

AvMed Medicare Formulario para 2022 Lista de medicamentos cubiertos

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO
CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE
LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS
EN ESTE PLAN**

HPMS Approved Formulary File Submission
ID, 00022049 Version Number 12
H1016_PH262SP-092021_C

Este formulario resumido se actualizó el 06/01/2022. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed Medicare al 1-800-782- 8633 desde el 1ro de octubre al 31 de marzo: 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre: 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, y 9:00 am a 1:00 pm los sábados (para los usuarios de TTY, 711, los 7 días a la semana y las 24 horas del día) o visite www.avmed.org



Nota para los miembros actuales: este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a AvMed Medicare. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a AvMed Medicare.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 06/01/2022. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2022 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de AvMed Medicare?

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por AvMed Medicare con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se considera que son parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad.

Normalmente, AvMed Medicare cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de AvMed Medicare y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero AvMed Medicare podría agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

Cambios que pueden afectarlo este año: en los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

Nuevos medicamentos genéricos. Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

- Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información

sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de AvMed Medicare?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentre en el Formulario, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. O bien, podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, [o] agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado en un medicamento o si pasamos un medicamento a un nivel superior de costo compartido], debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de AvMed Medicare?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2022 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2022, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto es vigente a partir del 06/01/2022. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por AvMed Medicare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 10. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría “Cardiovascular”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 10. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 69. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

AvMed Medicare cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** AvMed Medicare exige que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de AvMed Medicare antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que AvMed Medicare no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** para ciertos medicamentos, AvMed Medicare limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, AvMed Medicare proporciona 30 por receta para OPSUMIT. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** en algunos casos, AvMed Medicare requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que AvMed Medicare no cubra el medicamento B

a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces AvMed Medicare cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 10. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explica(n) nuestra(s) restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a AvMed Medicare que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de AvMed Medicare?” en la página 5 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

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

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que AvMed Medicare no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por AvMed Medicare. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por AvMed Medicare.
- Puede solicitar que AvMed Medicare haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de AvMed Medicare?

Puede solicitarle a AvMed Medicare que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor [si este medicamento no está incluido en el nivel de medicamentos especializados.] Si se aprueba, esto reduciría el monto que usted debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, AvMed Medicare limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, AvMed Medicare solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, [el medicamento de menor costo compartido] o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura para una excepción al Formulario, nivel, o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario, nivel, o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud de una excepción?

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el Formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el Formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de hasta 30 días del medicamento. Después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al formulario.

Suministro de transición para miembros actuales con cambios en el entorno del tratamiento:

Si el lugar donde recibe el tratamiento cambia durante el año del plan, es posible que necesite un suministro de medicamentos a corto plazo durante la transición. Por ejemplo:

- Le dan el alta de un hospital o de un centro de enfermería especializada (donde sus pagos de la Parte A de Medicare incluyen los costos de los medicamentos) y necesita una receta de la farmacia para seguir tomando un medicamento en casa (utilizando el beneficio de su plan de la Parte D); o
- se traslada de un centro de enfermería especializada a otro

Si cambia de centro de tratamiento y necesita obtener una receta en la farmacia, cubriremos un suministro de hasta 30 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare, para que no se interrumpa su tratamiento farmacológico. Para solicitar un suministro temporal, llame a Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed Medicare (los números de teléfono están impresos en la portada y contraportada de este folleto).

Si cambia de tratamiento varias veces en el mismo mes, es posible que tenga que solicitar una excepción o una autorización previa para continuar con la cobertura de su medicamento. Consulte la sección "¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de AvMed Medicare?" en la página 5.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de AvMed Medicare, consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre AvMed Medicare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Si tiene preguntas generales sobre su cobertura para medicamentos con receta de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

Formulario de AvMed Medicare

El formulario a continuación proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por AvMed Medicare. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 69.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, CHANTIX), y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, simvastatin).

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si AvMed Medicare tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

Lista de Abreviaturas y Su Significado:

B/D: Este medicamento por receta puede estar cubierto bajo la Parte B o la D del Medicare, dependiendo de las circunstancias. Para tomar determinación, puede ser que se necesite presentar información que describa el uso y las circunstancias del medicamento por favor llame al Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed al 7-800-782-8633 desde el 1ro de octubre al 31 de marzo: 8:00am a 8:00pm, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de Septiembre: 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, y 9:00 am a 1:00 30 de septiembre 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, y 9:00 am a 1:00 pm los sábados (para los usuarios de TTY, 711, los 7 días a la semana y las 24 horas del día)

“ED”: Medicamentos Realzado. Este medicamento por receta normalmente no está cubierto por ningún plan de Medicare para recetas médicas. La cantidad que usted paga cuando le despachan la receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos por receta, usted no conseguirá ningún tipo de ayuda adicional para costear este medicamento.

“GC”: Cobertura de Brecha. Proporcionamos cobertura para este medicamento por receta en la Etapa de Falta de Cobertura. Por favor consulte su Constancia de Cobertura para detalles sobre esta cobertura.

“LA”: Disponibilidad Limitada. Este medicamento por receta puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para obtener más información, por favor llame al Departamento de Servicios a los Afiliados.

“PA”: Autorización Previa. El Plan requiere que usted o su médico obtenga autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted tendrá que obtener la aprobación antes de que le despachen sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

“QL”: Límite de Cantidad. Para ciertos medicamentos, el Plan limita la cantidad del medicamento Que cubrimos.

“SI”: Selectas Insulinas. Insulinas disponibles con un copago fijo en las fases de cobertura inicial y de brecha de cobertura. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

AvMed Medicare eff 06/01/2022

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANALGÉSICOS		
GOTA		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	2	GC
<i>colchicine</i> TABS .6mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>colchicine w/ probenecid tab</i> 0.5-500 mg	3	
<i>febuxostat</i> TABS 40mg, 80mg	4	PA
MITIGARE CAPS .6mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<i>probenecid</i> TABS 500mg	3	
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg QL (240 caps / 30 días)	3	QL
<i>celecoxib</i> CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL
<i>celecoxib</i> CAPS 200mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg	3	
<i>diclofenac sodium</i> TBEC 25mg, 50mg, 75mg	2	GC
<i>diclofenac w/ misoprostol tab</i> <i>delayed release 50-0.2 mg</i>	4	
<i>diclofenac w/ misoprostol tab</i> <i>delayed release 75-0.2 mg</i>	4	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	3	
<i>ec-naproxen</i> TBEC 375mg QL (120 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>ec-naproxen</i> TBEC 500mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	3	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	3	
<i>ibu</i> TABS 600mg, 800mg	1	GC
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	3	
<i>ibuprofen</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	GC
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	GC
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	2	GC
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	1	GC
<i>naproxen</i> TBEC 375mg QL (120 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>naproxen</i> TBEC 500mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	3	
<i>oxaprozin</i> TABS 600mg	4	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	3	
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	2	GC
ANALGÉSICOS OPIOIDES, ACCIÓN PROLONGADA		
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr, 100mcg/hr QL (10 parches / 30 días)	4	QL PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL PA
HYSINGLA ER T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml QL (450 mL / 30 días)	3	QL PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 10
 - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
 Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml QL (90 mL / 30 días)	3	QL PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
ANALGÉSICOS OPIÁCEOS, ACCIÓN CORTA		
<i>acetaminophen w/ codeine</i> <i>soln 120-12 mg/5ml</i> QL (2700 mL / 30 días)	3	QL
<i>acetaminophen w/ codeine</i> <i>tab 300-15 mg</i> QL (400 tabs / 30 días)	3	QL
<i>acetaminophen w/ codeine</i> <i>tab 300-30 mg</i> QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>acetaminophen w/ codeine</i> <i>tab 300-60 mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	4	
<i>endocet tab 2.5-325mg</i> QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>endocet tab 5-325mg</i> QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>endocet tab 7.5-325mg</i> QL (240 tabs / 30 días)	3	QL
<i>endocet tab 10-325mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 200mcg QL (120 losanges / 30 días)	4	QL PA
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg QL (120 losanges / 30 días)	5	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> <i>soln 7.5-325 mg/15ml</i> QL (2700 mL / 30 días)	4	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> <i>tab 5-325 mg</i> QL (240 tabs / 30 días)	3	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> <i>tab 7.5-325 mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> <i>tab 10-325 mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i> <i>7.5-200 mg</i> QL (150 tabs / 30 días)	3	QL
<i>hydromorphone hcl</i> LIQD 1mg/ml QL (600 mL / 30 días)	4	QL
<i>hydromorphone hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>morphine sulfate</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	4	B/D
MORPHINE SULFATE SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	4	B/D
<i>morphine sulfate</i> SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	3	QL
<i>morphine sulfate</i> SOLN 100mg/5ml QL (180 mL / 30 días)	3	QL
<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	4	
<i>oxycodone hcl</i> CAPS 5mg QL (180 caps / 30 días)	4	QL
<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml QL (180 mL / 30 días)	4	QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen</i> tab 2.5-325 mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen</i> tab 5-325 mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen</i> tab 7.5-325 mg QL (240 tabs / 30 días)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen</i> tab 10-325 mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg QL (240 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>tramadol-acetaminophen</i> tab 37.5-325 mg QL (240 tabs / 30 días)	3	QL
ANESTÉSICOS		
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine hcl</i> (local anesth.) SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	3	B/D
CONTRA INFECCIONES		
CONTRA INFECCIONES, VARIOS		
<i>albendazole</i> TABS 200mg	5	
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	4	
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	4	
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
CAYSTON SOLR 75mg	5	LA PA
<i>clindamycin hcl</i> CAPS 75mg, 150mg, 300mg	2	GC
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> SOLR 75mg/5ml	4	
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	4	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	4	
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	4	
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	3	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	5	
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	5	
EMVERM CHEW 100mg QL (12 tabs / año)	5	QL
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	4	
<i>gentamicin in saline inj</i> 0.8 mg/ml	3	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1 mg/ml	3	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.2 mg/ml	3	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.6 mg/ml	3	
<i>gentamicin in saline inj</i> 2 mg/ml	3	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	3	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 250 mg	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 500 mg	4	
<i>ivermectin</i> TABS 3mg QL (12 tabs / 75 días)	3	QL PA
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	4	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml QL (1800 mL / 30 días)	5	QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
 Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>linezolid</i> TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>linezolid in sodium chloride iv soln</i> 600 mg/300ml-0.9%	4	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	4	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	4	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml	3	
<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	1	GC
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	2	GC
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg QL (6 tabs / 30 días)	5	QL
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	3	
<i>paromomycin sulfate</i> CAPS 250mg	4	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	4	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	4	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	4	
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	5	
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	4	
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	4	
<i>sulfamethoxazole- trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	4	
<i>sulfamethoxazole- trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	3	
<i>sulfamethoxazole- trimethoprim tab</i> 400-80 mg	1	GC
<i>sulfamethoxazole- trimethoprim tab</i> 800-160 mg	1	GC
SYNERCID INJ 500MG	5	
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	3	
TRIMETHOPRIM TABS 100mg	2	GC
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg QL (80 caps / 180 días)	4	QL
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg QL (160 caps / 180 días)	4	QL
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	4	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	4	
VANCOMYCIN INJ 500MG	4	
VANCOMYCIN INJ 750MG	4	
FUNGICIDAS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	4	B/D
AMBISOME SUSR 50mg	5	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	4	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	5	B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	4	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 200mg	3	
<i>fluconazole</i> TABS 150mg	2	GC
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	3	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	3	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	5	PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	4	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	4	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	3	PA
<i>micafungin sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	5	
NOXAFIL SUSP 40mg/ml QL (630 mL / 30 días)	5	QL PA
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	3	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg QL (93 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg QL (90 tabs / año)	1	GC QL
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg; SUSR 40mg/ml	5	PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>voriconazole</i> TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL PA
ANTIPALÚDICOS		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 62.5-25 mg	4	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg	4	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	4	
COARTEM TAB 20-120MG	4	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	3	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	3	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	3	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	4	PA
AGENTES ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml	4	
<i>abacavir sulfate</i> TABS 300mg	3	
APTIVUS CAPS 250mg	5	
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	4	
EDURANT TABS 25mg	5	
<i>efavirenz</i> CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	4	
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	3	
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	4	
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	5	
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	5	
FUZEON SOLR 90mg	5	
INTELENCE TABS 25mg	4	
INVIRASE TABS 500mg	5	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ISENTRESS CHEW 25mg; PACK 100mg	3	
ISENTRESS CHEW 100mg; TABS 400mg	5	
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3	
LEXIVA SUSP 50mg/ml	4	
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	5	
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TB24 100mg, 400mg	4	
<i>nevirapine</i> TABS 200mg	2	GC
NORVIR PACK 100mg; SOLN 80mg/ml	4	
PIFELTRO TABS 100mg	5	
PREZISTA SUSP 100mg/ml QL (400 mL / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 75mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL
PREZISTA TABS 150mg QL (240 tabs / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 800mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
REYATAZ PACK 50mg	5	
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	3	
RUKOBIA TB12 600mg	5	
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg, 150mg, 300mg	5	
SELZENTRY TABS 25mg	3	
<i>stavudine</i> CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	3	
TIVICAY TABS 10mg	3	
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	5	
TIVICAY PD TBSO 5mg	3	
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	LA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 14
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TYBOST TABS 150mg	3	
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	
zidovudine CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	4	
zidovudine TABS 300mg	3	
AGENTES ANTIRRETROVIRALES MIXTOS		
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg	3	
abacavir sulfate-lamivudine- zidovudine tab 300-150-300 mg	5	
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	5	
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	5	
CIMDUO TAB 300-300	5	
COMPLERA TAB	5	
DELSTRIGO TAB	5	
DESCOVY TAB 120-15MG	5	
DESCOVY TAB 200/25MG	5	
DOVATO TAB 50-300MG	5	
efavirenz-emtricitabine- tenofovir df tab 600-200-300 mg	5	
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg	5	
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg	5	
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100- 150 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133- 200 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167- 250 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200- 300 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
EVOTAZ TAB 300-150	5	
GENVOYA TAB	5	
JULUCA TAB 50-25MG	5	
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg	4	
lopinavir-ritonavir soln 400- 100 mg/5ml (80-20 mg/ml)	4	
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg	4	
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg	5	
ODEFSEY TAB	5	
PREZCOBIX TAB 800-150	5	
STRIBILD TAB	5	
SYMTUZA TAB	5	
TEMIXYS TAB 300-300	5	
TRIUMEQ PD TAB	5	
TRIUMEQ TAB	5	
AGENTES ANTITUBERCULOSOS		
cycloserine CAPS 250mg	5	
ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg	3	
isoniazid SYRP 50mg/5ml	4	
isoniazid TABS 100mg, 300mg	1	GC
PASER PACK 4gm	4	
PRIFTIN TABS 150mg	4	
pyrazinamide TABS 500mg	4	
rifabutin CAPS 150mg	4	
rifampin CAPS 150mg, 300mg	3	
rifampin SOLR 600mg	4	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	5	LA PA
TRECTOR TABS 250mg	4	
ANTIVIRALES		
acyclovir CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg	2	GC

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 15
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>acyclovir</i> SUSP 200mg/5ml	4	
<i>acyclovir sodium</i> SOLN 50mg/ml	4	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	5	
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	5	
<i>entecavir</i> TABS .5mg, 1mg	4	
EPCLUSA PAK 150-37.5	5	PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	5	PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	5	PA
EPCLUSA TAB 400-100	5	PA
EPIVIR HBV SOLN 5mg/ml	4	
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	3	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	4	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	5	PA
HARVONI PAK 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 90-400MG	5	PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	4	
MAVYRET PAK 50-20MG	5	PA
MAVYRET TAB 100-40MG	5	PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	3	QL
QL (168 caps / año)		
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	3	QL
QL (84 caps / año)		
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	3	QL
QL (1080 mL / año)		
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	5	PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	5	QL PA
QL (28 tabs / 28 días)		
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	3	QL
QL (6 inhaladores / año)		
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> TABS 200mg	4	
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	4	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	3	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	5	
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	3	
VEMLIDY TABS 25mg	5	PA
VOSEVI TAB	5	PA
CEFALOSPORINAS		
<i>cefactor</i> CAPS 250mg, 500mg	3	
<i>cefactor</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml	4	
CEFAZOLIN ER TB12 500mg	4	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg	2	GC
<i>cefadroxil</i> SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	3	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 10gm, 500mg	3	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg	2	GC
<i>cefdinir</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>cefixime</i> SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	4	
<i>cefotixin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> TABS 100mg, 200mg	3	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	3	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada 16

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	4	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	3	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	3	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg	1	GC
<i>cephalexin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5	
ERITROMICINAS / MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	3	
<i>azithromycin</i> TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	GC
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	4	
<i>clarithromycin</i> TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	3	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	5	
e.e.s. 400 TABS 400mg	4	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	5	
<i>erythrocin stearate</i> TABS 250mg	4	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	5	
FLUOROQUINOLONAS		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	4	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in</i> <i>d5w</i>	3	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in</i> <i>d5w</i>	3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 100mg	4	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>levofloxacin</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250</i> <i>mg/50ml</i>	3	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500</i> <i>mg/100ml</i>	3	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750</i> <i>mg/150ml</i>	3	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	4	
PENICILINAS		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	1	GC
<i>amoxicillin</i> CHEW 125mg, 250mg	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> <i>chew tab 200-28.5 mg</i>	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> <i>chew tab 400-57 mg</i>	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate for</i> <i>susp 200-28.5 mg/5ml</i>	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate for</i> <i>susp 250-62.5 mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate for</i> <i>susp 400-57 mg/5ml</i>	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate for</i> <i>susp 600-42.9 mg/5ml</i>	3	

PA - Autorización Previa QL - Cantidad Limitada ST - Terapia Escalonada B/D
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente LA - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido GC - Cobertura de Brecha SI - Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 3 250-125 mg		
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 2 500-125 mg		GC
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 2 875-125 mg		GC
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 4 er 12hr 1000-62.5 mg		
<i>ampicillin</i> CAPS 500mg	2	GC
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> 4 for inj 1.5 (1-0.5) gm		
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> 4 for inj 3 (2-1) gm		
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> 4 for iv soln 1.5 (1-0.5) gm		
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> 4 for iv soln 3 (2-1) gm		
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> 4 for iv soln 15 (10-5) gm		
<i>ampicillin sodium</i> SOLR 1gm, 4 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg		
BICILLIN L-A SUSP 4 2400000unit/4ml; SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml		
<i>dicloxacillin sodium</i> CAPS 3 250mg, 500mg		
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 1gm, 4 2gm		
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 10gm 5		
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 1gm, 4 2gm, 10gm		
PEN GK/DEXTR INJ 4 40000/ML		
PEN GK/DEXTR INJ 4 60000/ML		
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 4 5000000unit, 20000000unit		
PENICILLIN G PROCAINE 4 SUSP 600000unit/ml		
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 4 5000000unit		

