
<i>sevelamer carbonate</i>	41

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

<i>sildenafil</i>	28
<i>silver sulfadiazine</i>	13
SIMULECT	16
<i>simvastatin</i>	27
SINGULAIR	49
<i>sirolimus</i>	16
<i>sitagliptin</i>	32
<i>sitagliptin/metformin</i>	32
SKELAXIN	41
SMOKING CESSATION PRODUCTS	24
<i>sodium bicarbonate</i>	42
<i>sodium chloride</i>	42
<i>sodium fluoride tablets</i>	42
<i>sodium oxybate</i>	23
<i>sodium phenylbutyrate</i>	34
<i>sodium phosphate salts</i>	36
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	42
SOLARAZE	31
<i>solia</i>	44
<i>solifenacin</i>	51
<i>soluvite f</i>	43
<i>somatropin</i>	34
SOMAVERT	35
SONATA	23
<i>sorafenib</i>	16
SORIATANE	30
<i>sorine</i>	28
<i>sotalol, af</i>	25
<i>sotret</i>	29
SPECIALIZED INDICATIONS	12
SPECIALIZED OB/GYN DRUGS	47
SPIRIVA	50
<i>spironolactone</i>	29
<i>sprintec</i>	44
SPRYCEL	16
SPS	42
ssd13	
<i>stagesic capsule</i>	20
STALEVO	23
<i>stannous fluoride</i>	42
<i>stavudine</i>	7
STERILE GAUZE 2X2	39
STIMATE	35
STRATTERA	21
<i>streptozocin</i>	17
STROMECTOL	6
SUBOXONE	20
SUBUTEX	20
<i>succimer</i>	34
SUCCINIMIDES	24
SUCRAID	31
<i>sucralfate</i>	36
<i>sulfadiazine</i>	12
<i>sulfamethoxazole / trimethoprim</i>	12
SULFAMYLON	13
<i>sulfasalazine, ec</i>	36
<i>sulfatrim</i>	12
<i>sulfazine, ec</i>	36
<i>sulfisoxazole</i>	12
SULFISOXAZOLE	12
SULFONAMIDES	12

<i>sulf-pred</i>	47
<i>sulindac</i>	41
<i>sumatriptan</i>	21
<i>sumatriptan tablets, vials</i>	21
<i>sunitinib</i>	16
SUPRAX 400 MG TABLET	8
SURMONTIL 100 mg	24
SUSTIVA	7
SUTENT	16
SYMBICORT	50
SYMLIN	32
SYNAGIS	38
SYNERCID	9
SYPRINE	41

T

TABLOID	16
<i>tacrolimus</i>	16
TAMIFLU	10
<i>tamoxifen</i>	16
TARCEVA	16
TARGETIN	16
TASIGNA	16
TASMAR	23
TAXOTERE	16
<i>tazarotene</i>	30
TAZORAC	30
<i>taztia xt</i>	26
TEGRETOL XR	19
TEKTURNA	28
<i>telbivudine</i>	7
<i>telithromycin</i>	9
<i>tenofovir</i>	7
<i>terazosin</i>	29
<i>terbinafine</i>	9
<i>terbutaline</i>	49
<i>terconazole</i>	13
<i>teriparatide</i>	34
TERTIARY AMINES	24
TESTIM	43
<i>testosterone</i>	43
<i>testosterone cyptonate</i>	43
<i>tetanus toxoid adsorbed vl</i>	38
<i>tetracycline</i>	12
TETRACYCLINES	12
<i>tetrahydrozoline</i>	50
<i>thalidomide</i>	38
THALOMID	38
<i>theochron</i>	50
<i>theophylline, er</i>	50
THERAPEUTIC VITAMINS & MINERALS	43
<i>thermazene</i>	13
THIAZIDE AND RELATED DRUGS	29
<i>thioguanine</i>	16
THIOLA	31
<i>thioridazine</i>	18
<i>thiotepa</i>	16
<i>thiothixene</i>	18
THYROID SUPPLEMENTS	35

Mercy Care Advantage Comprehensive Formulary

<i>venlafaxine</i>	22
<i>verapamil, sr</i>	26
VESICARE.....	51
VFEND.....	9
VIDAZA.....	17
VIDEX SOLN.....	7
VIGAMOX.....	48
VIMPAT.....	22
<i>vinate</i>	46
<i>vinblastine</i>	17
<i>vincristine</i>	17
<i>vinorelbine</i>	17
VIRACEPT.....	7
VIRAMUNE.....	7
VIRAZOLE.....	10
VIREAD.....	7
VISICOL.....	36
<i>vitafol</i>	46
VITAMINS & MINERALS & RELATED PRODUCTS.....	43
VIVOTIF BERNA.....	39
<i>voriconazole</i>	9
<i>vorinostat</i>	17
<i>vynatal fa</i>	46
VYTORIN.....	27

W

<i>warfarin</i>	42
-----------------------	----

X

XOLAIR.....	49
XYREM.....	23

Y

<i>yellow fever vaccine</i>	39
YF-VAX.....	39

Z

<i>zafirlukast</i>	49
<i>zaleplon</i>	23
ZANOSAR.....	17
ZANTAC SYRUP.....	35
ZAVESCA.....	35
ZENAPAX.....	39
ZERIT SOLN.....	7
ZETIA.....	27
ZIAGEN.....	7
<i>zidovudine</i>	7
<i>zileuton</i>	49
<i>ziprasidone</i>	18
<i>zoledronic</i>	35
ZOLINZA.....	17
ZOMETA.....	35
ZONALON.....	31
<i>zonisamide</i>	22
ZOSTAVAX.....	39
ZOSYN.....	11
<i>zovia</i>	45
ZOVIRAX CREAM, OINTMENT.....	10
ZYFLO CR.....	49
ZYMAR.....	48
ZYPREXA, ZYDIS.....	18
ZYVOX.....	9