ADAP - COVERED CALIFORNIA 2017 FORMULARY (ARV AND HEPATITIS C DRUGS) COMPARISON CHART

ANTIRETROVIRAL AND HEPATITIS C DRUGS CURRENTLY ON THE ADAP DRUG FORMULARY			ANTHEM BLUE CROSS	BLUE SHIELD OF CALIFORNIA	CHINESE COMMUNITY HEALTH PLAN	HEALTH NET	KAISER PERMANENTE	LA CARE HEALTH PLAN	MOLINA HEALTHCARE	OSCAR HEALTH PLAN	SHARP HEALTH PLAN	VALLEY HEALTH PLAN	WESTERN HEALTH ADVANTAGE
N indicates the drug is not covered by the health plan or the drug was not listed on the plan's formulary. ***NOTE:*** All Covered California health plans must have procedures in place that allow enrollees to request and gain access to medically necessary drugs not covered by the health plan. If an N is listed below, contact the specific plan to learn how to access the medically necessary drug.													
GENERIC	**BRAND**	**ADAP RESTRICTIONS**											
NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS													
abacavir	**Ziagen**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
abacavir/lamivudine	**Epzicom**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
abacavir/lamivudine/zidovudine	**Trizivir**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y
delavirdine	**Rescriptor**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y
didanosine	**Videx, Videx EC**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
efavirenz	**Sustiva**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
emtricitabine	**Emtriva**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
lamivudine	**Epivir**	Epivir HB not covered	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
stavudine	**Zerit**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N
NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS													
etravirine	**Intelence**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
nevirapine	**Viramune**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
rilpivirine	**Edurant**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
tenofovir disoproxil fumarate	**Viread**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
tenofovir alafenamide/emtricitabine	**Descovy**		N	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	Y	N
tenofovir/emtricitabine	**Truvada**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
zidovudine	**Retrovir**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
zidovudine/lamivudine	**Combivir**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
FUSION INHIBITORS													
enfuvirtide	**Fuzeon**	Requires Prior Authorization	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
COMBINATION TREATMENT													
atazanavir/cobicistat	**Evotaz**		N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N
darunavir/cobicistat	**Prezcobix**		N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N
dolutegravir/lamivudine/abacavir	**Triumeq**		N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N
elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir	**Stribild**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide	**Genvoya**		N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N
emtricitabine/tenofovir/rilpivirine	**Complera**		N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
emtricitabine/rilpivirine/tenofovir alafenamide	**Odefsey**		N	N	Y	Y	Y	N	N	N	N	Y	N
tenofovir alafenamide	**Atripla**		N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
PROTEASE INHIBITORS													
atazanavir	**Reyataz**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
darunavir (TMC-114)	**Prezista**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
fosamprenavir	**Lexiva**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y
indinavir	**Crixivan**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y

ADAP - COVERED CALIFORNIA 2017 FORMULARY (ARV AND HEPATITIS C DRUGS) COMPARISON CHART

ANTIRETROVIRAL AND HEPATITIS C DRUGS CURRENTLY ON THE ADAP DRUG FORMULARY			ANTHEM BLUE CROSS	BLUE SHIELD OF CALIFORNIA	CHINESE COMMUNITY HEALTH PLAN	HEALTH NET	KAISER PERMANENTE	LA CARE HEALTH PLAN	MOLINA HEALTHCARE	OSCAR HEALTH PLAN	SHARP HEALTH PLAN	VALLEY HEALTH PLAN	WESTERN HEALTH ADVANTAGE
N indicates the drug is not covered by the health plan or the drug was not listed on the plan's formulary. ***NOTE:*** All Covered California health plans must have procedures in place that allow enrollees to request and gain access to medically necessary drugs not covered by the health plan. If an N is listed below, contact the specific plan to learn how to access the medically necessary drug.													
GENERIC	**BRAND**	**ADAP RESTRICTIONS**											
PROTEASE INHIBITORS *(Continued)*													
lopanavir/ritonavir	**Kaletra**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
nelfinavir	**Viracept**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N
ritonavir	**Norvir**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
saquinavir mesylate	**Invirase**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
tipranavir	**Aptivus**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
CCR5 CO-RECEPTOR ANTAGONISTS													
maraviroc	**Selzentry**	Requires Prior Authorization	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
INTEGRASE INHIBITOR													
elvitegravir	**Vitekta**		N	N	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y
dolutegravir	**Tivicay**		N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
raltegravir	**Isentress**		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
BOOSTING AGENT													
cobicistat	**Tybost**		N	N	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	N	Y
HEPATITIS C DRUGS													
elbasvir/grazoprevir	**Zepatier**	Requires Prior Authorization	N		Y	**Y**	N	Y	Y	N	N	Y	
ledipasvir/sofosbuvir	**Harvoni**	Requires Prior Authorization	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
ombitasvir/paritaprevir/ritonavir	**Technivie**	Requires Prior Authorization	Y	N	N	Y	N	N	N	N	Y	N	N
ombitasvir/paritaprevir/ritonavir tablets with dasabuvir tablets	**Viekira Pak Viekira XR**	Requires Prior Authorization	N	N	N	Y	N	Y	Y	N	Y	N	Y
pegylated interferon	**Peg-Intron, Pegasys**	Requires Prior Authorization	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
ribavirin	**Rebetol, Copegus**	Requires Prior Authorization	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
simeprevir	**Olysio**	Requires Prior Authorization	N	N	N	Y	N	N	N	N	Y	Y	Y
sofosbuvir	**Sovaldi**	Requires Prior Authorization	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y

Additional Covered California Health Plan Formulary Information:

Covered California health insurance plans have agreed to (*):

1. Use the same names for drug tiers; drugs to be labeled as Tier 1 (generic), Tier 2 (preferred), Tier 3 (non-preferred) or Tier 4 (specialty).
2. Charge no more than $250 per month for one 30-day supply for Silver, Gold and Platinum plan members and no more than $500 per 30-day supply for Bronze plan members. These costs apply to Tier 4 (specialty drugs). Lower tiers have lower costs.
3. Maintain a dedicated prescription drug customer service line for persons to call for help.
4. Describe the appeals and exception process clearly on the formulary, so members understand what to do if a drug they need is not covered.
5. Provide an estimate of the out-of-pocket cost for specific drugs.

Health care plans may have restrictions or requirements related to certain medications - These can include:

- Mandatory Mail Order Services - contact your plan to learn about possible opt-out options;
- Step Therapy - you may have to try a drug listed on the plan's formulary before you will be able to access a drug not listed on the plan's formulary
- Drugs not on formulary - If a drug is not listed on your health care plan's formulary, your plan may require your doctor to request approval for a non-formulary drug.

If a plan does not approve use of a drug prescribed by your doctor, you can file a complaint with the plan. If you are not satisfied with the plan's response, you can contact the CA Department of Managed Health Care at (888) 466-2219.

(*) For full informaiton go to: http://www.coveredca.com/individuals-and-families/getting-covered/prescription-drugs/ (scroll down below the Health Insurance Company table)