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 2 125mg/5ml, 250mg/5ml		GC
<i>penicillin v potassium</i> TABS 1 250mg, 500mg		GC
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 4 20000000unit		
<i>piperacillin sod-tazobactam na</i> 4 for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)		
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> 4 sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)		
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> 4 sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)		
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> 4 sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)		
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> 4 sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)		
TETRACICLINAS		
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg 4		
<i>doxycycline (monohydrate)</i> 2 CAPS 50mg, 100mg		GC
<i>doxycycline (monohydrate)</i> 3 TABs 50mg, 75mg, 100mg		
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 3 50mg, 100mg; TABs 20mg, 100mg		
<i>doxycycline hyclate</i> SOLR 4 100mg		
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 3 75mg, 100mg		
NUZYRA SOLR 100mg; 5 TABs 150mg		LA
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 4 500mg		PA
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg 4		
TIGECYCLINE SOLR 50mg 5		
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS		
AGENTES ALQUILANTES		
BENDEKA SOLN 100mg/4ml 5		B/D
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 3 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml		B/D

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 18
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	3	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg	3	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml	5	B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 1gm, 2gm, 500mg	5	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	4	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	5	B/D
LEUKERAN TABS 2mg	4	
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	4	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 50mg, 100mg	5	B/D
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	3	B/D
ANTIBIÓTICOS		
<i>adriamycin</i> SOLN 2mg/ml	4	B/D
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	4	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	5	B/D
<i>epirubicin hcl</i> SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	4	B/D
ANTIMETABOLITOS		
ALIMTA SOLR 100mg, 500mg	5	B/D
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	5	B/D
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	3	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	3	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	4	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	5	LA PA
LONSURF TAB 15-6.14	5	PA
LONSURF TAB 20-8.19	5	PA
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	3	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	5	LA PA
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	5	
TABLOID TABS 40mg	4	
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg, 500mg	5	PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	2	GC
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	2	GC
EMCYT CAPS 140mg	5	
ERLEADA TABS 60mg	5	LA PA
<i>exemestane</i> TABS 25mg	4	
<i>flutamide</i> CAPS 125mg	3	
<i>fulvestrant</i> SOLN 250mg/5ml	5	B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	2	GC
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	4	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	PA
LYSODREN TABS 500mg	5	
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	3	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	5	
NUBEQA TABS 300mg	5	LA PA
ORGOVYX TABS 120mg	5	LA PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	GC
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	5	
TRELSTAR MIXJECT SUSR 3.75mg, 11.25mg	5	PA
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	5	LA PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide</i> CAPS 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 25mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg QL (21 caps / 21 días)	5	QL LA PA
POMALYST CAPS 3mg, 4mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
THALOMID CAPS 50mg, 100mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg QL (56 caps / 28 días)	5	QL PA
VARIOS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml <i>bexarotene</i> CAPS 75mg	5	LA PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	5	PA
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	2	GC
	4	B/D
KISQALI 200 PAK FEMARA QL (49 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 400 PAK FEMARA QL (70 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 600 PAK FEMARA QL (91 tabs / 28 días)	5	QL PA
MATULANE CAPS 50mg	5	LA
SYNRIBO SOLR 3.5mg <i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	5	PA
WELIREG TABS 40mg	5	LA PA
INHIBIDORES MITÓTICOS		
ABRAXANE INJ 100MG	5	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	4	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
<i>etoposide</i> SOLN 100mg/5ml, 500mg/25ml	3	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 30mg/5ml, 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	5	B/D
<i>toposar</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml	3	B/D
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	2	GC B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	4	B/D
AGENTES MOLECULARES OBJETIVO		
AFINITOR TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 2mg QL (150 tabs / 30 días)	5	QL PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 5mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
ALECENSA CAPS 150mg	5	LA PA
ALUNBRIG TABS 30mg, 90mg, 180mg	5	LA PA
ALUNBRIG PAK	5	LA PA
AVASTIN SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
BALVERSA TABS 3mg, 4mg, 5mg	5	LA PA
BORTEZOMIB SOLR 3.5mg	5	PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 20
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
BOSULIF TABS 100mg, 400mg, 500mg	5	PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	5	LA PA
BRUKINSA CAPS 80mg	5	LA PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
CALQUENCE CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
CAPRELSA TABS 100mg, 300mg	5	LA PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	5	LA PA
COMETRIQ KIT 100MG	5	LA PA
COMETRIQ KIT 140MG	5	LA PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	5	LA PA
COTELLIC TABS 20mg	5	LA PA
DAURISMO TABS 25mg, 100mg	5	LA PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	5	LA PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>everolimus</i> TBSO 2mg QL (150 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>everolimus</i> TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>everolimus</i> TBSO 5mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
EXKIVITY CAPS 40mg	5	LA PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
GAVRETO CAPS 100mg	5	LA PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	5	LA PA
HERCEP HYLEC SOL 60- 10000	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
ICLUSIG TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
ICLUSIG TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
IMBRUVICA CAPS 70mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg, 560mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INLYTA TABS 1mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INLYTA TABS 5mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INREBIC CAPS 100mg	5	LA PA
IRESSA TABS 250mg	5	LA PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	B/D
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 21
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg QL (21 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg QL (42 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg QL (63 tabs / 28 días)	5	QL PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	5	PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA CAP 14 MG QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA CAP 18 MG QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA CAP 24 MG QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LORBRENA TABS 25mg, 100mg	5	LA PA
LUMAKRAS TABS 120mg	5	LA PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
MEKINIST TABS .5mg, 2mg	5	LA PA
MEKTOVI TABS 15mg	5	LA PA
MONJUVI SOLR 200mg	5	LA PA
MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA
NERLYNX TABS 40mg	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
NEXAVAR TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg QL (3 caps / 28 días)	5	QL PA
ODOMZO CAPS 200mg	5	LA PA
OGIVRI SOLR 150mg	5	PA
OGIVRI INJ 420MG	5	PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	5	LA PA
PHESGO SOL	5	LA PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	5	PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	5	PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	5	PA
QINLOCK TABS 50mg	5	LA PA
RETEVMO CAPS 40mg, 80mg	5	LA PA
RIABNI SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	LA PA
RITUXAN SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	LA PA
RITUXAN INJ HYCELA	5	LA PA
ROZLYTREK CAPS 100mg, 200mg	5	LA PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
RUXIENCE SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
RYDAPT CAPS 25mg	5	PA
SCEMBLIX TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
SCEMBLIX TABS 40mg QL (300 tabs / 30 días)	5	QL PA
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	5	PA
STIVARGA TABS 40mg	5	LA PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	5	PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	5	LA PA
TAGRISO TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS .5mg, .75mg, 1mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS .25mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
TASIGNA CAPS 50mg, 150mg, 200mg	5	PA
TAZVERIK TABS 200mg	5	LA PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	5	LA PA
TEPMETKO TABS 225mg	5	LA PA
TIBSOVO TABS 250mg	5	LA PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	5	PA
TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE CPPK 100mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE	5	LA PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	LA PA
TURALIO CAPS 200mg	5	LA PA
UKONIQ TABS 200mg	5	LA PA
VELCADE SOLR 3.5mg	5	PA
VENCLEXTA TABS 10mg QL (112 tabs / 28 días)	4	QL LA PA
VENCLEXTA TABS 50mg QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VENCLEXTA TABS 100mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
VENCLEXTA TAB START PK QL (42 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VITRAKVI CAPS 25mg, 100mg; SOLN 20mg/ml	5	LA PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	5	LA PA
VOTRIENT TABS 200mg	5	LA PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg	5	LA PA
XOSPATA TABS 40mg	5	LA PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	5	LA PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	5	LA PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 60mg	5	LA PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	5	LA PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 50mg	5	LA PA
ZEJULA CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
ZELBORAF TABS 240mg	5	LA PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	PA
ZOLINZA CAPS 100mg	5	PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	5	LA PA
ZYKADIA TABS 150mg	5	LA PA
AGENTES PROTECTORES		
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	4	B/D

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
 Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg	3	
<i>leucovorin calcium</i> TABS 15mg, 25mg	4	
MESNEX TABS 400mg	5	
CARDIOVASCULAR		
COMBINACIONES DEL INHIBIDOR DE LA ECA		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 2.5-10 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-10 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-20 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-40 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 10-20 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 10-40 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> 5-6.25mg	1	GC
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg	1	GC
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg	1	GC
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> 20-25 mg	1	GC
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab</i> 5-12.5 mg	1	GC
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab</i> 10-25 mg	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg	1	GC
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab</i> 20-25 mg	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab</i> 20-25 mg	1	GC
INHIBIDORES DE LA ECA		
<i>benazepril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>captopril</i> TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>enalapril maleate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	GC
<i>fosinopril sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>lisinopril</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	GC
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	GC
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	GC
<i>quinapril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>ramipril</i> CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	1	GC
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ALDOSTERONA		
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	3	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 24
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
KERENDIA TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
spironolactone TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
ALFA BLOQUEADORES		
doxazosin mesylate TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	2	GC
prazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg	3	
terazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	2	GC
COMBINACIONES DE ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5- 20 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5- 40 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10- 20 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10- 40 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 5-160- 12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 5-160- 25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10- 160-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10- 160-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10- 320-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 16- 12.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32- 12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
EDARBYCLOR TAB 40-12.5 QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
EDARBYCLOR TAB 40- 25MG QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
ENTRESTO TAB 24-26MG	3	
ENTRESTO TAB 49-51MG	3	
ENTRESTO TAB 97-103MG	3	
irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
 Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	GC
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 26
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>candesartan cilexetil</i> TABS 32mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
EDARBI TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>irbesartan</i> TABS 75mg, 150mg, 300mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>losartan potassium</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>olmesartan medoxomil</i> TABS 5mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan medoxomil</i> TABS 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan</i> TABS 40mg, 80mg, 160mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan</i> TABS 320mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg	4	
<i>amiodarone hcl</i> TABS 200mg	1	GC
<i>disopyramide phosphate</i> CAPS 100mg, 150mg	4	
<i>dofetilide</i> CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	4	
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	3	
MULTAQ TABS 400mg	4	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	4	
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 400mg	4	
<i>pacerone</i> TABS 200mg	1	GC
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>propafenone hcl</i> TABS 150mg, 225mg, 300mg	3	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	2	GC
<i>sorine</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	2	GC
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	2	GC
<i>sotalol hcl (afib/af)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	3	
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS		
<i>choline fenofibrate</i> CPDR 45mg, 135mg	3	
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	3	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	3	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	1	GC
ANTILIPÉMICOS, LOS INHIBIDORES DE LA HMG-COA REDUCTASA		
ALTOPREV TB24 20mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL ST
ALTOPREV TB24 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL ST
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
EZALLOR SPRINKLE CPSP 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
<i>fluvastatin sodium</i> CAPS 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>fluvastatin sodium</i> TB24 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
LIVALO TABS 1mg, 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
 Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ZYPITAMAG TABS 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST
ANTILIPÉMICOS, VARIOS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	4	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm	4	
<i>colestipol hcl</i> TABS 1gm	3	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	3	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
PRALUENT SOAJ 75mg/ml, 150mg/ml	3	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
BETABLOQUEANTE / DIURÉTICO COMBINACIONES		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	2	GC
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	2	GC
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	3	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	3	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	3	
BETABLOQUEANTE		
<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	3	
<i>atenolol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC
<i>carvedilol</i> TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1	GC
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	3	
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	GC
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml	4	
<i>metoprolol tartrate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	3	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
 Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>nebivolol hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>nebivolol hcl</i> TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	3	
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml	3	
<i>propranolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	2	GC
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	4	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	GC
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg	4	
<i>diltiazem hcl</i> SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml	3	
<i>diltiazem hcl</i> TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	2	GC
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	GC
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 360mg	4	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	3	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	GC
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	2	GC
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>matzim la</i> TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	3	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	4	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	3	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	4	
<i>nisoldipine</i> TB24 8.5mg, 17mg, 20mg, 25.5mg, 30mg, 34mg, 40mg	4	
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	5	
<i>taztia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2	GC
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	GC
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	4	
<i>verapamil hcl</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	
<i>verapamil hcl</i> TABS 40mg, 80mg, 120mg	1	GC
<i>verapamil hcl</i> TBCR 120mg, 180mg, 240mg	2	GC
DIURÉTICOS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg	4	
<i>acetazolamide</i> TABS 125mg, 250mg	3	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	2	GC
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	2	GC
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	3	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	2	GC
<i>furosemide</i> SOLN 8mg/ml, 10mg/ml	2	GC
<i>furosemide</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	GC

PA - Autorización Previa QL - Cantidad Limitada ST - Terapia Escalonada B/D - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente LA - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido GC - Cobertura de Brecha SI - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	3	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	GC
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	2	GC
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	4	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	3	
<i>torsemide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	2	GC
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	1	GC
VARIOS		
ADRENALIN SOLN 1mg/ml	4	
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	4	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg</i>	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-80 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-10 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-20 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg</i>	1	GC
<i>clonidine</i> PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	4	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	GC
CORLANOR SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 7.5mg	4	
<i>digitek</i> TABS .125mg, .25mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>digox</i> TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	4	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL PA
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml	4	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 30
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>hydralazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
<i>methyldopa</i> TABS 250mg, 500mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA
<i>metirosine</i> CAPS 250mg	5	PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	3	
<i>midodrine hcl</i> TABS 10mg	4	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	2	GC
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	4	
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	3	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	GC
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	GC
NITRO-BID OINT 2%	3	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	3	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>bosentan</i> TABS 125mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
OPSUMIT TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	5	PA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CONTRA LA ANSIEDAD		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>bupirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	1	GC
<i>bupirone hcl</i> TABS 7.5mg, 30mg	3	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 días)	3	QL
<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	2	GC
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 días)	3	QL
ANTICONVULSIVOS		
APTIOM TABS 200mg, 400mg, 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
BRIVIACT SOLN 10mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL PA
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	4	PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; TABS 200mg	3	
<i>carbamazepine</i> CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TB12 100mg, 200mg, 400mg	4	
CELONTIN CAPS 300mg	4	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml QL (480 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 31
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>clonazepam</i> TABS 2mg QL (300 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>clonazepam</i> TBDP 2mg QL (300 tabs / 30 días)	3	QL
<i>clonazepam</i> TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
DIACOMIT CAPS 250mg QL (360 caps / 30 días)	5	QL LA PA
DIACOMIT CAPS 500mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL LA PA
DIACOMIT PACK 250mg QL (360 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
DIACOMIT PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>diazepam</i> CONC 5mg/ml QL (240 mL / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	3	QL PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml QL (1200 mL / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	3	QL PA
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg QL (120 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	2	GC QL PA
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	4	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	4	
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	4	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	4	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg	4	
<i>divalproex sodium</i> TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	3	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL LA PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	3	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	4	
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg	4	
<i>ethosuximide</i> SOLN 250mg/5ml	3	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	5	
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	4	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 días)	5	QL LA PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 días)	5	QL PA
FYCOMPA TABS 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
FYCOMPA TABS 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg QL (1080 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> CAPS 300mg QL (360 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg QL (270 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml QL (2160 mL / 30 días)	3	QL
<i>gabapentin</i> TABS 600mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>gabapentin</i> TABS 800mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	5	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

ST - Terapia Escalonada **B/D**
LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg	3	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg; TBP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	3	
<i>levetiracetam</i> SOLN 500mg/5ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	4	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> TABS 150mg, 300mg, 600mg	3	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA
PHENYTEK CAPS 200mg, 300mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	3	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	3	
<i>phenytoin sodium extended CAPS</i> 100mg, 200mg, 300mg	3	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg QL (90 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 250mg	2	GC
<i>roweepra</i> TABS 500mg	3	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml QL (2300 mL / 28 días)	5	QL PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg QL (480 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>rufinamide</i> TABS 400mg QL (240 tabs / 30 días)	5	QL PA
SPRITAM TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 días)	4	QL
SPRITAM TB3D 500mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL
SPRITAM TB3D 750mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
SPRITAM TB3D 1000mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
SYMPAZAN FILM 5mg QL (60 films / 30 días)	4	QL PA
SYMPAZAN FILM 10mg, 20mg QL (60 films / 30 días)	5	QL PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	4	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg	3	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>topiramate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	GC
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml	4	
<i>valproate sodium</i> SOLN 250mg/5ml	3	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	3	
VALTOCO LIQD 5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml; LQPK 7.5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml	4	
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
VIMPAT SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 días)	5	QL
VIMPAT SOLN 200mg/20ml	5	
VIMPAT TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
VIMPAT TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 50mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 días)	4	QL
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 días)	5	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
CONTRA LA DEMENCIA		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	2	GC
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	4	
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml Se aplica PA si tienen menos de 30 años	4	PA
<i>memantine hcl</i> TABS 5mg, 10mg Se aplica PA si tienen menos de 30 años	3	PA
NAMZARIC CAP 7-10MG	4	
NAMZARIC CAP 14-10MG	4	
NAMZARIC CAP 21-10MG	4	
NAMZARIC CAP 28-10MG	4	
NAMZARIC CAP PACK	4	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg QL (90 caps / 30 días)	3	QL
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
LA - Disponibilidad Limitada
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANTIDEPRESIVOS		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg; TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg, 300mg	3	
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	3	
<i>citalopram hydrobromide</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg; CONC 10mg/ml	3	
<i>doxepin hcl</i> CAPS 150mg	4	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	5	QL PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	4	
<i>escitalopram oxalate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	GC
FETZIMA CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
FETZIMA CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
FETZIMA CAP TITRATIO	4	PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg	1	GC
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 40mg	2	GC
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	3	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	2	GC
MARPLAN TABS 10mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg; TB24 15mg, 30mg, 45mg	3	
<i>mirtazapine</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	2	GC
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	4	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	GC
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	GC
<i>paroxetine hcl</i> TB24 12.5mg, 25mg, 37.5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
PAXIL SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	3	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	4	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml	3	
<i>sertraline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	4	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 35
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	GC
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg QL (240 caps / 30 días)	4	QL
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 50mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
TRINTELLIX TABS 5mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
TRINTELLIX TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
TRINTELLIX TABS 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	GC
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	
VIIIBRYD TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
VIIIBRYD KIT STARTER	4	
ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml	3	
<i>amantadine hcl</i> TABS 100mg	4	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	4	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	4	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	4	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	4	
<i>carbidopa</i> TABS 25mg	4	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	3	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	4	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	4	
KYNMOBI FILM 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg QL (150 films / 30 días)	5	QL PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	1	GC
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TB24 .375mg, .75mg, 1.5mg, 2.25mg, 3mg, 3.75mg, 4.5mg	4	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 36
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>rasagiline mesylate</i> TABS 1mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	2	GC
<i>ropinirole hydrochloride</i> TB24 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 12mg	4	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	3	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY MANTENA PRSY 300mg, 400mg QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
ABILIFY MANTENA SRER 300mg, 400mg QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 jeringuilla / 56 días)	5	QL
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
CAPLYTA CAPS 42mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>chlorpromazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR CONC 30mg/ml, 100mg/ml	4	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	3	
<i>clozapine</i> TABS 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4	QL
<i>clozapine</i> TABS 200mg QL (135 tabs / 30 días)	4	QL
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	4	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg QL (135 tabs / 30 días)	5	QL PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
FANAPT PAK	4	PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	4	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	3	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	3	
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	4	QL

PA - Autorización Previa
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido
GC - Cobertura de Brecha
SI - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

