Catalyst Rx®

Dear Valued Member:

The Catalyst Rx 2009 Incentive Formulary will be effective January 1, 2009. Changes have been made to your current drug formulary that may affect you. For your convenience, we have listed the major changes below and provided possible preferred alternatives and over-the-counter (OTC)* options when appropriate. If you are currently taking a non-preferred drug, ask your physician if a lower-cost generic, preferred brand-name or OTC* medication might be appropriate.

This list is a tool to help guide you and your physician in choosing medications that allow the most effective use of your prescription drug benefit. By prescribing preferred brand-name or generic drugs from this list, your physician can help you save on your out-of-pocket prescription expenses.

| Treatment Category | Preferred | Non-Preferred | Preferred Alternatives and Over-the-Counter Options* |
|---|---|---|---|
| **ANTIBIOTIC** | | Levaquin | Generic Cipro (ciprofloxacin), Avelox |
| **ANTIBIOTIC (EAR)** | | Cipro HC | Generic Floxin Otic (ofloxacin), Ciprodex |
| **ANTIVIRAL** | Tamiflu | | |
| **BLOOD PRESSURE/ HEART DISEASE** | | Innopran XL | Generic Inderal LA (propranolol), Generic Tenormin (atenolol), Generic Toprol XL (metoprolol) |
| **CHOLESTEROL-LOWERING** | Crestor | Vytorin | Generic Mevacor (lovastatin), Generic Pravachol (pravastatin), Generic Zocor (simvastatin), Lipitor |
| **CONTRACEPTION** | Seasonique | | |
| **DEPRESSION/ NEUROPATHIC PAIN** | Cymbalta | | |
| **GROWTH HORMONE** | Nutropin/AQ | Humatrope, Saizen | Genotropin/Miniquick, Norditropin/Nordiflex |
| **HORMONE REPLACEMENT** | Divigel, Evamist | Cenestin | Generic Estrace (estradiol), Generic Ogen/ Ortho-Est (estropipate), Enjuvia, Premarin |
| **MIGRAINE** | Relpax | Zomig/Nasal/ZMT | Imitrex/Nasal, Maxalt/MLT |
| **NAUSEA/ VOMITING** | Emend | | |
| **OPHTHALMIC (ANTIBACTERIAL)** | Azasite | | |
| **OPHTHALMIC (ANTIBACTERIAL, ANTIHISTAMINE)** | Pataday | Elestat | Alaway*, Zaditor*, Livostin, Optivar, Patanol |
| **TOPICAL (ACNE, CORTICOSTEROID, PSORIASIS)** | Finacea, Tazorac, Vanos, Ziana | | |

***Note: OTC options are <u>not</u> eligible for benefits under most plans, but may offer additional savings and convenience.**

Please be aware that this is not an all-inclusive list and formulary changes can occur throughout the year. **Benefit designs may vary with respect to drug coverage, quantity limits, step therapy, days supply and prior authorization.** For a complete listing of preferred products or for more information regarding your pharmacy benefit program, please log on to www.catalystrx.com to access Member Services.

If you have any questions regarding these changes, please call the Catalyst Rx Customer Service Department at 1-800-997-3784 or 1-888-869-4600.

Estimado miembro:

El Formulario de Incentivos de Catalyst Rx 2009 entrará en vigencia a partir del 1 de enero de 2009. El formulario actual de medicamentos ha sufrido ciertos cambios que podrían afectarlo. Para su comodidad, a continuación incluimos los cambios principales y, cuando corresponde, le presentamos posibles alternativas de medicamentos preferidos y opciones de medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)*. Si en la actualidad está tomando un medicamento no preferido, pregúntele a su médico si un medicamento genérico, preferido de marca comercial o de venta sin receta* de menor precio podrían ser adecuados.

Esta lista es una herramienta que los guiará a usted y a su médico en la elección de los medicamentos que le permitan aprovechar mejor su beneficio de medicamentos de venta con receta. Al recetarle medicamentos de marca comercial preferidos o medicamentos genéricos de esta lista, su médico puede ayudarlo a reducir sus gastos de bolsillo por medicamentos de venta con receta.

| Categoría de tratamiento | Medicamentos preferidos | Medicamentos no preferidos | Alternativas de medicamentos genéricos o de marca |
|---|---|---|---|
| **ANTIBIÓTICO** | | Levaquin | Cipro genérico (ciprofloxacina), Avelox |
| **ANTIBIÓTICO (OÍDOS)** | | Cipro HC | Floxin Otic genérico (ofloxacina), Ciprodex |
| **ANTIVIRAL** | Tamiflu | | |
| **PRESIÓN ARTERIAL/ ENFERMEDAD CARDÍACA** | | Innopran XL | Inderal LA genérico (propranolol), Tenormin genérico (atenolol), |
| **MEDICAMENTO PARA DISMINUIR EL COLESTEROL** | Crestor | Vytorin | Mevacor genérico (lovastatina), Pravachol genérico (pravastatina), Zocor genérico (simvastatina), Lipitor |
| **ANTICONCEPTIVOS** | Seasonique | | |
| **DEPRESIÓN/DOLOR** | Cymbalta | | |
| **HORMONA DEL CRECIMIENTO** | Nutropin/AQ | Humatrope, Saizen | Genotropin/Miniquick, Norditropin/Nordiflex |
| **REEMPLAZO HORMONAL** | Divigel, Evamist | Cenestin | Estrace genérico (estradiol), Ogen/Ortho-Est genérico (estropipato), Enjuvia, Premarin |
| **MIGRAÑA** | Relpax | Zomig/Nasal/ZMT | Imitrex/Nasal, Maxalt/MLT |
| **NÁUSEAS/VÓMITOS** | Emend | | |
| **OFTÁLMICO** | Azasite | | |
| **OFTÁLMICO (ANTIBACTERIANO, ANTIHISTAMÍNICO)** | Pataday | Elestat | Alaway*, Zaditor*, Livostin, Optivar, Patanol |
| **AGENTES TÓPICOS (ACNÉ, CORTICOSTEROIDES, PSORIASIS)** | Finacea, Tazorac, Vanos, Ziana | | |

***Nota: En la mayoría de los planes, las opciones de venta sin receta no gozan de beneficios; sin embargo, pueden ofrecer mayor conveniencia y ahorro.**

Tenga en cuenta que esta lista no incluye todos los medicamentos, y el formulario puede ser modificado en el transcurso del año. **Los diseños de la prestación pueden variar con respecto a la cobertura de medicamentos, límites en cuanto a la cantidad, tratamiento escalonado, días de los suministros y autorización previa.** Para obtener una lista completa de los productos preferidos o más información con respecto al programa de beneficio farmacéutico, inicie sesión en www.catalystrx.com e ingrese en Servicios para Miembros.

Si tiene alguna duda con respecto a estos cambios, llame al Departamento de Servicios al Cliente de Catalyst Rx al 1-800-997-3784 o al 1-888-869-4600.