ST - Terapia Escalonada
B/D - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml QL (1 jeringuilla / 90 días)	5	QL
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
LATUDA TABS 80mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg QL (3 viales / 1 día)	4	QL
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>paliperidone</i> TB24 6mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg QL (1 jeringuilla / 30 días)	5	QL
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	4	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	3	
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg QL (2 inyecciones / 28 días)	4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg QL (2 inyecciones / 28 días)	5	QL
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 días)	3	QL
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	GC
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	4	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 38
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 3 2mg, 5mg, 10mg		
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	4	
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg QL (6 inyecciones / 3 días)	4	QL
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg QL (2 viales / 28 días)	4	QL PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg QL (2 viales / 28 días)	5	QL PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg QL (1 vial / 28 días)	5	QL PA
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD		
<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er</i> 24hr 5 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er</i> 24hr 10 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er</i> 24hr 15 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er</i> 24hr 20 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er</i> 24hr 25 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er</i> 24hr 30 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 18mg, 25mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 60mg, 80mg, 100mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 39
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	QL PA
<i>metadate er</i> TBCR 20mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 5mg/5ml QL (1800 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR 10mg, 20mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
VYVANSE CAPS 10mg, 20mg, 30mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
VYVANSE CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
VYVANSE CHEW 10mg, 20mg, 30mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
VYVANSE CHEW 40mg, 50mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HIPNÓTICOS		
BELSOMRA TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
HETLIOZ CAPS 20mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg QL (30 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más después de un suministro de 90 días en un año	4	QL PA
<i>temazepam</i> CAPS 15mg QL (60 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más después de un suministro de 90 días en un año	4	QL PA
<i>temazepam</i> CAPS 30mg QL (30 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más después de un suministro de 90 días en un año	2	GC QL PA
MIGRAÑA		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml QL (1 pen / 30 días)	3	QL PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	5	
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml QL (8 mL / 30 días)	5	QL PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab</i> 1- 100 mg QL (40 tabs / 28 días)	3	QL PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 40
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 días)	3	QL
NURTEC TBDP 75mg QL (16 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg QL (18 tabs / 30 días)	3	QL
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act QL (24 units / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act QL (12 units / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml QL (18 inyecciones / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml QL (12 inyecciones / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (12 tabs / 30 días)	2	GC QL
UBRELVY TABS 50mg, 100mg QL (16 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>zolmitriptan</i> TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg QL (12 tabs / 30 días)	4	QL

VARIOS

AUSTEDO TABS 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
GRALISE TABS 300mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
GRALISE TABS 600mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
INGREZZA CAPS 40mg, 60mg, 80mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
INGREZZA CAP 40-80MG QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg	1	GC
<i>lithium carbonate</i> TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	2	GC
NUEDEXTA CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>pregabalin (once-daily)</i> TB24 82.5mg, 165mg, 330mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	3	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	4	
SAVELLA TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
SAVELLA MIS TITR PAK	4	PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA

AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

BETASERON KIT .3mg QL (14 jeringas / 28 días)	5	QL PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	3	PA
GILENYA CAPS .5mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA

PA - Autorización Previa
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

B/D

41

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml QL (16 pens / año)	5	QL LA PA
AGENTES PARA LA TERAPIA MUSCULOESQUELETAL		
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	3	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	4	
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	2	GC
NARCOLEPSIA / CATAPLEJÍA		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>modafinil</i> TABS 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>modafinil</i> TABS 200mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
XYREM SOLN 500mg/ml QL (540 mL / 30 días)	5	QL LA PA
PSICOTERAPÉUTICOS / VARIOS		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	4	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i> QL (90 films / 30 días)	4	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i> QL (90 films / 30 días)	4	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i> QL (90 films / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i> QL (60 films / 30 días)	4	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i> QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i> QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	3	
CHANTIX PAK 0.5& 1MG	4	PA
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	3	
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml	3	
<i>naloxone hcl</i> SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	2	GC
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	3	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	4	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg QL (56 tabs / 28 días)	4	QL PA
VIVITROL SUSR 380mg	5	
ENDOCRINO Y METABÓLICO ANDRÓGENOS		
ANDRODERM PT24 2mg/24hr, 4mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL PA
<i>oxandrolone</i> TABS 2.5mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>oxandrolone</i> TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 42
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	3	PA
ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	QL
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml	3	QL
QL (4 pens / 28 días)		
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml	4	QL
QL (1 pen / 30 días)		
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	3	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg	1	GC QL
QL (90 tabs / 30 días)		
<i>glimepiride</i> TABS 4mg	1	GC QL
QL (60 tabs / 30 días)		
<i>glipizide</i> TABS 5mg	1	GC QL
QL (240 tabs / 30 días)		
<i>glipizide</i> TABS 10mg	1	GC QL
QL (120 tabs / 30 días)		
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg	1	GC QL
QL (90 tabs / 30 días)		
<i>glipizide</i> TB24 10mg	1	GC QL
QL (60 tabs / 30 días)		
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg	1	GC QL
QL (90 tabs / 30 días)		
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg	1	GC QL
QL (60 tabs / 30 días)		
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-250 mg	1	GC QL
QL (240 tabs / 30 días)		
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-500 mg	1	GC QL
QL (120 tabs / 30 días)		
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 5-500 mg	1	GC QL
QL (120 tabs / 30 días)		
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	3	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	3	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
JANUMET TAB 50-500MG	3	QL
QL (60 tabs / 30 días)		

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
JANUMET TAB 50-1000	3	QL
QL (60 tabs / 30 días)		
JANUMET XR TAB 50-500MG	3	QL
QL (60 tabs / 30 días)		
JANUMET XR TAB 50-1000	3	QL
QL (60 tabs / 30 días)		
JANUMET XR TAB 100-1000	3	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
JARDIANCE TABS 10mg	3	QL
QL (60 tabs / 30 días)		
JARDIANCE TABS 25mg	3	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
JENTADUETO TAB 2.5-500	3	QL
QL (60 tabs / 30 días)		
JENTADUETO TAB 2.5-850	3	QL
QL (60 tabs / 30 días)		
JENTADUETO TAB 2.5-1000	3	QL
QL (60 tabs / 30 días)		
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	3	QL
QL (60 tabs / 30 días)		
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	3	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	1	GC QL
QL (150 tabs / 30 días)		
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	1	GC QL
QL (90 tabs / 30 días)		
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	1	GC QL
QL (75 tabs / 30 días)		
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	1	GC QL
QL (120 tabs / 30 días)		
(genérico de GLUCOPHAGE XR)		
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	1	GC QL
QL (60 tabs / 30 días)		
(genérico de GLUCOPHAGE XR)		
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	1	GC QL
QL (90 tabs / 30 días)		

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 43
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (2 pens / 28 días)	3	QL
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL
OZEMPIC INJ 8MG/3ML QL (1 pen / 28 días)	3	QL
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>repaglinide</i> TABS 2mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-500MG QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 12.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 12.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 10-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 12.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 25-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRADJENTA TABS 5mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml QL (4 pens / 28 días)	3	QL
VICTOZA SOPN 18mg/3ml QL (3 pens / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-500MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS		
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml SI	3	
BD ALCOHOL SWABS	3	
FIASP FLEX INJ TOUCH SI	3	
FIASP INJ 100/ML SI	3	
FIASP PENFIL INJ U-100 SI	3	
GAUZE PADS 2" X 2"	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml SI	5	B/D

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 44
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml SI	5	
INSULIN SAFETY NEEDLES	3	
INSULIN SYRINGES: BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVI DIA/MHC	3	
LEVEMIR SOLN 100unit/ml SI	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml SI	3	
NOVOLIN INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN INJ 70/30 FP SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG MIX INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
OMNIPOD DASH MIS PODS QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD MIS CLASSIC QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC QL (1 kit / año)	4	QL PA
PEN NEEDLES: NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/ TRIVIDIA	3	
SOLIQUA INJ 100/33 QL (10 pens / 30 días) SI	3	QL
TRESIBA SOLN 100unit/ml SI	3	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml SI	3	
V-GO 20 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
V-GO 30 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
V-GO 40 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
XULTOPHY INJ 100/3.6 QL (5 pens / 30 días) SI	3	QL
REGULADORES DE CALCIO		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	4	
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	GC
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	3	B/D
FORTEO SOPN 600mcg/2.4ml	5	PA
FOSAMAX + D TAB 70-2800	4	ST

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 45
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
FOSAMAX + D TAB 70-5600	4	ST
<i>ibandronate sodium</i> SOLN 3mg/3ml QL (1 inyección / 90 días)	4	B/D QL
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	3	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	5	PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml; SOLR 30mg, 90mg	3	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 jeringuilla / 180 días)	4	QL
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg	3	
<i>risedronate sodium</i> TABS 30mg; TBEC 35mg	4	
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	5	PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	4	B/D
AGENTES QUELANTES		
CHEMET CAPS 100mg	4	
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 90mg, 180mg, 360mg; TBSO 250mg, 500mg	5	PA
<i>deferasirox</i> TBSO 125mg	3	PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	5	
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	3	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	3	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	5	PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	3	
ANTICONCEPTIVOS		
<i>afirmelle</i>	2	GC
<i>altavera</i>	2	GC
<i>alyacen</i> 1/35	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>alyacen</i> 7/7/7	2	GC
<i>apri</i>	2	GC
<i>aranelle</i>	3	
<i>aubra eq</i>	2	GC
<i>aurovela</i> 1/20	2	GC
<i>aurovela fe</i> 1.5/30	2	GC
<i>aurovela fe</i> 1/20	2	GC
<i>aviane</i>	2	GC
<i>ayuna</i>	2	GC
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>blisovi fe</i> 1.5/30	2	GC
<i>briellyn</i>	3	
<i>camila</i> TABS .35mg	2	GC
<i>caziant</i>	2	GC
<i>chateal</i>	2	GC
<i>cryselle-28</i>	2	GC
<i>cyred eq</i>	2	GC
<i>dasetta</i> 1/35	2	GC
<i>dasetta</i> 7/7/7	2	GC
<i>deblitane</i> TABS .35mg	2	GC
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab</i> 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)	3	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab</i> 0.15 mg-30 mcg	2	GC
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i> 3-0.02 mg	3	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i> 3-0.03 mg	3	
<i>elinst</i>	2	GC
ELLA TABS 30mg	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>emoquette</i>	2	GC
<i>enpresse-28</i>	2	GC
<i>enskyce</i>	2	GC
<i>errin</i> TABS .35mg	2	GC
<i>estarylla</i>	2	GC
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i> 1 mg-35 mcg	2	GC
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i> 1 mg-50 mcg	3	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr</i>	4	
<i>falmina</i>	2	GC
<i>femynor</i>	2	GC
<i>hailey 1.5/30</i>	2	GC
<i>heather TABS .35mg</i>	2	GC
<i>iclevia</i>	3	
<i>incassia TABS .35mg</i>	2	GC
<i>introvale</i>	3	
<i>isibloom</i>	2	GC
<i>jasmiel</i>	3	
<i>jolessa</i>	3	
<i>juleber</i>	2	GC
<i>junel 1.5/30</i>	2	GC
<i>junel 1/20</i>	2	GC
<i>junel fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>junel fe 1/20</i>	2	GC
<i>kariva</i>	3	
<i>kelnor 1/35</i>	2	GC
<i>kelnor 1/50</i>	3	
<i>kurvelo</i>	2	GC
<i>larin 1.5/30</i>	2	GC
<i>larin 1/20</i>	2	GC
<i>larin fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>larin fe 1/20</i>	2	GC
<i>larissia</i>	2	GC
<i>leena</i>	3	
<i>lessina</i>	2	GC
<i>levonest</i>	2	GC
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-día) tab 0.15-0.03 mg</i>	3	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	2	GC
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	2	GC
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	2	GC
<i>levora 0.15/30-28</i>	2	GC
<i>lillow</i>	2	GC
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	2	GC
<i>loestrin 1/20-21</i>	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>loestrin fe 1/20</i>	2	GC
<i>loryna</i>	3	
<i>low-ogestrel</i>	2	GC
<i>lutra</i>	2	GC
<i>lyleq TABS .35mg</i>	2	GC
<i>lyza TABS .35mg</i>	2	GC
<i>marlissa</i>	2	GC
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	3	
<i>microgestin 1.5/30</i>	2	GC
<i>microgestin 1/20</i>	2	GC
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>microgestin fe 1/20</i>	2	GC
<i>mili</i>	2	GC
<i>mono-linyah</i>	2	GC
<i>necon 0.5/35-28</i>	2	GC
<i>nikki</i>	3	
<i>nora-be TABS .35mg</i>	2	GC
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	2	GC
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	2	GC
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	2	GC
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	2	GC
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	2	GC
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	3	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	2	GC
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	2	GC
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	GC
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	2	GC
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	2	GC
<i>nortrel 7/7/7</i>	2	GC
<i>nylia 1/35</i>	2	GC
<i>nylia 7/7/7</i>	2	GC
<i>nymyo</i>	2	GC

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 47
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ocella</i>	3	
<i>orsythia</i>	2	GC
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea</i>	3	
<i>pirmella 1/35</i>	2	GC
<i>portia-28</i>	2	GC
<i>previfem</i>	2	GC
<i>reclipsen</i>	2	GC
<i>setlakin</i>	3	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	2	GC
<i>simliya</i>	3	
<i>sprintec 28</i>	2	GC
<i>sronyx</i>	2	GC
<i>syeda</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	2	GC
<i>tilia fe</i>	4	
<i>tri-estarylla</i>	2	GC
<i>tri-legest fe</i>	4	
<i>tri-linyah</i>	2	GC
<i>tri-lo-estarylla</i>	3	
<i>tri-lo-marzia</i>	3	
<i>tri-lo-mili</i>	3	
<i>tri-lo-sprintec</i>	3	
<i>tri-mili</i>	2	GC
<i>tri-nymyo</i>	2	GC
<i>tri-sprintec</i>	2	GC
<i>tri-vylibra</i>	2	GC
<i>tri-vylibra lo</i>	3	
<i>trivora-28</i>	2	GC
<i>velivet</i>	2	GC
<i>vestura</i>	3	
<i>vienva</i>	2	GC
<i>viorele</i>	3	
<i>vyfemla</i>	3	
<i>vylibra</i>	2	GC
<i>wera</i>	2	GC
<i>xulane</i>	4	
<i>zafemy</i>	4	
<i>zovia 1/35</i>	2	GC
<i>zumandimine</i>	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol CAPS 50mg, 100mg, 200mg</i>	4	
<i>SYNAREL SOLN 2mg/ml</i>	5	
ESTRÓGENOS		
<i>amabelz</i>	3	
<i>DELESTROGEN OIL 10mg/ml</i>	4	
<i>dotti PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr</i>	3	
<i>estradiol PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr</i>	3	
<i>estradiol TABS .5mg, 1mg, 2mg</i>	2	GC
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	3	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	3	
<i>estradiol vaginal CREA .1mg/gm</i>	3	
<i>estradiol vaginal TABS 10mcg</i>	4	
<i>estradiol valerate OIL 20mg/ml, 40mg/ml</i>	4	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	3	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	3	
<i>jinteli</i>	3	
<i>lyllana PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr</i>	3	
<i>mimvey</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	3	
<i>yuvaferm TABS 10mcg</i>	4	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
 Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
GLUCOCORTICOIDES		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	3	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	3	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	2	GC
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	3	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	2	GC
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	3	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	3	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	2	GC B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 25mg/5ml	3	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 15mg/5ml	2	GC B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml	4	B/D
<i>prednisone</i> TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	2	GC B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	3	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	4	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	4	
AGENTES PARA ELEVAR LOS NIVELES DE GLUCOSA		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	5	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	3	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
VARIOS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5	LA PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	5	LA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	3	
CARBAGLU TBSO 200mg	5	LA PA
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	5	LA PA
CERDELGA CAPS 84mg	5	PA
CEREZYME SOLR 400unit	5	LA PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg QL (120 tabs / 30 días)	4	B/D QL
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 60mg QL (60 tabs / 30 días)	5	B/D QL
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg QL (120 tabs / 30 días)	5	B/D QL
CYSTADANE POW	5	LA
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	LA PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	5	
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	3	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	4	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	4	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	5	LA PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	5	PA
GENOTROPIN MINQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5	PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	5	LA PA
KORLYM TABS 300mg	5	LA PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 49
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml	4	B/D
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> TABS 330mg	3	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	5	LA PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg)	5	PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg)	5	PA
<i>miglustat</i> CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	5	LA PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg	5	PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	4	PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	5	PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	3	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5	LA PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	5	PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	LA PA
AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg QL (360 caps / 30 días)	3	QL
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm QL (180 paquetes / 30 días)	4	QL
<i>sevelamer carbonate</i> PACK .8gm QL (540 paquetes / 30 días)	5	QL
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 800mg QL (540 tabs / 30 días)	4	QL
VELPHORO CHEW 500mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL
PROGESTINAS		
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	3	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	4	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	3	
AGENTES TIROIDEOS		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	GC
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	GC
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	GC
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	GC
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	3	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 50
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	1	GC
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	3	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	4	
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	GC
ANÁLOGOS DE VITAMINA D		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	2	GC B/D
<i>calcitriol</i> SOLN 1mcg/ml	4	B/D
<i>doxercalciferol</i> CAPS .5mcg, 1mcg, 2.5mcg	4	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	4	B/D
RAYALDEE CPCR 30mcg	5	
GASTROINTESTINAL ANTIEMÉTICOS		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	4	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	4	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	4	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 caps / 30 días)	4	B/D QL
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml	3	
<i>granisetron hcl</i> SOLN 4mg/4ml	4	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	4	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	2	GC
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml	3	
<i>metoclopramide hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	GC
<i>ondansetron</i> TBP 4mg, 8mg	3	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	3	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml	4	B/D
<i>ondansetron hcl</i> TABS 4mg, 8mg, 24mg	3	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	4	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	4	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days QL (10 parches / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	QL PA
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg	3	
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg, 2mg	3	
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA H2		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	3	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml QL (300 mL / 30 días)	4	QL
<i>famotidine</i> TABS 20mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>famotidine</i> TABS 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	3	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
 Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	4	
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	3	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	4	PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	5	PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	4	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg QL (180 caps / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	4	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	4	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg	2	GC
<i>sulfasalazine</i> TBEC 500mg	3	
LASANTES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	GC
<i>gavilyte-g</i>	2	GC
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	GC
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	3	
GOLYTELY SOL	3	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	3	
NULYTELY SOL LMN/LIME	3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl- na sulfate for soln 236 gm</i>	2	GC
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	2	GC
PLENVU SOL	4	
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VARIOS		
<i>alose tron hcl</i> TABS 1mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>alose tron hcl</i> TABS .5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>cromolyn sodium</i> (<i>mastocytosis</i>) CONC 100mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq</i> 2.5-0.025 mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab</i> 2.5-0.025 mg	3	
GATTEX KIT 5mg	5	LA PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	3	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	3	
MOVANTIK TABS 12.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
MOVANTIK TABS 25mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	5	PA
<i>sucralfate</i> TABS 1gm	3	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg	3	
<i>ursodiol</i> TABS 250mg, 500mg	4	
XERMELO TABS 250mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
XIFAXAN TABS 550mg	5	PA
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON CAP 3000UNIT	3	
CREON CAP 6000UNIT	3	
CREON CAP 12000UNT	3	
CREON CAP 24000UNT	3	
CREON CAP 36000UNT	3	
ZENPEP CAP 3000UNIT	4	
ZENPEP CAP 5000UNIT	4	
ZENPEP CAP 10000UNT	4	
ZENPEP CAP 15000UNT	4	
ZENPEP CAP 20000UNT	4	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 52
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ZENPEP CAP 25000	4	
ZENPEP CAP 40000	4	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
DEXILANT CPDR 30mg, 60mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
dexlansoprazole CPDR 30mg, 60mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
esomeprazole magnesium CPDR 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
lansoprazole CPDR 15mg, 30mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
lansoprazole TBDD 15mg, 30mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL ST
omeprazole CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
pantoprazole sodium SOLR 40mg	3	
pantoprazole sodium TBEC 20mg, 40mg	1	GC
PRILOSEC PACK 2.5mg, 10mg	4	
rabeprazole sodium TBEC 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
GENITOURINARIAS		
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA		
alfuzosin hcl TB24 10mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
dutasteride CAPS .5mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
finasteride TABS 5mg	1	GC
silodosin CAPS 4mg, 8mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
tamsulosin hcl CAPS .4mg	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VARIOS		
acetic acid SOLN .25%	2	GC
bethanechol chloride TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
potassium citrate (alkalinizer) TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	4	
ANTIESPANSMÓDICOS URINARIO		
darifenacin hydrobromide TB24 7.5mg, 15mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml QL (300 mL / 28 días)	4	QL
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
oxybutynin chloride SYRP 5mg/5ml; TABS 5mg	3	
oxybutynin chloride TB24 5mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
oxybutynin chloride TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
solifenacin succinate TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
tolterodine tartrate CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
tolterodine tartrate TABS 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL ST
TOVIAZ TB24 4mg, 8mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
tropium chloride TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
clindamycin phosphate vaginal CREA 2%	3	
metronidazole vaginal GEL .75%	3	

PA - Autorización Previa QL - Cantidad Limitada ST - Terapia Escalonada B/D - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente LA - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido GC - Cobertura de Brecha SI - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3	
VANDAZOLE GEL .75%	3	
HEMATOLÓGICOS		
ANTICOAGULANTES		
ELIQUIS TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
ELIQUIS TABS 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5	
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	3	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D
<i>heparin sodium (porcine)</i> 100 unit/ml in d5w	3	
<i>heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol</i> 20000 unit/500ml-5%	3	
<i>heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol</i> 25000 unit/500ml-5%	3	
HEPARIN/NAACL INJ 25000UNT	3	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
PRADAXA CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PRADAXA CAPS 110mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
XARELTO SUSR 1mg/ml QL (620 mL / 30 días)	3	QL
XARELTO TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
XARELTO STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 días)	3	QL

**FACTORES DE CRECIMIENTO
HEMATOPOYÉTICOS**

PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	PA

VARIOS

<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	4	
BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	2	GC
DOPTELET TABS 20mg	5	LA PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	3	
ENDARI PACK 5gm	5	LA PA
HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 viales / 30 días)	5	QL LA PA
HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 viales / 30 días)	5	QL LA PA
<i>icatibant acetate</i> SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	2	GC

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 54
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PROMACTA PACK 12.5mg QL (360 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA PACK 25mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>sajazir</i> SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml	4	
<i>tranexamic acid</i> TABS 650mg	3	
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin-dipyridamole cap er</i> 12hr 25-200 mg	4	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	4	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	1	GC
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	
AGENTES INMUNOLÓGICOS AUTOIMMUNE AGENTS		
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml; SOLR 25mg QL (16 viales / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 cartridges / 28 días)	5	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml QL (2 jeringas / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 jeringas / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	5	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	5	PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	5	LA PA
REMICADE SOLR 100mg	5	PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	5	LA PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
RINVOQ TB24 45mg QL (112 tabs / año)	5	QL PA
SKYRIZI PSKT 75mg/0.83ml QL (7 kits / 365 días)	5	QL PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (7 jeringas / 365 días)	5	QL PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (7 pens / 365 días)	5	QL PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml QL (2 viales / 28 días)	5	QL LA PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

ST - Terapia Escalonada **B/D** 55
LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml QL (3 jeringas / 28 días)	5	QL LA PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 24 días)	5	QL PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (DMARD)		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	3	
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	3	
TREXALL TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg	4	B/D
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	B/D
INMUNOGLOBULINAS		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml	5	PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	PA
GAMASTAN INJ	4	B/D
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	5	PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 25gm/500ml, 30gm/300ml	5	PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	5	LA PA
ARCALYST SOLR 220mg	5	PA
INTRON A SOLN 6000000unit/ml, 10000000unit/ml; SOLR 50000000unit	5	B/D
INTRON A SOLR 10000000unit	3	B/D
INTRON A SOLR 18000000unit	4	B/D
INMUNOSUPRESORES		
<i>azathioprine</i> TABS 50mg	3	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	5	PA
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	4	B/D

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
 Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	B/D
<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	3	B/D
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	5	B/D
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	4	B/D
NULOJIX SOLR 250mg	5	B/D
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D
REZUROCK TABS 200mg	5	LA PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	3	B/D
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	5	B/D
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	4	B/D
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D
ZORTRESS TABS 1mg	5	B/D
VACUNAS		
ACTHIB INJ	3	
ADACEL INJ	3	
BCG VACCINE SOLR 50mg	3	
BEXSERO INJ	3	
BOOSTRIX INJ	3	
DAPTACEL INJ	3	
DENGVAXIA SUS	3	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	3	B/D
ENGERIX-B SUSP 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	3	B/D
GARDASIL 9 INJ	3	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	3	
HIBERIX SOLR 10mcg	3	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INJ 2.5unit/ml	3	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
INFANRIX INJ	3	
IPOL INJ INACTIVE	3	
IXIARO INJ	3	
KINRIX INJ	3	
M-M-R II INJ	3	
MENACTRA INJ	3	
MENQUADFI INJ	3	
MENVEO INJ	3	
PEDIARIX INJ 0.5ML	3	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	3	
PENTACEL INJ	3	
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	3	B/D
PROQUAD INJ	3	
QUADRACEL INJ	3	
RABAVERT INJ	3	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml	3	B/D
ROTARIX SUS	3	
ROTATEQ SOL	3	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml QL (2 viales por vida)	3	QL
TDVAX INJ 2-2 LF	3	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	3	B/D
TICOVAC SUSY 2.4mcg/0.5ml	3	
TRUMENBA INJ	3	
TWINRIX INJ	3	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	3	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	3	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	3	
YF-VAX INJ	3	
SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS ELECTROLITOS/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	3	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
 Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
D5W/LYTES INJ #48	4	
D10W/NACL INJ 0.2%	3	
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 5% in lactated ringers	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%	3	
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	3	
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	
ISOLYTE-S INJ	4	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	4	
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj	3	
KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN NACL 0.45% INJ	4	
kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN NACL 0.9% INJ	4	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4	
lactated ringer's solution	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	3	
magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	3	
magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml	3	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	3	
PLASMA-LYTE INJ -148	4	
PLASMA-LYTE INJ -A	4	
potassium chloride SOLN 2meq/ml	3	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml, 20meq/50ml	4	
potassium chloride SOLN 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml	4	
potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj	3	
sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	3	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
ELECTROLITOS/MINERALS/VITAMINAS, ORAL		
klor-con PACK 20meq	4	
klor-con 8 TBCR 8meq	2	GC
klor-con 10 TBCR 10meq	2	GC
klor-con m10 TBCR 10meq	2	GC
klor-con m15 TBCR 15meq	3	
klor-con m20 TBCR 20meq	2	GC
M-NATAL PLUS TAB	3	
potassium chloride CPCR 8meq, 10meq	3	
potassium chloride PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	4	
potassium chloride TBCR 8meq, 10meq, 20meq	2	GC

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
 Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 10meq, 20meq	2	GC
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 15meq	3	
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	3	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	2	GC
TRICARE TAB PRENATAL	3	
NUTRICIÓN IV		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	4	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	4	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	3	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	3	B/D
FREAMINE III INJ 10%	4	B/D
<i>hepatamine</i>	4	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	4	B/D
<i>plenamine</i>	4	B/D
PREMASOL SOL 10%	4	B/D
PROCALAMINE INJ 3%	4	B/D
PROSOL INJ 20%	4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	4	B/D
OFTÁLMICO		
CONTRA INFECCIONES / ANTIINFLAMATORIOS		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	3	
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	4	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	2	GC
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	3	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	4	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	
CONTRA INFECCIONES		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	3	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	2	GC
BESIVANCE SUSP .6%	3	
CILOXAN OINT .3%	3	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	2	GC
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	2	GC
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	3	
<i>gentak OINT .3%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	2	GC
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	3	
NATACYN SUSP 5%	4	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	3	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	3	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	2	GC
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	GC

PA - Autorización Previa QL - Cantidad Limitada ST - Terapia Escalonada B/D 59
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente LA - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido GC - Cobertura de Brecha SI - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> OINT 10%; SOLN 10%	3	
<i>tobramycin (ophth)</i> SOLN .3%	1	GC
<i>trifluridine</i> SOLN 1%	4	
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTIINFLAMATORIOS		
ALREX SUSP .2%	3	
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> SOLN .09%	4	
BROMSITE SOLN .075%	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	3	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	2	GC
<i>difluprednate</i> EMUL .05%	3	
FLAREX SUSP .1%	4	
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	3	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	3	
ILEVRO SUSP .3%	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .5%	2	GC
LOTEMAX OINT .5%	3	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	3	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	
PROLENSA SOLN .07%	3	
ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	3	
<i>bepotastine besilate</i> SOLN 1.5%	3	
BEPREVE SOLN 1.5%	3	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	1	GC
LASTACAFT SOLN .25%	4	
<i>olopatadine hcl</i> SOLN .1%	3	
ZERVIATE SOLN .24%	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CONTRA EL GLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .1%	3	
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	3	
BETOPTIC-S SUSP .25%	3	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	1	GC
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%	4	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	4	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	2	GC
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	2	GC
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 22.3-6.8 mg/ml	2	GC
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	2	GC
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	2	GC
LUMIGAN SOLN .01%	3	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLN .02%	3	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	3	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%	4	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLN .25%, .5%	1	GC
<i>timolol maleate (ophth) once-daily</i> SOLN .5%	4	
<i>travoprost</i> SOLN .004%	4	
VYZULTA SOLN .024%	4	
VARIOS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	3	
CYSTADROPS SOLN .37%	5	LA PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	LA PA
ISOPTO ATROPINE SOLN 1%	3	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	3	
RESTASIS EMUL .05%	3	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 60
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	
XIIDRA SOLN 5%	3	
ÓTICO		
ÓTICO AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	3	
CIPRO HC SUS ÓTICO	4	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	4	
<i>flac</i> OIL .01%	3	
<i>fluocinolone acetone (otic)</i> OIL .01%	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml- 1%</i>	3	
<i>ofloxacin (otic)</i> SOLN .3%	4	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5		
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5		
<i>sildenafil citrate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	ED QL
QL (4 tabs / 30 días)		
<i>tadalafil</i> TABS 10mg, 20mg	3	ED QL
QL (4 tabs / 30 días)		
RESPIRATORIO		
COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICO / BETA AGONISTA		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	QL
QL (60 blisters / 30 días)		
BEVESPI AER 9-4.8MCG	3	QL
QL (1 inhalador / 30 días)		
BREZTRI AERO AER SPHERE	3	QL
QL (1 inhalador / 30 días)		

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	3	QL
QL (4 inhaladores / 28 días)		
COMBIVENT AER 20-100	4	QL
QL (2 inhaladores / 30 días)		
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	3	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	3	QL
QL (60 blisters / 30 días)		
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	3	QL
QL (60 blisters / 30 días)		
ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA AERS	4	QL
17mcg/act		
QL (2 inhaladores / 30 días)		
INCRUSE ELLIPTA AEPB	3	QL
62.5mcg/inh		
QL (30 blisters / 30 días)		
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	2	GC B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	3	
ANTIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%, .15%	3	
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 1mg/ml	2	GC
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	3	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
<i>desloratadine</i> TABS 5mg	3	
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	3	
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	4	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>hydroxyzine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	3	
<i>olopatadine hcl (nasal)</i> SOLN .6%	4	
BETA AGONISTAS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Proair HFA)	3	QL
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Proventil HFA)	3	QL
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Ventolin HFA)	3	QL
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	3	B/D
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%	2	GC B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml	2	GC
<i>albuterol sulfate</i> TABS 2mg, 4mg	4	
<i>arformoterol tartrate</i> NEBU 15mcg/2ml	4	B/D
BROVANA NEBU 15mcg/2ml	5	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>formoterol fumarate</i> NEBU 20mcg/2ml	5	B/D
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	4	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	4	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhaladores / 30 días)	3	QL
MODULADORES DE LOS LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg	3	
<i>montelukast sodium</i> PACK 4mg	4	
<i>montelukast sodium</i> TABS 10mg	1	GC
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	3	
VARIOS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	3	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	LA PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	3	B/D
DALIRESP TABS 250mcg, 500mcg	4	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
 Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml (genérico de EpiPen)	3	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (genérico de Adrenaclick)	3	
ESBRIET CAPS 267mg QL (270 caps / 30 días)	5	QL PA
ESBRIET TABS 267mg QL (270 tabs / 30 días)	5	QL PA
ESBRIET TABS 801mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
FASENRA SOSY 30mg/ml	5	LA PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5	LA PA
KALYDECO PACK 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	5	LA PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	5	PA
SYMDEKO TAB 50-75MG QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMDEKO TAB 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	4	
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>theophylline</i> SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg	4	
<i>theophylline</i> TB24 400mg, 600mg	3	
TRIKAFTA TAB 50-25- 37.5MG & 75MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	5	LA PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg	5	LA PA
ESTEROIDES NAALES		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025% QL (3 botellas / 30 días)	3	QL
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act QL (1 botella / 30 días)	2	GC QL
<i>mometasone furoate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
OMNARIS SUSP 50mcg/act QL (1 inhalador / 30 días)	4	QL
ESTEROIDES INHALADOS		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalaciones / 30 días)	3	QL
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	4	B/D
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist QL (180 inhalaciones / 30 días)	3	QL
FLOVENT DISKUS AEPB 100mcg/blist, 250mcg/blist QL (240 inhalaciones / 30 días)	3	QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
FLOVENT HFA AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
PULMICORT FLEXHALER AEPB 90mcg/act QL (3 inhaladores / 30 días)	4	QL
PULMICORT FLEXHALER AEPB 180mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
COMBINACIONES DE ESTEROIDES / BETA AGONISTA		
ADVAIR DISKU AER 100/50 QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
ADVAIR DISKU AER 250/50 QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
ADVAIR DISKU AER 500/50 QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
ADVAIR HFA AER 45/21 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
ADVAIR HFA AER 115/21 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
ADVAIR HFA AER 230/21 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
BREO ELLIPTA INH 100-25 QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
BREO ELLIPTA INH 200-25 QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
SYMBICORT AER 80-4.5 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
SYMBICORT AER 160-4.5 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
DE USO TÓPICO DERMATOLOGÍA, ACNÉ		
<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
<i>amnesteem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	4	PA
<i>avita</i> CREA .025%; GEL .025% QL (45 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>benzoyl peroxide- erythromycin gel 5-3%</i> QL (46.6 gm / 30 días)	4	QL
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1% QL (75 gm / 30 días)	4	QL
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
<i>ery</i> PADS 2% QL (60 pledgets / 30 días)	3	QL
<i>erythromycin (acne aid) SOLN 2%</i> QL (60 mL / 30 días)	3	QL
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
<i>myorisan</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10%</i> QL (118 mL / 30 días)	4	QL
<i>tretinoin</i> CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025% QL (45 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS		
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1% QL (30 gm / 30 días)	4	QL
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> OINT .1% QL (30 gm / 30 días)	3	QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

ST - Terapia Escalonada **B/D** 64
LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>mupirocin</i> OINT 2% QL (220 gm / 30 días)	2	GC QL
<i>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	2	GC
<i>ssd</i> CREA 1%	2	GC
SULFAMYLON CREA 85mg/gm QL (453.6 gm / 30 días)	4	QL
DERMATOLOGÍA, FUNGICIDAS		
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77% QL (90 gm / 30 días)	3	QL
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1% QL (45 gm / 30 días)	3	QL
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1% QL (30 mL / 30 días)	3	QL
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1- 0.05%</i> QL (45 gm / 30 días)	3	QL
<i>ketconazole (topical)</i> CREA 2% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm QL (30 gm / 30 días)	3	QL
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 días)	3	QL
DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	4	PA
<i>calcipotriene</i> OINT .005% QL (120 gm / 30 días)	4	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>calcipotriene</i> SOLN .005% QL (120 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>calcitrene</i> OINT .005% QL (120 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>tazarotene</i> CREA .1% QL (60 gm / 30 días)	3	QL PA
TAZORAC CREA .05% QL (60 gm / 30 días)	4	QL PA
DERMATOLOGÍA, CONTRA LA SEBORREICA		
<i>ketconazole (topical)</i> SHAM 2% QL (120 mL / 30 días)	2	GC QL
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	2	GC
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort</i> CREA 1%	1	GC
<i>ala-cort</i> CREA 2.5%	2	GC
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05% QL (120 mL / 30 días)	3	QL
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> OINT .05% QL (120 gm / 30 días)	4	QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	2	GC QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> GEL .05%; OINT .05% QL (120 gm / 30 días)	4	QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05% QL (120 mL / 30 días)	4	QL
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1% QL (120 gm / 30 días)	3	QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1% QL (120 mL / 30 días)	3	QL
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<i>clobetasol propionate</i> GEL .05% QL (60 gm / 30 días)	4	QL
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05% QL (50 mL / 30 días)	3	QL
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
ENSTILAR AER QL (120 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01% QL (60 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .025% QL (120 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01% QL (118.28 mL / 30 días)	3	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> OINT .025% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01% QL (90 mL / 30 días)	4	QL
<i>fluocinonide</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluocinonide</i> SOLN .05% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%	1	GC
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	2	GC
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	3	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .1% QL (454 gm / 30 días)	2	GC QL
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .5%; OINT .025%, .1%, .5%	2	GC
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%	3	
<i>triderm</i> CREA .5% QL (30 gm / 30 días)	2	GC
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>glydo</i> PRSY 2% QL (60 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>lidocaine</i> OINT 5% QL (50 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5% QL (3 parches / 1 día)	4	QL PA
<i>lidocaine hcl</i> GEL 2% QL (30 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4% QL (50 mL / 30 días)	3	QL PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5% QL (30 gm / 30 días)	3	QL PA
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LAS MEMBRANAS MUCOSAS		
<i>azelaic acid</i> GEL 15% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1% QL (1000 gm / 30 días)	3	QL PA
FINACEA FOAM 15% QL (50 gm / 30 días)	4	QL

PA - Autorización Previa
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido
GC - Cobertura de Brecha
SI - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

ST - Terapia Escalonada
B/D - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5% QL (40 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5% QL (10 mL / 30 días)	3	QL
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 2.5%	2	GC
<i>imiquimod</i> CREA 5% QL (24 paquetes / 30 días)	3	QL
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%	2	GC
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> LOTN 12%	3	
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75% QL (45 gm / 30 días)	4	QL
<i>metronidazole (topical)</i> GEL .75% QL (45 gm / 30 días)	3	QL
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75% QL (59 mL / 30 días)	4	QL
NORITATE CREA 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL
PANRETIN GEL .1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA
<i>podofilox</i> SOLN .5% QL (7 mL / 28 días)	3	QL
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>procto-pak</i> CREA 1%	3	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	3	
RECTIV OINT .4% QL (30 gm / 30 días)	4	QL
<i>rosadan</i> CREA .75% QL (45 gm / 30 días)	4	QL
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1% QL (100 gm / 30 días)	4	QL
TARGRETIN GEL 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VALCHLOR GEL .016% QL (60 gm / 30 días)	5	QL LA PA
ZYCLARA PUMP CREA 2.5% QL (15 gm / 30 días)	5	QL
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y CONTRA LA PEDICULOSIS		
<i>malathion</i> LOTN .5% QL (59 mL / 30 días)	4	QL
<i>permethrin</i> CREA 5% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
DERMATOLOGÍA, AGENTES PARA EL CUIDAD DE HERIDAS		
REGRANEX GEL .01% QL (30 gm / 30 días)	5	QL PA
SANTYL OINT 250unit/gm QL (180 gm / 30 días)	4	QL
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	3	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	2	GC
AGENTES PARA LA BOCA / GARGANTA / DENTALES		
<i>cevimeline hcl</i> CAPS 30mg	4	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	1	GC
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg QL (150 losanges / 30 días)	4	QL
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	2	GC
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	3	
<i>periogard</i> SOLN .12%	1	GC
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	3	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	3	
VITAMINAS COMPLEJO DE VITAMINA B		
<i>cyanocobalamin</i> SOLN 1000mcg/ml	2	ED GC
<i>folic acid</i> TABS 1mg QL (30 tabs / 30 días)	1	ED GC QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VITAMINA D		
<i>ergocalciferol</i> CAPS 50000unit QL (4 caps / 28 días)	2	ED GC QL
ACTIVIDAD DE LA VITAMINA K		
<i>phytonadione</i> TABS 5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	ED QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

ÍNDICE

A		
<i>abacavir sulfate</i>	14	
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	15	
<i>abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg</i>	15	
ABELCET	13	
ABILIFY MAINTENA.....	37	
<i>abiraterone acetate</i>	19	
ABRAXANE INJ 100MG .20		
<i>acamprosate calcium</i>	42	
<i>acarbose</i>	42	
<i>accutane</i>	63	
<i>acebutolol hcl</i>	28	
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	11	
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	11	
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	11	
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	11	
<i>acetazolamide</i>	29	
<i>acetic acid</i>	53	
<i>acetic acid (otic)</i>	60	
<i>acetylcysteine</i>	62	
<i>acitretin</i>	64	
ACTHIB INJ	56	
ACTIMMUNE	56	
<i>acyclovir</i>	15, 16	
<i>acyclovir sodium</i>	16	
ADACEL INJ.....	56	
<i>adefovir dipivoxil</i>	16	
ADEMPAS	31	
ADRENALIN	30	
<i>adriamycin</i>	19	
ADVAIR DISKU AER 100/50	63	
ADVAIR DISKU AER 250/50	63	
ADVAIR DISKU AER 500/50	63	
ADVAIR HFA AER 115/21	63	
ADVAIR HFA AER 230/21	63	
ADVAIR HFA AER 45/21	63	
AFINITOR.....	20	
AFINITOR DISPERZ	20	
<i>afirmelle</i>	46	
AIMOVIG	40	
<i>ala-cort</i>	64	
<i>albendazole</i>	12	
<i>albuterol sulfate</i>	61	
<i>alclometasone dipropionate</i>	65	
ALDURAZYME	49	
ALECENSA	20	
<i>alendronate sodium</i>	45	
<i>alfuzosin hcl</i>	52	
ALIMTA.....	19	
<i>aliskiren fumarate</i>	30	
<i>allopurinol</i>	10	
<i>alosetron hcl</i>	52	
ALPHAGAN P.....	60	
<i>alprazolam</i>	31	
ALREX.....	59	
<i>altavera</i>	46	
ALTOPREV	27	
ALUNBRIG	20	
ALUNBRIG PAK	20	
<i>alyacen 1/35</i>	46	
<i>alyacen 7/7/7</i>	46	
<i>amabelz</i>	48	
<i>amantadine hcl</i>	36	
AMBISOME	13	
<i>ambrisentan</i>	31	
<i>amikacin sulfate</i>	12	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	29	
<i>amiloride hcl</i>	29	
<i>amiodarone hcl</i>	27	
<i>amitriptyline hcl</i>	34	
<i>amlodipine besylate</i>	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-10 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-20 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-80 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	24	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	24	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	24	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	24	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	24	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	24	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	25	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	25	

<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>.....25	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>.....17	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>.....39
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>.....25	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>.....18	<i>amphotericin b</i>.....13
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg</i>.....25	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>.....18	<i>amphotericin b liposome</i> .13
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-320 mg</i>.....25	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>.....18	<i>ampicillin</i>.....18
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-160 mg</i> 25	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>.....18	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>.....18
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-320 mg</i> 25	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>.....39	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>.....18
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10-160-12.5 mg</i>.....25	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>.....39	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1- 0.5) gm</i>.....18
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg</i>.....25	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>.....39	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10- 5) gm</i>.....18
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10-320-25 mg</i>.....25	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>.....39	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>.....18
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 5-160-12.5 mg</i>.....25	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>.....39	<i>ampicillin sodium</i>.....18
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 5-160-25 mg</i>.....25	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>.....39	<i>anagrelide hcl</i>.....54
<i>amnestem</i>.....63	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg</i>.....39	<i>anastrozole</i>.....19
<i>amoxapine</i>.....34	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>.....39	ANDRODERM.....42
<i>amoxicillin</i>.....17	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>.....39	ANORO ELLIPT AER 62.5- 25.....60
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i> .17	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>.....39	<i>aprepitant</i>.....50
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i> ...17	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>.....39	<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>.....50
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>.....17	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg</i>.....39	<i>apri</i>.....46
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>.....17	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg</i>.....39	APTIOM.....31
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>.....17	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg</i>.....39	APTIVUS.....14
	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg</i>.....39	ARALAST NP.....62
		<i>aranelle</i>.....46
		ARCALYST.....56
		<i>arformoterol tartrate</i>.....61
		<i>aripiprazole</i>.....37
		ARISTADA.....37
		ARISTADA INITIO.....37
		<i>armodafinil</i>.....41
		ARNUITY ELLIPTA.....63
		<i>asenapine maleate</i>.....37
		<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>.....54
		<i>atazanavir sulfate</i>.....14
		<i>atenolol</i>.....28
		<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>.....28

<i>atenolol & chlorthalidone</i> <i>tab 50-25 mg</i>.....28	<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-12.5 mg</i>.....24	<i>bisoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>2.5-6.25 mg</i>.....28
<i>atomoxetine hcl</i>.....39	<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-12.5 mg</i>.....24	<i>bisoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>5-6.25 mg</i>.....28
<i>atorvastatin calcium</i>.....27	<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-25 mg</i>.....24	<i>bisoprolol fumarate</i> .....28
<i>atovaquone</i>.....12	<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-25 mg</i>.....24	BIVIGAM.....55
<i>atovaquone-proguanil hcl</i> <i>tab 250-100 mg</i>.....14	<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>5-6.25mg</i>.....24	BLEPHAMIDE OIN S.O.P. .....59
<i>atovaquone-proguanil hcl</i> <i>tab 62.5-25 mg</i>.....14	<i>benazepril hcl</i>.....24	<i>blisovi fe 1.5/30</i>.....46
ATROPINE SULFATE ....60	BENDEKA .....18	BOOSTRIX INJ.....57
<i>atropine sulfate</i> <i>(ophthalmic)</i> .....60	BENLYSTA.....56	BORTEZOMIB .....20
ATROVENT HFA.....61	<i>benzoyl peroxide-</i> <i>erythromycin gel 5-3%</i> 63	<i>bosentan</i>.....31
<i>aubra eq</i> .....46	<i>benztropine mesylate</i>.....36	BOSULIF .....21
<i>aurovela 1/20</i>.....46	<i>bepotastine besilate</i>.....60	BRAFTOVI.....21
<i>aurovela fe 1.5/30</i>.....46	BEPREVE.....60	BREO ELLIPTA INH 100- 25 .....63
<i>aurovela fe 1/20</i>.....46	BERINERT .....54	BREO ELLIPTA INH 200- 25 .....63
AUSTEDO .....41	BESIVANCE .....59	BREZTRI AERO AER SPHERE .....61
AVASTIN .....20	BESREMI .....20	BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) .....61
<i>aviane</i>.....46	<i>betaine powder for oral</i> <i>solution</i>.....49	<i>briellyn</i> .....46
<i>avita</i>.....63	<i>betamethasone</i> <i>dipropionate (topical)</i> ...65	BRILINTA.....54
<i>ayuna</i>.....46	<i>betamethasone</i> <i>dipropionate augmented</i>.....65	<i>brimonidine tartrate</i>.....60
AYVAKIT .....20	<i>betamethasone valerate</i> .65	<i>brinzolamide</i> .....60
<i>azacitidine</i>.....19	BETASERON.....41	BRIVIACT .....31
<i>azathioprine</i> .....56	<i>betaxolol hcl (ophth)</i> .....60	<i>bromfenac sodium (ophth)</i> .....59
<i>azelaic acid</i>.....66	<i>bethanechol chloride</i>.....53	<i>bromocriptine mesylate</i> ...36
<i>azelastine hcl</i>.....61	BETOPTIC-S .....60	BROMSITE .....59
<i>azelastine hcl (ophth)</i>.....60	BEVESPI AER 9-4.8MCG.....61	BROVANA .....61
<i>azithromycin</i> .....17	<i>bexarotene</i>.....20	BRUKINSA .....21
<i>aztreonam</i>.....12	BEXSERO INJ.....57	<i>budesonide</i> .....51
<i>azurette</i>.....46	<i>bicalutamide</i>.....19	<i>budesonide (inhalation)</i> ..63
B	BICILLIN L-A.....18	<i>bumetanide</i>.....29
<i>bacitracin (ophthalmic)</i> ...59	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG .....15	<i>buprenorphine hcl</i>.....42
<i>bacitracin-polymyxin b</i> <i>ophth oint</i> .....59	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG .....15	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film 12-3</i> <i>mg (base equiv)</i> .....42
<i>bacitracin-polymyxin-</i> <i>neomycin-hc ophth oint</i> <i>1%</i>.....59	<i>bisoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-6.25 mg</i>.....28	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film 2-0.5</i> <i>mg (base equiv)</i> .....42
<i>baclofen</i>.....41		
<i>balsalazide disodium</i> .....51		
BALVERSA.....20		
<i>balziva</i> .....46		
BARACLUDE.....16		
BASAGLAR KWIKPEN...44		
BCG VACCINE .....56		
BD ALCOHOL SWABS...44		
BELSOMRA.....40		

<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25- 250mg</i>	CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%
42	36	16
<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	CARBAGLU	<i>cefdinir</i>
42	49	16
<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	<i>carbamazepine</i>	<i>cefepime hcl.....</i>
42	31	16
<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	<i>carbidopa.....</i>	<i>cefexime</i>
42	36	16
<i>bupropion hcl</i>	<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg.....</i>	<i>cefoxitin sodium.....</i>
34	36	16
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg.....</i>	<i>cefpodoxime proxetil.....</i>
42	36	16
<i>bupirone hcl</i>	<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg.....</i>	<i>cefprozil</i>
31	36	16
<i>butorphanol tartrate</i>	<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg.....</i>	<i>ceftazidime.....</i>
11	36	16
BYDUREON BCISE.....	<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg.....</i>	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM
42	36	17
BYETTA.....	<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg.....</i>	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM
42	36	17
C	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 12.5- 50-200 mg.....</i>	<i>ceftriaxone sodium.....</i>
<i>cabergoline</i>	36	17
49	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 18.75- 75-200 mg.....</i>	<i>cefuroxime axetil.....</i>
CABOMETYX	36	17
21	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 25-100- 200 mg.....</i>	<i>cefuroxime sodium.....</i>
<i>calcipotriene</i>	36	17
64	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 31.25- 125-200 mg.....</i>	<i>celecoxib.....</i>
<i>calcitonin (salmon) spray</i>	36	10
<i>calcitrene</i>	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 37.5- 150-200 mg.....</i>	CELONTIN.....
64	36	31
<i>calcitriol.....</i>	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 50-200- 200 mg.....</i>	<i>cephalexin.....</i>
50	36	17
<i>calcium acetate (phosphate binder).....</i>	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 50-200- 200 mg.....</i>	CERDELGA
50	36	49
CALQUENCE	<i>carboplatin</i>	CEREZYME
21	18	49
<i>camila</i>	<i>carglumic acid.....</i>	<i>cetirizine hcl.....</i>
46	49	61
<i>candesartan cilexetil .26, 27</i>	<i>carteolol hcl (ophth)</i>	<i>cevimeline hcl</i>
<i>candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg.....</i>	60	66
25	<i>cartia xt.....</i>	CHANTIX PAK 0.5& 1MG
<i>candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg.....</i>	29	42
25	<i>carvedilol</i>	<i>chateal</i>
<i>candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-25 mg.....</i>	28	46
25	<i>casprofungin acetate.....</i>	CHEMET.....
CAPLYTA	13	46
37	CAYSTON	<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>
CAPRELSA	12	67
21	<i>caziant</i>	<i>chloroquine phosphate ...</i>
<i>captopril.....</i>	46	14
24	<i>cefaclor</i>	<i>chlorpromazine hcl.....</i>
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10- 100mg</i>	16	37
36	CEFACLOR ER	CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR.....
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25- 100mg</i>	16	37
36	<i>cefadroxil</i>	<i>chlorthalidone</i>
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	16	29
16	CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	<i>cholestyramine.....</i>
16	16	28
<i>cefazolin sodium.....</i>	16	<i>cholestyramine light.....</i>
16	<i>cefepime hcl.....</i>	28
<i>cefepime hcl.....</i>	16	<i>choline fenofibrate</i>
16	<i>cefexime</i>	27
<i>cefexime</i>	16	<i>ciclopirox olamine</i>
16	<i>cefoxitin sodium.....</i>	64
<i>cefoxitin sodium.....</i>	16	<i>cilostazol.....</i>
16	<i>cefpodoxime proxetil.....</i>	54
<i>cefpodoxime proxetil.....</i>	16	CILOXAN
16	<i>cefprozil</i>	59
<i>cefprozil</i>	16	CIMDUO TAB 300-300 ...
16	<i>ceftazidime.....</i>	15
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	16	<i>cinacalcet hcl</i>
17	<i>ceftriaxone sodium.....</i>	49
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	17	CIPRO
17	<i>cefuroxime axetil.....</i>	17
<i>cefuroxime axetil.....</i>	17	CIPRO HC SUS ÓTICO .60
17	<i>cefuroxime sodium.....</i>	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w.....</i>
<i>cefuroxime sodium.....</i>	17	17
17	<i>celecoxib.....</i>	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w.....</i>
<i>celecoxib.....</i>	10	17
CELONTIN.....	31	<i>ciprofloxacin hcl.....</i>
<i>cephalexin.....</i>	17	17
CERDELGA	49	
CEREZYME	49	
<i>cetirizine hcl.....</i>	61	
<i>cevimeline hcl</i>	66	
CHANTIX PAK 0.5& 1MG	42	
<i>chateal</i>	46	
CHEMET.....	46	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	67	
<i>chloroquine phosphate ...</i>	14	
<i>chlorpromazine hcl.....</i>	37	
CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR.....	37	
<i>chlorthalidone</i>	29	
<i>cholestyramine.....</i>	28	
<i>cholestyramine light.....</i>	28	
<i>choline fenofibrate</i>	27	
<i>ciclopirox olamine</i>	64	
<i>cilostazol.....</i>	54	
CILOXAN	59	
CIMDUO TAB 300-300 ...	15	
<i>cinacalcet hcl</i>	49	
CIPRO	17	
CIPRO HC SUS ÓTICO .60	60	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w.....</i>	17	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w.....</i>	17	
<i>ciprofloxacin hcl.....</i>	17	

<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..59	<i>clorazepate dipotassium</i> .32	<i>cyproheptadine hcl</i>.....61
<i>ciprofloxacin-</i>	<i>clotrimazole</i> .....67	<i>cyred eq</i>.....46
<i>dexamethasone otic susp</i>	<i>clotrimazole (topical)</i>.....64	CYSTADANE POW .....49
0.3-0.1%.....60	<i>clotrimazole w/</i>	CYSTADROPS .....60
<i>cisplatin</i>.....19	<i>betamethasone cream 1-</i>	CYSTAGON.....49
<i>citalopram hydrobromide</i>	0.05%.....64	CYSTARAN .....60
.....34, 35	<i>clozapine</i> .....37	<i>cytarabine</i> .....19
<i>claravis</i> .....63	COARTEM TAB 20-120MG	D
<i>clarithromycin</i> .....17	.....14	D10W/NAACL INJ 0.2%...57
<i>clindamycin hcl</i> .....12	<i>colchicine</i>.....10	D2.5W/NAACL INJ 0.45%.57
<i>clindamycin palmitate</i>	<i>colchicine w/ probenecid</i>	D5W/LYTES INJ #48 .....57
<i>hydrochloride</i>.....12	<i>tab 0.5-500 mg</i>.....10	<i>dalfampridine</i> .....41
<i>clindamycin phosphate</i> ...12	<i>colesevelam hcl</i> .....28	DALIRESP .....62
<i>clindamycin phosphate</i>	<i>colestipol hcl</i> .....28	<i>danazol</i> .....48
<i>(topical)</i> .....63, 64	<i>colistimethate sodium</i> ....12	<i>dantrolene sodium</i> .....41
<i>clindamycin phosphate in</i>	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	<i>dapsone</i>.....12
<i>d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	.....60	DAPTACEL INJ .....57
.....12	COMBIVENT AER 20-100	<i>daptomycin</i> .....12
<i>clindamycin phosphate in</i>	.....61	DAPTOMYCIN.....12
<i>d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	COMETRIQ (60MG DOSE)	<i>darifenacin hydrobromide</i>
.....12	.....21	.....53
<i>clindamycin phosphate in</i>	COMETRIQ KIT 100MG .21	<i>dasetta 1/35</i>.....46
<i>d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	COMETRIQ KIT 140MG .21	<i>dasetta 7/7/7</i>.....46
.....12	COMPLERA TAB.....15	DAURISMO .....21
<i>clindamycin phosphate</i>	<i>compro</i>.....51	<i>deblitane</i> .....46
<i>vaginal</i>.....53	<i>constulose</i> .....51	<i>deferasirox</i>.....46
CLINDMYC/NAC INJ	COPIKTRA .....21	DELESTROGEN.....48
300/50ML .....12	CORLANOR .....30	DELSTRIGO TAB .....15
CLINDMYC/NAC INJ	COTELLIC .....21	DENGVAXIA SUS .....57
600/50ML .....12	CREON CAP 12000UNT 52	DESCOVY TAB 120-15MG
CLINDMYC/NAC INJ	CREON CAP 24000UNT 52	.....15
900/50ML .....12	CREON CAP 3000UNIT .52	DESCOVY TAB 200/25MG
CLINIMIX INJ 4.25/D10 ..58	CREON CAP 36000UNT 52	.....15
CLINIMIX INJ 4.25/D5W .58	CREON CAP 6000UNIT .52	<i>desipramine hcl</i>.....35
CLINIMIX INJ 5%/D15W .58	<i>cromolyn sodium</i>.....62	<i>desloratadine</i> .....61
CLINIMIX INJ 5%/D20W .58	<i>cromolyn sodium</i>	<i>desmopressin acetate</i>....49
CLINIMIX INJ 6/5.....58	<i>(mastocytosis)</i>.....52	<i>desmopressin acetate</i>
CLINIMIX INJ 8/10.....58	<i>cromolyn sodium (ophth)</i> 60	<i>spray</i> .....49
CLINIMIX INJ 8/14.....58	<i>cryselle-28</i> .....46	<i>desmopressin acetate</i>
<i>clinisol sf 15%</i>.....58	<i>cyanocobalamin</i>.....67	<i>spray refrigerated</i>.....49
CLINOLIPID EMU 20%...58	<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....41	<i>desogest-eth estrad & eth</i>
<i>clobazam</i> .....31	<i>cyclophosphamide</i> .....19	<i>estrad tab 0.15-0.02/0.01</i>
<i>clobetasol propionate</i>.....65	CYCLOPHOSPHAMIDE .19	<i>mg(21/5)</i>.....46
<i>clobetasol propionate e</i> ...65	CYCLOPHOSPHAMIDE	<i>desogestrel & ethinyl</i>
<i>clomipramine hcl</i>.....35	MONOHYDR.....19	<i>estradiol tab 0.15 mg-30</i>
<i>clonazepam</i> .....31, 32	<i>cycloserine</i>.....15	<i>mcg</i> .....46
<i>clonidine</i> .....30	<i>cyclosporine</i>.....56	<i>desvenlafaxine succinate</i> 35
<i>clonidine hcl</i>.....30	<i>cyclosporine modified (for</i>	<i>dexamethasone</i> .....48
<i>clopidogrel bisulfate</i> .....54	<i>microemulsion)</i>.....56	

DEXAMETHASONE	<i>digitek</i>.....30	<i>drospirenone-ethinyl</i>
INTENSOL.....48	<i>digox</i>.....30	<i>estradiol tab 3-0.02 mg</i> 46
<i>dexamethasone sodium</i>	<i>digoxin</i>.....30	<i>drospirenone-ethinyl</i>
<i>phosphate</i>.....48	<i>dihydroergotamine</i>	<i>estradiol tab 3-0.03 mg</i> 46
<i>dexamethasone sodium</i>	<i>mesylate</i>.....40	DROXIA.....54
<i>phosphate (ophth)</i>.....59	DILANTIN.....32	<i>droxidopa</i>.....30
DEXILANT.....52	DILANTIN INFATABS.....32	<i>duloxetine hcl</i>.....35
<i>dexlansoprazole</i>.....52	DILANTIN-125.....32	<i>dutasteride</i>.....52
<i>dexmethylphenidate hcl</i> ..39	<i>diltiazem hcl</i>.....29	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>
<i>dextrose</i>.....58	<i>diltiazem hcl coated beads</i>	<i>cap 0.5-0.4 mg</i>.....53
<i>dextrose 10% w/ sodium</i>	.....29	E
<i>chloride 0.45%</i>.....57	<i>diltiazem hcl extended</i>	<i>e.e.s. 400</i>.....17
<i>dextrose 2.5% w/ sodium</i>	<i>release beads</i>.....29	<i>ec-naproxen</i>.....10
<i>chloride 0.45%</i>.....57	<i>dilt-xr</i>.....29	EDARBI.....27
<i>dextrose 5% in lactated</i>	DIP/TET PED INJ 25-5LFU	EDARBYCLOR TAB 40-
<i>ringers</i>.....57	.....57	12.5.....25
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	<i>diphenhydramine hcl</i>.....61	EDARBYCLOR TAB 40-
<i>chloride 0.2%</i>.....57	<i>diphenoxylate w/ atropine</i>	25MG.....25
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	<i>liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>....52	EDURANT.....14
<i>chloride 0.225%</i>.....57	<i>diphenoxylate w/ atropine</i>	<i>efavirenz</i>.....14
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	<i>tab 2.5-0.025 mg</i>.....52	<i>efavirenz-emtricitabine-</i>
<i>chloride 0.3%</i>.....57	<i>dipyridamole</i>.....54	<i>tenofovir df tab 600-200-</i>
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	<i>disopyramide phosphate</i> .27	300 mg.....15
<i>chloride 0.45%</i>.....57	<i>disulfiram</i>.....42	<i>efavirenz-lamivudine-</i>
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	<i>divalproex sodium</i>.....32	<i>tenofovir df tab 400-300-</i>
<i>chloride 0.9%</i>.....57	<i>docetaxel</i>.....20	300 mg.....15
DIACOMIT.....32	DOCETAXEL.....20	<i>efavirenz-lamivudine-</i>
<i>diazepam</i>.....32	<i>dofetilide</i>.....27	<i>tenofovir df tab 600-300-</i>
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	<i>donepezil hydrochloride</i> ..34	300 mg.....15
.....32	DOPTelet.....54	<i>elinest</i>.....46
<i>diazepam inj</i>.....32	<i>dorzolamide hcl</i>.....60	ELIQUIS.....53
<i>diazoxide</i>.....49	<i>dorzolamide hcl-timolol</i>	ELIQUIS STARTER PACK
<i>diclofenac potassium</i>.....10	<i>maleate ophth soln 22.3-</i>	.....53
<i>diclofenac sodium</i>.....10	6.8 mg/ml.....60	ELLA.....46
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	<i>dotti</i>.....48	<i>eluryng</i>.....46
.....59	DOVATO TAB 50-300MG	EMCYT.....19
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	.....15	<i>emoquette</i>.....46
.....66	<i>doxazosin mesylate</i>.....25	EMSAM.....35
<i>diclofenac w/ misoprostol</i>	<i>doxepin hcl</i>.....35	<i>emtricitabine</i>.....14
<i>tab delayed release 50-</i>	<i>doxepin hcl (sleep)</i>.....40	<i>emtricitabine-tenofovir</i>
0.2 mg.....10	<i>doxercalciferol</i>.....50	<i>disoproxil fumarate tab</i>
<i>diclofenac w/ misoprostol</i>	<i>doxorubicin hcl</i>.....19	100-150 mg.....15
<i>tab delayed release 75-</i>	<i>doxorubicin hcl liposomal</i> 19	<i>emtricitabine-tenofovir</i>
0.2 mg.....10	<i>doxy 100</i>.....18	<i>disoproxil fumarate tab</i>
<i>dicloxacillin sodium</i>.....18	<i>doxycycline (monohydrate)</i>	133-200 mg.....15
<i>dicyclomine hcl</i>.....51	.....18	<i>emtricitabine-tenofovir</i>
DIFICID.....17	<i>doxycycline hyclate</i>.....18	<i>disoproxil fumarate tab</i>
<i>diflunisal</i>.....10	DRIZALMA SPRINKLE...35	167-250 mg.....15
<i>difluprednate</i>.....59	<i>dronabinol</i>.....51	

<i>emtricitabine-tenofovir</i>	<i>ergotamine w/ caffeine tab</i>	EVOTAZ TAB 300-150 ...15
<i>disoproxil fumarate tab</i>	1-100 mg.....40	<i>exemestane</i> .....19
200-300 mg.....15	ERIVEDGE .....21	EXKIVITY.....21
EMTRIVA.....14	ERLEADA.....19	EZALLOR SPRINKLE....27
EMVERM.....12	<i>erlotinib hcl</i> .....21	<i>ezetimibe</i> .....28
<i>enalapril maleate</i> .....24	<i>errin</i> .....46	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>
<i>enalapril maleate &</i>	<i>ertapenem sodium</i>.....12	10-10 mg.....28
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>ery</i>.....64	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>
10-25 mg.....24	<i>ery-tab</i> .....17	10-20 mg.....28
<i>enalapril maleate &</i>	ERYTHROCIN	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	LACTOBIONATE .....17	10-40 mg.....28
5-12.5 mg.....24	<i>erythrocin stearate</i> .....17	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>
ENBREL .....54, 55	<i>erythromycin (acne aid)</i> ..64	10-80 mg.....28
ENBREL MINI.....55	<i>erythromycin (ophth)</i>.....59	F
ENBREL SURECLICK...55	<i>erythromycin base</i> .....17	FABRAZYME.....49
ENDARI .....54	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	<i>falmina</i> .....46
<i>endocet tab 10-325mg</i>....11	.....17	<i>famciclovir</i>.....16
<i>endocet tab 2.5-325mg</i> ...11	<i>erythromycin lactobionate</i>	<i>famotidine</i> .....51
<i>endocet tab 5-325mg</i>....11	.....17	<i>famotidine in nacl 0.9% iv</i>
<i>endocet tab 7.5-325mg</i> ...11	ESBRIET .....62	<i>soln 20 mg/50ml</i>.....51
ENGERIX-B.....57	<i>escitalopram oxalate</i>.....35	FANAPT .....37
<i>enoxaparin sodium</i> .....53	<i>esomeprazole magnesium</i>	FANAPT PAK .....37
<i>enpresse-28</i>.....46	.....52	FARXIGA.....42
<i>enskyce</i> .....46	<i>estarylla</i> .....46	FASENRA.....62
ENSTILAR AER.....65	<i>estradiol</i>.....48	FASENRA PEN .....62
<i>entacapone</i>.....36	<i>estradiol & norethindrone</i>	<i>febuxostat</i>.....10
<i>entecavir</i>.....16	<i>acetate tab 0.5-0.1 mg</i> 48	<i>felbamate</i>.....32
ENTRESTO TAB 24-26MG	<i>estradiol & norethindrone</i>	<i>felodipine</i> .....29
.....25	<i>acetate tab 1-0.5 mg</i> ...48	<i>femynor</i>.....46
ENTRESTO TAB 49-51MG	<i>estradiol vaginal</i>.....48	<i>fenofibrate</i>.....27
.....25	<i>estradiol valerate</i> .....48	<i>fenofibrate micronized</i> ...27
ENTRESTO TAB 97-	<i>ethambutol hcl</i> .....15	<i>fentanyl</i>.....10
103MG .....25	<i>ethosuximide</i>.....32	<i>fentanyl citrate</i> .....11
<i>enulose</i>.....51	<i>ethynodiol diacetate &</i>	FETZIMA .....35
EPCLUSA PAK 150-37.516	<i>ethinyl estradiol tab 1</i>	FETZIMA CAP TITRATIO
EPCLUSA PAK 200-50MG	<i>mg-35 mcg</i>.....46	.....35
.....16	<i>ethynodiol diacetate &</i>	FIASP FLEX INJ TOUCH44
EPCLUSA TAB 200-50MG	<i>ethinyl estradiol tab 1</i>	FIASP INJ 100/ML .....44
.....16	<i>mg-50 mcg</i>.....46	FIASP PENFIL INJ U-100
EPCLUSA TAB 400-100.16	<i>etodolac</i>.....10	.....44
EPIDIOLEX.....32	<i>etonogestrel-ethinyl</i>	FINACEA .....66
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	<i>estradiol va ring 0.120-</i>	<i>finasteride</i> .....53
.....62	<i>0.015 mg/24hr</i>.....46	FINTEPLA.....32
<i>epirubicin hcl</i>.....19	<i>etoposide</i> .....20	<i>flac</i>.....60
<i>epitol</i>.....32	<i>etravirine</i>.....14	FLAREX.....59
EPIVIR HBV .....16	<i>euthyrox</i>.....50	FLEBOGAMMA DIF.....56
<i>eplerenone</i>.....24	<i>everolimus</i> .....21	<i>flecainide acetate</i>.....27
EPRONTIA .....32	<i>everolimus</i>	FLOVENT DISKUS.....63
<i>ergocalciferol</i>.....67	<i>(immunosuppressant)</i> .56	FLOVENT HFA.....63

<i>fluconazole</i>	13	FUZEON.....	14	GILENYA	41
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>		<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>		GILOTRIF	21
<i>200 mg/100ml</i>	13	.....	48	<i>glatiramer acetate</i>	41
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>		<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	48	<i>glatopa</i>	41
<i>400 mg/200ml</i>	13	FYCOMPA	32	<i>glimepiride</i>	42
<i>flucytosine</i>	13	G		<i>glipizide</i>	42, 43
<i>fludrocortisone acetate</i> ...	48	<i>gabapentin</i>	32	<i>glipizide xl</i>	43
<i>flunisolide (nasal)</i>	63	<i>galantamine hydrobromide</i>		<i>glipizide-metformin hcl tab</i>	
<i>fluocinolone acetonide</i> ...	65	.....	34	<i>2.5-250 mg</i>	43
<i>fluocinolone acetonide</i>		GAMASTAN INJ	56	<i>glipizide-metformin hcl tab</i>	
<i>(otic)</i>	60	GAMMAGARD LIQUID ...	56	<i>2.5-500 mg</i>	43
<i>fluocinonide</i>	65	GAMMAGARD S/D IGA		<i>glipizide-metformin hcl tab</i>	
<i>fluocinonide emulsified</i>		LESS TH	56	<i>5-500 mg</i>	43
<i>base</i>	65	GAMMAKED.....	56	<i>glycopyrrolate</i>	51
<i>fluorometholone (ophth)</i> ..	59	GAMMAPLEX	56	<i>glydo</i>	66
<i>fluorouracil</i>	19	GAMUNEX-C.....	56	GLYXAMBI TAB 10-5 MG	
<i>fluorouracil (topical)</i>	66	<i>ganciclovir sodium</i>	16	.....	43
<i>fluoxetine hcl</i>	35	GARDASIL 9 INJ	57	GLYXAMBI TAB 25-5 MG	
<i>fluphenazine decanoate</i> ..	37	<i>gatifloxacin (ophth)</i>	59	.....	43
<i>fluphenazine hcl</i>	37	GATTEX	52	GOLYTELY SOL.....	51
<i>flurbiprofen</i>	10	GAUZE PADS 2.....	44	GRALISE	41
<i>flurbiprofen sodium</i>	59	<i>gavilyte-c</i>	51	<i>granisetron hcl</i>	51
<i>flutamide</i>	19	<i>gavilyte-g</i>	51	<i>griseofulvin microsize</i>	13
<i>fluticasone propionate</i>	65	<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	51	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	
<i>fluticasone propionate</i>		GAVRETO	21	.....	13
<i>(nasal)</i>	63	<i>gemcitabine hcl</i>	19	<i>guanfacine hcl</i>	30
<i>fluvastatin sodium</i>	27	<i>gemfibrozil</i>	27	<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	39
<i>fluvoxamine maleate</i>	31	<i>generlac</i>	51	GVOKE HYPOPEN 2-	
<i>folic acid</i>	67	<i>gengraf</i>	56	PACK	49
<i>fondaparinux sodium</i>	53	GENOTROPIN.....	49	GVOKE KIT	49
<i>formoterol fumarate</i>	61	GENOTROPIN MINIQUICK		GVOKE PFS	49
FORTEO.....	45	.....	49	H	
FOSAMAX + D TAB 70-		<i>gentak</i>	59	HAEGARDA.....	54
2800	45	<i>gentamicin in saline inj 0.8</i>		<i>hailey 1.5/30</i>	46
FOSAMAX + D TAB 70-		<i>mg/ml</i>	12	<i>halobetasol propionate</i> ...	65
5600	45	<i>gentamicin in saline inj 1</i>		<i>haloperidol</i>	37
<i>fosamprenavir calcium</i>	14	<i>mg/ml</i>	12	<i>haloperidol decanoate</i>	37
<i>fosinopril sodium</i>	24	<i>gentamicin in saline inj 1.2</i>		<i>haloperidol lactate</i>	37
<i>fosinopril sodium &</i>		<i>mg/ml</i>	12	HARVONI PAK 33.75-	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>gentamicin in saline inj 1.6</i>		150MG	16
<i>10-12.5 mg</i>	24	<i>mg/ml</i>	12	HARVONI PAK 45-200MG	
<i>fosinopril sodium &</i>		<i>gentamicin in saline inj 2</i>		.....	16
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>mg/ml</i>	12	HARVONI TAB 45-200MG	
<i>20-12.5 mg</i>	24	<i>gentamicin sulfate</i>	12	.....	16
FOTIVDA	21	<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>		HARVONI TAB 90-400MG	
FREAMINE III INJ 10%...	58	.....	59	.....	16
<i>fulvestrant</i>	19	<i>gentamicin sulfate (topical)</i>		HAVRIX	57
<i>furosemide</i>	29	.....	64	<i>heather</i>	46
<i>furosemide inj</i>	30	GENVOYA TAB.....	15		

HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT.....53	<i>hydrocodone- acetaminophen tab 5-325 mg</i>.....11	INGREZZA CAP 40-80MG.....41
<i>heparin sodium (porcine)</i> 53	<i>hydrocodone- acetaminophen tab 7.5- 325 mg</i>.....11	INLYTA .....21
<i>heparin sodium (porcine) 100 unit/ml in d5w</i>.....53	<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>.....11	INQOVI TAB 35-100MG .19
<i>heparin sodium (porcine)- dextrose iv sol 20000 unit/500ml-5%</i>.....53	<i>hydrocortisone</i> .....48	INREBIC .....21
<i>heparin sodium (porcine)- dextrose iv sol 25000 unit/500ml-5%</i>.....54	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> .....51	INSULIN SAFETY NEEDLES .....44
HEPARIN/NAACL INJ 25000UNT.....54	<i>hydrocortisone (rectal)</i>....66	INSULIN SYRINGES: BD/ULTIMED/ALLISON/ TRIVIDIA/MHC.....44
<i>hepatamine</i>.....58	<i>hydrocortisone (topical)</i> ..65	INTELENCE.....14
HERCEP HYLEC SOL 60- 10000 .....21	<i>hydromorphone hcl</i>.....11	INTRALIPID .....58
HERCEPTIN.....21	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>.....55	INTRON A.....56
HERZUMA .....21	<i>hydroxyurea</i>.....20	<i>introvale</i> .....46
HETLIOZ .....40	<i>hydroxyzine hcl</i>.....61	INVEGA SUSTENNA.....37
HIBERIX .....57	<i>hydroxyzine pamoate</i>.....61	INVEGA TRINZA .....37
HUMIRA .....55	HYSINGLA ER.....10	INVIRASE .....14
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS .....55	I	IPOL INJ INACTIVE.....57
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D .....55	<i>ibandronate sodium</i> .....45	<i>ipratropium bromide</i>.....61
HUMIRA PEN .....55	IBRANCE.....21	<i>ipratropium bromide (nasal)</i> .....61
HUMIRA PEN KIT PS/UV.....55	<i>ibu</i>.....10	<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i> 61
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START .....55	<i>ibuprofen</i>.....10	<i>irbesartan</i>.....27
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S .....55	<i>icatibant acetate</i>.....54	<i>irbesartan- hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>.....25
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER .....55	<i>iclevia</i>.....46	<i>irbesartan- hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>.....26
HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....44	ICLUSIG .....21	IRESSA .....21
HUMULIN R U-500 KWIKPEN .....44	IDHIFA.....21	<i>irinotecan hcl</i>.....20
<i>hydralazine hcl</i>.....30	ILEVRO .....59	ISENTRESS .....14
<i>hydrochlorothiazide</i>.....30	<i>imatinib mesylate</i>.....21	ISENTRESS HD .....14
<i>hydrocodone bitartrate</i>....10	IMBRUVICA.....21	<i>isibloom</i> .....46
<i>hydrocodone- acetaminophen soln 7.5- 325 mg/15ml</i> .....11	<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>.....12	ISOLYTE-P INJ /D5W.....57
<i>hydrocodone- acetaminophen tab 10- 325 mg</i>.....11	<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>.....12	ISOLYTE-S INJ.....57
	<i>imipramine hcl</i>.....35	ISOLYTE-S INJ PH 7.4...57
	<i>imiquimod</i> .....66	<i>isoniazid</i>.....15
	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....57	ISOPTO ATROPINE .....60
	<i>incassia</i>.....46	<i>isosorbide dinitrate</i>.....31
	INCRELEX.....49	<i>isosorbide mononitrate</i> ...31
	INCRUSE ELLIPTA .....61	<i>isotretinoin</i> .....64
	<i>indapamide</i> .....30	<i>isradipine</i> .....29
	INFANRIX INJ.....57	<i>itraconazole</i> .....13
	INFLIXIMAB.....55	<i>ivermectin</i> .....12
	INGREZZA .....41	IXIARO INJ .....57
		J
		JAKAFI .....21

<i>jantoven</i>	54	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i>		<i>lactic acid (ammonium</i>	
JANUMET TAB 50-1000.	43	<i>0.45% inj</i>	58	<i>lactate)</i>	66
JANUMET TAB 50-500MG		KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN		<i>lactulose</i>	51
.....	43	NACL 0.45% INJ.....	58	<i>lactulose (encephalopathy)</i>	
JANUMET XR TAB 100-		<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i>		.....	51
1000.....	43	<i>0.9% inj</i>	58	<i>lamivudine</i>	14
JANUMET XR TAB 50-		<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in</i>		<i>lamivudine (hbv)</i>	16
1000.....	43	<i>dextrose 5% & nacl</i>		<i>lamivudine-zidovudine tab</i>	
JANUMET XR TAB 50-		<i>0.45% inj</i>	58	150-300 mg.....	15
500MG.....	43	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>		<i>lamotrigine</i>	33
JANUVIA.....	43	<i>dextrose 5% & nacl</i>		<i>lansoprazole</i>	52
JARDIANCE.....	43	<i>0.45% inj</i>	58	<i>lapatinib ditosylate</i>	22
<i>jasmiel</i>	46	KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN		<i>larin 1.5/30</i>	46
JENTADUETO TAB 2.5-		NACL 0.9% INJ.....	58	<i>larin 1/20</i>	47
1000.....	43	KCL/D5W/NACL INJ		<i>larin fe 1.5/30</i>	47
JENTADUETO TAB 2.5-		0.3/0.9%.....	58	<i>larin fe 1/20</i>	47
500.....	43	<i>kelnor 1/35</i>	46	<i>larissia</i>	47
JENTADUETO TAB 2.5-		<i>kelnor 1/50</i>	46	LASTACAFT.....	60
850.....	43	KERENDIA.....	25	<i>latanoprost</i>	60
JENTADUETO TAB XR		KESIMPTA.....	41	LATUDA.....	37
2.5-1000MG.....	43	<i>ketoconazole</i>	13	<i>leena</i>	47
JENTADUETO TAB XR 5-		<i>ketoconazole (topical)</i>	64	<i>leflunomide</i>	55
1000MG.....	43	<i>ketorolac tromethamine</i>		<i>lenalidomide</i>	20
<i>jinteli</i>	48	<i>(ophth)</i>	59	LENVIMA 10 MG DAILY	
<i>jolessa</i>	46	KEYTRUDA.....	21	DOSE.....	22
<i>juleber</i>	46	KINRIX INJ.....	57	LENVIMA 12MG DAILY	
JULUCA TAB 50-25MG..	15	KISQALI 200 DOSE.....	22	DOSE.....	22
<i>junel 1.5/30</i>	46	KISQALI 200 PAK		LENVIMA 20 MG DAILY	
<i>junel 1/20</i>	46	FEMARA.....	20	DOSE.....	22
<i>junel fe 1.5/30</i>	46	KISQALI 400 DOSE.....	22	LENVIMA 4 MG DAILY	
<i>junel fe 1/20</i>	46	KISQALI 400 PAK		DOSE.....	22
K		FEMARA.....	20	LENVIMA 8 MG DAILY	
KADCYLA.....	21	KISQALI 600 DOSE.....	22	DOSE.....	22
KALYDECO.....	62	KISQALI 600 PAK		LENVIMA CAP 14 MG...22	
KANJINTI.....	21	FEMARA.....	20	LENVIMA CAP 18 MG...22	
<i>kariva</i>	46	<i>klor-con</i>	58	LENVIMA CAP 24 MG...22	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in</i>		<i>klor-con 10</i>	58	<i>lessina</i>	47
<i>dextrose 5% & nacl</i>		<i>klor-con 8</i>	58	<i>letrozole</i>	19
<i>0.45% inj</i>	57	<i>klor-con m10</i>	58	<i>leucovorin calcium</i>....23, 24	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>		<i>klor-con m15</i>	58	LEUKERAN.....	19
<i>dextrose 5% & nacl 0.2%</i>		<i>klor-con m20</i>	58	<i>leuprolide acetate</i>	19
<i>inj</i>	57	KORLYM.....	49	<i>levalbuterol hcl</i>	62
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>		<i>kurvelo</i>	46	<i>levalbuterol tartrate</i>	62
<i>dextrose 5% & nacl</i>		KYNMOBI.....	36	LEVEMIR.....	44
<i>0.45% inj</i>	57	L		LEVEMIR FLEXTOUCH .44	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>		<i>labetalol hcl</i>	28	<i>levetiracetam</i>	33
<i>dextrose 5% & nacl 0.9%</i>		<i>lacosamide</i>	32	<i>levetiracetam in sodium</i>	
<i>inj</i>	57	<i>lactated ringer's solution</i> .58		<i>chloride iv soln 1000</i>	
				<i>mg/100ml</i>	33

<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	LINZESS.....	LUMIGAN
33	52	60
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	<i>liothyronine sodium</i>	LUMIZYME
33	50	49
<i>levobunolol hcl</i>	<i>lisinopril</i>	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....
60	24	19
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....
49	24	19
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....
61	24	49
<i>levofloxacin</i>	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....
17	24	49
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	LITHIUM	<i>lutera</i>
17	41	47
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	<i>lithium carbonate</i>	<i>lyleq</i>
17	41	47
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	LIVALO	<i>lyllana</i>
17	27	48
<i>levonest</i>	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	LYNPARZA.....
47	47	22
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-día) tab 0.15-0.03 mg</i>	<i>loestrin 1/20-21</i>	LYSODREN
47	47	19
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	<i>lyza</i>
47	47	47
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	LOKELMA.....	M
47	46	<i>magnesium sulfate</i>
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	LONSURF TAB 15-6.14 .19	58
47	LONSURF TAB 20-8.19 .19	MAGNESIUM SULFATE 58
<i>levora 0.15/30-28</i>	<i>loperamide hcl</i>	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>
47	52	58
<i>levo-t</i>	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	<i>malathion</i>
50	15	66
<i>levothyroxine sodium</i>	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	<i>maraviroc</i>
50	15	14
<i>levoxyl</i>	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	<i>marlissa</i>
50	15	47
LEXIVA.....	<i>lorazepam</i>	MARPLAN
14	31	35
<i>lidocaine</i>	<i>lorazepam intensol</i>	MATULANE
66	31	20
<i>lidocaine hcl</i>	LORBRENA	<i>matzim la</i>
66	22	29
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	<i>loryna</i>	MAVYRET PAK 50-20MG
12	47	16
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	<i>losartan potassium</i>	MAVYRET TAB 100-40MG
67	27	16
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	<i>meclizine hcl</i>
66	26	51
<i>lillow</i>	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	<i>medroxyprogesterone acetate</i>
47	26	50
<i>linezolid</i>	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>
12	26	47
<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%</i>	LOTEMAX	<i>mefloquine hcl</i>
12	59	14
	<i>lovastatin</i>	<i>megestrol acetate</i>
	27	19, 50
	<i>low-ogestrel</i>	<i>megestrol acetate (appetite)</i>
	47	50
	<i>loxapine succinate</i>	MEKINIST
	37	22
	LUMAKRAS	MEKTOVI.....
	22	22
		<i>meloxicam</i>
		10
		<i>memantine hcl</i>
		34
		MENACTRA INJ
		57
		MENQUADFI INJ.....
		57
		MENVEO INJ.....
		57
		<i>mercaptopurine</i>
		19

<i>meropenem</i>	12	<i>minoxidil</i>	31	NATPARA.....	45
<i>mesalamine</i>	51	<i>mirtazapine</i>	35	NAYZILAM.....	33
<i>mesalamine w/ cleanser</i> ..	51	<i>misoprostol</i>	52	<i>nebivolol hcl</i>	29
MESNEX	24	MITIGARE	10	<i>necon 0.5/35-28</i>	47
<i>metadate er</i>	39	M-M-R II INJ	57	<i>nefazodone hcl</i>	35
<i>metformin hcl</i>	43	M-NATAL PLUS TAB.....	58	<i>neomycin sulfate</i>	13
<i>methadone hcl</i>	10	<i>modafinil</i>	42	<i>neomycin-bacitrac zn-</i>	
<i>methadone hydrochloride i</i>		<i>moexipril hcl</i>	24	<i>polymyx 5(3.5)mg-</i>	
.....	11	<i>molindone hcl</i>	37	400unt-10000unt op oin	
<i>methazolamide</i>	30	<i>mometasone furoate</i>	65	.....	59
<i>methenamine hippurate</i> ..	13	<i>mometasone furoate</i>		<i>neomycin-polymy-gramicid</i>	
<i>methimazole</i>	50	<i>(nasal)</i>	63	op sol 1.75-10000-	
<i>methotrexate sodium</i> 19, 55		MONJUVI	22	0.025mg-unt-mg/ml.....	59
<i>methyl dopa</i>	31	<i>mono-linyah</i>	47	<i>neomycin-polymyxin-</i>	
<i>methylphenidate hcl</i> ..	39, 40	<i>montelukast sodium</i>	62	<i>dexamethasone ophth</i>	
<i>methylprednisolone</i>	48	<i>morphine sulfate</i>	11	<i>oint 0.1%</i>	59
<i>methylprednisolone acetate</i>		MORPHINE SULFATE ..	11	<i>neomycin-polymyxin-</i>	
.....	48	MOVANTIK.....	52	<i>dexamethasone ophth</i>	
<i>methylprednisolone sod</i>		<i>moxifloxacin hcl</i>	17	<i>susp 0.1%</i>	59
<i>succ</i>	48	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> ..	59	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	
<i>metoclopramide hcl</i>	51	MULTAQ.....	27	<i>ophth susp</i>	59
<i>metolazone</i>	30	<i>mupirocin</i>	64	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>	
<i>metoprolol &</i>		MVASI	22	<i>soln 1%</i>	60
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>mycophenolate mofetil</i> ...56		<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>	
100-25 mg.....	28	<i>mycophenolate sodium</i> ...56		<i>susp 3.5 mg/ml-10000</i>	
<i>metoprolol &</i>		<i>myorisan</i>	64	<i>unit/ml-1%</i>	60
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		MYRBETRIQ	53	NERLYNX.....	22
100-50 mg.....	28	N		NEUPRO	36
<i>metoprolol &</i>		<i>nabumetone</i>	10	<i>nevirapine</i>	14
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>nadolol</i>	28	NEXAVAR.....	22
50-25 mg.....	28	<i>nafcillin sodium</i>	18	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	
<i>metoprolol succinate</i>	28	NAGLAZYME.....	49	.....	28
<i>metoprolol tartrate</i>	28	<i>nalbuphine hcl</i>	11	<i>nicardipine hcl</i>	29
<i>metronidazole</i>	13	<i>naloxone hcl</i>	42	NICOTROL INHALER....	42
<i>metronidazole (topical)</i> ...	66	<i>naltrexone hcl</i>	42	NICOTROL NS	42
<i>metronidazole vaginal</i>	53	NAMZARIC CAP 14-10MG		<i>nifedipine</i>	29
<i>metyrosine</i>	31	.....	34	<i>nikki</i>	47
MG SO4/D5W INJ		NAMZARIC CAP 21-10MG		<i>nilutamide</i>	19
10MG/ML	58	.....	34	<i>nimodipine</i>	29
<i>micafungin sodium</i>	13	NAMZARIC CAP 28-10MG		NINLARO.....	22
<i>microgestin 1.5/30</i>	47	.....	34	<i>nisoldipine</i>	29
<i>microgestin 1/20</i>	47	NAMZARIC CAP 7-10MG		<i>nitazoxanide</i>	13
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	47	.....	34	<i>nitisinone</i>	49
<i>microgestin fe 1/20</i>	47	NAMZARIC CAP PACK..	34	NITRO-BID	31
<i>midodrine hcl</i>	31	<i>naproxen</i>	10	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	
<i>miglustat</i>	49	<i>naproxen sodium</i>	10	.....	13
<i>mili</i>	47	<i>naratriptan hcl</i>	40	<i>nitrofurantoin monohyd</i>	
<i>mimvey</i>	48	NATACYN	59	<i>macro</i>	13
<i>minocycline hcl</i>	18	<i>nateglinide</i>	43	<i>nitroglycerin</i>	31

<i>nizatidine</i>	51	NOVOLOG MIX INJ		<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>nora-be</i>	47	FLEXPEN.....	45	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>norethindrone</i>		NOVOLOG PENFILL	45	<i>40-10-12.5 mg.....</i>	26
<i>(contraceptive)</i>	47	NOXAFIL	13	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>		NUBEQA	19	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>estradiol tab 1 mg-20</i>		NUDEXTA CAP 20-10MG		<i>40-10-25 mg.....</i>	26
<i>mcg</i>	47	.....	41	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>		NULOJIX	56	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>estradiol tab 1.5 mg-30</i>		NULYTELY SOL		<i>40-5-12.5 mg.....</i>	26
<i>mcg</i>	47	LMN/LIME	52	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>		NUPLAZID.....	38	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>estradiol-fe tab 1 mg-20</i>		NURTEC.....	40	<i>40-5-25 mg.....</i>	26
<i>mcg</i>	47	NUTRILIPID.....	58	<i>olopatadine hcl.....</i>	60
<i>norethindrone acetate.....</i>	50	NUZYRA.....	18	<i>olopatadine hcl (nasal)....</i>	61
<i>norethindrone acetate-</i>		<i>nyamyc</i>	64	<i>omeprazole.....</i>	52
<i>ethinyl estradiol tab 0.5</i>		<i>nylia 1/35</i>	47	OMNARIS	63
<i>mg-2.5 mcg</i>	48	<i>nylia 7/7/7</i>	47	OMNIPOD DASH MIS	
<i>norethindrone acetate-</i>		NYMALIZE.....	29	PODS.....	45
<i>ethinyl estradiol tab 1</i>		<i>nymyo</i>	47	OMNIPOD MIS CLASSIC	
<i>mg-5 mcg</i>	48	<i>nystatin</i>	13	.....	45
<i>norgestimate & ethinyl</i>		<i>nystatin (mouth-throat)....</i>	67	OMNIPOD PDM KIT	
<i>estradiol tab 0.25 mg-35</i>		<i>nystatin (topical).....</i>	64	CLASSIC.....	45
<i>mcg</i>	47	<i>nystop</i>	64	<i>ondansetron.....</i>	51
<i>norgestimate-eth estrad tab</i>		O		<i>ondansetron hcl.....</i>	51
<i>0.18-25/0.215-25/0.25-25</i>		<i>ocella</i>	47	ONTRUZANT	22
<i>mg-mcg</i>	47	OCTAGAM	56	ONUREG	19
<i>norgestimate-eth estrad tab</i>		<i>octreotide acetate</i>	49	OPSUMIT	31
<i>0.18-35/0.215-35/0.25-35</i>		ODEFSEY TAB.....	15	ORGOVYX.....	19
<i>mg-mcg</i>	47	ODOMZO	22	ORKAMBI GRA 100-125	62
NORITATE	66	OFEV	62	ORKAMBI GRA 150-188	62
<i>norlyroc</i>	47	<i>ofloxacin (ophth)</i>	59	ORKAMBI TAB 100-125	62
NORPACE CR.....	27	<i>ofloxacin (otic).....</i>	60	ORKAMBI TAB 200-125	62
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	47	OGIVRI	22	<i>orsythia</i>	47
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	47	OGIVRI INJ 420MG	22	<i>oseltamivir phosphate.....</i>	16
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	47	<i>olanzapine</i>	38	<i>oxacillin sodium</i>	18
<i>nortrel 7/7/7</i>	47	<i>olmesartan medoxomil....</i>	27	<i>oxaliplatin.....</i>	19
<i>nortriptyline hcl</i>	35	<i>olmesartan medoxomil-</i>		<i>oxandrolone.....</i>	42
NORVIR.....	14	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>oxaprozin</i>	10
NOVOLIN INJ 70/30	44	<i>20-12.5 mg.....</i>	26	<i>oxcarbazepine</i>	33
NOVOLIN INJ 70/30 FP..	44	<i>olmesartan medoxomil-</i>		<i>oxybutynin chloride</i>	53
NOVOLIN N.....	44	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>oxycodone hcl.....</i>	11
NOVOLIN N FLEXPEN...	45	<i>40-12.5 mg.....</i>	26	<i>oxycodone w/</i>	
NOVOLIN R.....	45	<i>olmesartan medoxomil-</i>		<i>acetaminophen tab 10-</i>	
NOVOLIN R FLEXPEN...	45	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>325 mg.....</i>	12
NOVOLOG	45	<i>40-25 mg.....</i>	26	<i>oxycodone w/</i>	
NOVOLOG FLEXPEN	45	<i>olmesartan-amlodipine-</i>		<i>acetaminophen tab 2.5-</i>	
NOVOLOG MIX INJ 70/30		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>325 mg.....</i>	12
.....	45	<i>20-5-12.5 mg.....</i>	26		

<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	12	<i>penicillin g sodium</i>	18	PIQRAY 250MG TAB	
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	12	<i>penicillin v potassium</i>	18	DOSE	22
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	43	PENTACEL INJ	57	PIQRAY 300MG DAILY	
OZEMPIC (1MG/DOSE)	43	<i>pentamidine isethionate inh</i>	13	DOSE	22
OZEMPIC INJ 8MG/3ML	43	<i>pentamidine isethionate inj</i>	13	<i>pirmella 1/35</i>	47
P		<i>pentoxifylline</i>	54	<i>piroxicam</i>	10
<i>pacerone</i>	27	<i>perindopril erbumine</i>	24	PLASMA-LYTE INJ -148	58
<i>paclitaxel</i>	20	<i>periogard</i>	67	PLASMA-LYTE INJ -A	58
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	20	<i>permethrin</i>	66	<i>plenamine</i>	59
<i>paliperidone</i>	38	<i>perphenazine</i>	38	PLENVU SOL	52
<i>pamidronate disodium</i>	45	PERSERIS	38	<i>podofilox</i>	66
PAMIDRONATE		<i>pfizerpen</i>	18	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	59
DISODIUM	45	<i>phenelzine sulfate</i>	35	POMALYST	20
PANRETIN	66	<i>phenobarbital</i>	33	<i>portia-28</i>	47
<i>pantoprazole sodium</i>	52	<i>phenobarbital sodium</i>	33	<i>posaconazole</i>	13
PANZYGA	56	PHENYTEK	33	<i>potassium chloride</i>	58
<i>paraplatin</i>	19	<i>phenytoin</i>	33	POTASSIUM CHLORIDE	58
<i>paricalcitol</i>	50	<i>phenytoin sodium</i>	33	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	58
<i>paramomycin sulfate</i>	13	<i>phenytoin sodium extended</i>	33	<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	58
<i>paroxetine hcl</i>	35	PHESGO SOL	22	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	53
PASER	15	<i>philit</i>	47	PRADAXA.....	54
PAXIL	35	<i>phytonadione</i>	67	PRALUENT.....	28
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	57	PIFELTRO	14	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	36
PEDVAX HIB	57	<i>pilocarpine hcl</i>	60	<i>prasugrel hcl</i>	54
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	52	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	67	<i>pravastatin sodium</i>	28
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	52	<i>pimozide</i>	38	<i>praziquantel</i>	13
PEGASYS	16	<i>pimtrea</i>	47	<i>prazosin hcl</i>	25
PEMAZYRE	22	<i>pindolol</i>	29	<i>prednisolone</i>	48
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	18	<i>pioglitazone hcl</i>	43	<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	59
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	18	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	18	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP.....	59
PEN NEEDLES:		<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	18	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	49
NOVO/BD/ULTIMED/OW EN/TRIVIDIA	45	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	18	<i>prednisone</i>	49
<i>penicillamine</i>	46	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	18	PREDNISONONE INTENSOL	49
<i>penicillin g potassium</i>	18	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	18	<i>pregabalin</i>	33
PENICILLIN G PROCAINE	18	PIQRAY 200MG DAILY		<i>pregabalin (once-daily)</i>	41
		DOSE	22	PREHEVBRIO	57

PREMASOL SOL 10% ...59	<i>pyridostigmine bromide</i> ...41	RINVOQ .....55
PRENATAL TAB 27-1MG	Q	<i>risedronate sodium</i> .....45
.....58	QINLOCK .....22	RISPERDAL CONSTA ...38
PRENATAL TAB PLUS ..58	QUADRACEL INJ .....57	<i>risperidone</i>.....38
PRENATAL VIT TAB LOW	<i>quetiapine fumarate</i>.....38	<i>ritonavir</i>.....14
IRON.....58	<i>quinapril hcl</i> .....24	RITUXAN.....22
<i>prevalite</i>.....28	<i>quinapril-</i>	RITUXAN INJ HYCELA ..22
<i>previfem</i>.....47	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>rivastigmine</i>.....34
PREVYMIS .....16	10-12.5 mg.....24	<i>rivastigmine tartrate</i> .....34
PREZCOBIX TAB 800-150	<i>quinapril-</i>	<i>rizatriptan benzoate</i> .....40
.....15	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>ropinirole hydrochloride</i> ..36
PREZISTA .....14	20-12.5 mg.....24	<i>rosadan</i>.....66
PRIFTIN.....15	<i>quinapril-</i>	<i>rosuvastatin calcium</i> .....28
PRILOSEC .....52	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	ROTARIX SUS .....57
<i>primaquine phosphate</i> ...14	20-25 mg.....24	ROTATEQ SOL .....57
PRIMAQUINE	<i>quinidine sulfate</i>.....27	<i>roweepira</i>.....33
PHOSPHATE.....14	<i>quinine sulfate</i>.....14	ROZLYTREK .....22
<i>primidone</i>.....33	R	RUBRACA .....22
PRIVIGEN .....56	RABAVERT INJ .....57	<i>rufinamide</i>.....33
<i>probenecid</i>.....10	<i>rabeprazole sodium</i> .....52	RUKOBIA.....14
PROCALAMINE INJ 3% .59	<i>raloxifene hcl</i>.....49	RUXIENCE .....22
<i>prochlorperazine</i> .....51	<i>ramipril</i>.....24	RYBELSUS.....43
<i>prochlorperazine edisylate</i>	<i>ranolazine</i> .....31	RYDAPT .....22
.....51	<i>rasagiline mesylate</i>.....36	S
<i>prochlorperazine maleate</i>	RAYALDEE .....50	<i>sajazir</i> .....54
.....51	<i>reclipsen</i> .....47	SANDIMMUNE .....56
PROCRIT .....54	RECOMBIVAX HB.....57	SANTYL.....66
<i>procto-med hc</i>.....66	RECTIV .....66	<i>sapropterin dihydrochloride</i>
<i>procto-pak</i>.....66	REGRANEX.....66	.....49
<i>proctosol hc</i> .....66	RELENZA DISKHALER ..16	SAVELLA.....41
<i>proctozone-hc</i>.....66	RELISTOR.....52	SAVELLA MIS TITR PAK
PROGRAF .....56	REMICADE.....55	.....41
PROLASTIN-C.....62	RENFLEXIS.....55	SCSEMBLIX.....22
PROLENSA.....60	<i>repaglinide</i> .....43	<i>scopolamine</i>.....51
PROLIA .....45	RESTASIS .....60	SECUADO .....38
PROMACTA .....54	RESTASIS MULTIDOSE 60	<i>selegiline hcl</i> .....36
<i>promethazine hcl</i> .....51	RETEVMO.....22	<i>selenium sulfide</i>.....64
<i>propafenone hcl</i>.....27	REVLIMID.....20	SELZENTRY.....14
<i>proparacaine hcl</i>.....60	REXULTI .....38	SEREVENT DISKUS .....62
<i>propranolol hcl</i>.....29	REYATAZ .....14	<i>sertraline hcl</i> .....35
<i>propylthiouracil</i> .....50	REZUROCK.....56	<i>setlakin</i> .....47
PROQUAD INJ .....57	RHOPRESSA .....60	<i>sevelamer carbonate</i> .....50
PROSOL INJ 20% .....59	RIABNI.....22	<i>sharobel</i>.....47
<i>protriptyline hcl</i> .....35	<i>ribavirin (hepatitis c)</i>.....16	SHINGRIX .....57
PULMICORT FLEXHALER	<i>rifabutin</i>.....15	SIGNIFOR .....49
.....63	<i>rifampin</i>.....15	<i>sildenafil citrate</i>.....60
PULMOZYME .....62	<i>riluzole</i> .....41	<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>
PURIXAN.....19	<i>rimantadine hydrochloride</i>	<i>hypertension)</i> .....31
<i>pyrazinamide</i> .....15	.....16	<i>silodosin</i>.....53

<i>silver sulfadiazine</i>	64	<i>sulfacetamide sodium-</i>		SYNJARDY XR TAB 12.5-	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	60	<i>prednisolone ophth soln</i>		1000MG	44
<i>simliya</i>	47	10-0.23(0.25)%	59	SYNJARDY XR TAB 25-	
<i>simvastatin</i>	28	<i>sulfadiazine</i>	13	1000	44
<i>sirolimus</i>	56	<i>sulfamethoxazole-</i>		SYNJARDY XR TAB 5-	
SIRTURO	15	<i>trimethoprim iv soln 400-</i>		1000MG	44
SIVEXTRO	13	80 mg/5ml	13	SYNRIBO.....	20
SKYRIZI.....	55	<i>sulfamethoxazole-</i>		SYNTHROID.....	50
SKYRIZI PEN	55	<i>trimethoprim susp 200-40</i>		T	
<i>sodium chloride</i>	58	mg/5ml	13	TABLOID	19
<i>sodium chloride (gu</i>		<i>sulfamethoxazole-</i>		TABRECTA.....	23
<i>irrigant)</i>	66	<i>trimethoprim tab 400-80</i>		<i>tacrolimus</i>	56
<i>sodium fluoride chew; tab;</i>		mg.....	13	<i>tacrolimus (topical)</i>	66
1.1 (0.5 f) mg/ml soln ..	58	<i>sulfamethoxazole-</i>		<i>tadalafil</i>	60
<i>sodium phenylbutyrate</i>	50	<i>trimethoprim tab 800-160</i>		TAFINLAR	23
<i>sodium polystyrene</i>		mg.....	13	TAGRISSE	23
<i>sulfonate powder</i>	46	SULFAMYLON	64	TALTZ.....	55
<i>solifenacin succinate</i>	53	<i>sulfasalazine</i>	51	TALZENNA	23
SOLQUA INJ 100/33	45	<i>sulindac</i>	10	<i>tamoxifen citrate</i>	19
SOLTAMOX.....	19	<i>sumatriptan</i>	40	<i>tamsulosin hcl</i>	53
SOLU-CORTEF	49	<i>sumatriptan succinate</i>	40,	TARGRETIN	66
SOMATULINE DEPOT ...	50	41		<i>tarina fe 1/20 eq</i>	47
SOMAVERT	50	<i>sunitinib malate</i>	23	TASIGNA	23
<i>sorine</i>	27	SUPREP BOWEL SOL		<i>tazarotene</i>	64
<i>sotalol hcl</i>	27	PREP KIT	52	<i>tazicef</i>	17
<i>sotalol hcl (afib/af)</i>	27	<i>syeda</i>	47	TAZORAC.....	64
<i>spironolactone</i>	25	SYMBICORT AER 160-4.5		<i>taztia xt</i>	29
<i>spironolactone &</i>		.....	63	TAZVERIK	23
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		SYMBICORT AER 80-4.5		TDVAX INJ 2-2 LF	57
25-25 mg.....	30	.....	63	TECENTRIQ.....	23
<i>sprintec 28</i>	47	SYMDEKO TAB 100-15062		TEFLARO	17
SPRITAM.....	33	SYMDEKO TAB 50-75MG		<i>telmisartan</i>	27
SPRYCEL.....	22	.....	62	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>	
<i>sps</i>	46	SYMJEPI	62	40-10 mg.....	26
<i>sronyx</i>	47	SYMPAZAN	33	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>	
<i>ssd</i>	64	SYMTUZA TAB.....	15	40-5 mg.....	26
<i>stavudine</i>	14	SYNAREL.....	48	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>	
STELARA	55	SYNERCID INJ 500MG ..	13	80-10 mg.....	26
STIVARGA	22	SYNJARDY TAB 12.5-		<i>telmisartan-amlodipine tab</i>	
<i>streptomycin sulfate</i>	13	1000MG	44	80-5 mg.....	26
STRIBILD TAB.....	15	SYNJARDY TAB 12.5-500		<i>telmisartan-</i>	
<i>subvenite</i>	33	.....	44	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>sucralfate</i>	52	SYNJARDY TAB 5-		40-12.5 mg.....	26
<i>sulfacetamide sodium</i>		1000MG	44	<i>telmisartan-</i>	
(<i>acne</i>).....	64	SYNJARDY TAB 5-500MG		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>sulfacetamide sodium</i>		.....	44	80-12.5 mg.....	26
(<i>ophth</i>).....	59	SYNJARDY XR TAB 10-		<i>telmisartan-</i>	
		1000	44	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
				80-25 mg.....	26

<i>temazepam</i>	40	TPN ELECTROL INJ	58	TRIJARDY XR TAB ER	
TEMIXYS TAB 300-300..	15	TRADJENTA.....	44	24HR 12.5-2.5-1000MG	
TENIVAC INJ 5-2LF	57	<i>tramadol hcl</i>	12	.....	44
<i>tenofovir disoproxil</i>		<i>tramadol-acetaminophen</i>		TRIJARDY XR TAB ER	
<i>fumarate</i>	14	<i>tab 37.5-325 mg</i>	12	24HR 25-5-1000MG....	44
TEPMETKO.....	23	<i>trandolapril</i>	24	TRIJARDY XR TAB ER	
<i>terazosin hcl</i>	25	<i>tranexamic acid</i>	54	24HR 5-2.5-1000MG...44	
<i>terbinafine hcl</i>	13	<i>tranylcypromine sulfate</i> ...35		TRIKAFTA TAB 100-50-	
<i>terbutaline sulfate</i>	62	TRAVASOL INJ 10%	59	75MG & 150MG	63
<i>terconazole vaginal</i>	53	<i>travoprost</i>	60	TRIKAFTA TAB 50-25-	
<i>testosterone</i>	42	TRAZIMERA.....	23	37.5MG & 75MG	62
<i>testosterone cypionate</i> ...42		<i>trazodone hcl</i>	35	<i>tri-legest fe</i>	47
<i>testosterone enanthate</i> ...42		TRECTOR	15	<i>tri-linyah</i>	47
<i>tetrabenazine</i>	41	TRELEGY AER ELLIPTA		<i>tri-lo-estarylla</i>	47
<i>tetracycline hcl</i>	18	100-62.5-25 MCG	61	<i>tri-lo-marzia</i>	47
THALOMID	20	TRELEGY AER ELLIPTA		<i>tri-lo-mili</i>	48
THEO-24	62	200-62.5-25 MCG	61	<i>tri-lo-sprintec</i>	48
<i>theophylline</i>	62	TRELSTAR MIXJECT....	19	TRIMETHOPRIM	13
<i>thioridazine hcl</i>	38	<i>treprostinil</i>	31	<i>tri-mili</i>	48
<i>thiothixene</i>	38	TRESIBA	45	<i>trimipramine maleate</i>	35
<i>tiadylt er</i>	29	TRESIBA FLEXTOUCH..45		TRINTELLIX	35, 36
<i>tiagabine hcl</i>	33	<i>tretinoin</i>	64	<i>tri-nymyo</i>	48
TIBSOVO.....	23	<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .20		<i>tri-sprintec</i>	48
TICOVAC.....	57	TREXALL.....	55	TRIUMEQ PD TAB	15
<i>tigecycline</i>	18	<i>triamcinolone acetanide</i>		TRIUMEQ TAB	15
TIGECYCLINE.....	18	<i>(mouth)</i>	67	<i>trivora-28</i>	48
<i>tilia fe</i>	47	<i>triamcinolone acetanide</i>		<i>tri-vylibra</i>	48
<i>timolol maleate</i>	29	<i>(topical)</i>	65	<i>tri-vylibra lo</i>	48
<i>timolol maleate (ophth)</i> ...60		<i>triamterene &</i>		TROGARZO	14
<i>timolol maleate (ophth)</i>		<i>hydrochlorothiazide cap</i>		TROPHAMINE INJ 10% .59	
<i>once-daily</i>	60	<i>37.5-25 mg</i>	30	<i>tropium chloride</i>	53
TIVICAY.....	14	<i>triamterene &</i>		TRULICITY	44
TIVICAY PD.....	14	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		TRUMENBA INJ	57
<i>tizanidine hcl</i>	41	<i>37.5-25 mg</i>	30	TRUSELTIQ 100 MG	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%		<i>triamterene &</i>		DAILY DOSE.....	23
.....	59	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		TRUSELTIQ 125 MG	
TOBRADEX ST SUS 0.3-		<i>75-50 mg</i>	30	DAILY DOSE.....	23
0.05.....	59	TRICARE TAB PRENATAL		TRUSELTIQ 50 MG DAILY	
<i>tobramycin</i>	13	.....	58	DOSE	23
<i>tobramycin (ophth)</i>	59	<i>triderm</i>	65	TRUSELTIQ 75 MG DAILY	
<i>tobramycin sulfate</i>	13	<i>trientine hcl</i>	46	DOSE	23
<i>tobramycin-dexamethasone</i>		<i>tri-estarylla</i>	47	TRUXIMA.....	23
<i>ophth susp 0.3-0.1%</i> ...59		<i>trifluoperazine hcl</i>	38	TUKYSA	23
<i>tolterodine tartrate</i>	53	<i>trifluridine</i>	59	TURALIO	23
<i>topiramate</i>	33	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	37	TWINRIX INJ	57
<i>toposar</i>	20	TRIJARDY XR TAB ER		TYBOST	14
<i>toremifene citrate</i>	19	24HR 10-5-1000MG....	44	TYPHIM VI.....	57
<i>toremide</i>	30			U	
TOVIAZ.....	53			UBRELVY	41

UKONIQ	23	VENTOLIN HFA		XCOPRI PAK 150-200MG	
<i>unithroid</i>	50	(INSTITUTIONAL PACK)		(MAINTENANCE).....	34
<i>ursodiol</i>	52	.....	62	XCOPRI PAK 150-200MG	
V		<i>verapamil hcl</i>	29	(TITRATION).....	34
<i>valacyclovir hcl</i>	16	VERSACLOZ.....	38	XCOPRI PAK 50-100MG	34
VALCHLOR	66	VERZENIO	23	XELJANZ.....	55
<i>valganciclovir hcl</i>	16	<i>vestura</i>	48	XELJANZ XR.....	55
<i>valproate sodium</i>	33	V-GO 20 KIT.....	45	XERMELo	52
<i>valproic acid</i>	34	V-GO 30 KIT.....	45	XGEVA	45
<i>valsartan</i>	27	V-GO 40 KIT.....	45	XIFAXAN	52
<i>valsartan-</i>		VICTOZA	44	XIGDUO XR TAB 10-1000	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>vienva</i>	48	.....	44
<i>160-12.5 mg</i>	26	<i>vigabatrin</i>	34	XIGDUO XR TAB 10-	
<i>valsartan-</i>		<i>vigadrone</i>	34	<i>500MG</i>	44
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		VIIBRYD	36	XIGDUO XR TAB 2.5-1000	
<i>160-25 mg</i>	26	VIIBRYD KIT STARTER	36	.....	44
<i>valsartan-</i>		VIMPAT	34	XIGDUO XR TAB 5-	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>vincristine sulfate</i>	20	<i>1000MG</i>	44
<i>320-12.5 mg</i>	26	<i>vinorelbine tartrate</i>	20	XIGDUO XR TAB 5-500MG	
<i>valsartan-</i>		<i>violele</i>	48	.....	44
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		VIRACEPT.....	14	XIIDRA.....	60
<i>320-25 mg</i>	26	VIREAD	15	XOLAIR	63
<i>valsartan-</i>		VITRAKVI	23	XOSPATA.....	23
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		VIVITROL	42	XPOVIO 100 MG ONCE	
<i>80-12.5 mg</i>	26	VIZIMPRO	23	WEEKLY	23
VALTOCO	34	<i>voriconazole</i>	14	XPOVIO 40 MG ONCE	
<i>vancomycin hcl</i>	13	VOSEVI TAB	16	WEEKLY	23
VANCOMYCIN INJ 1 GM13		VOTRIENT	23	XPOVIO 40 MG TWICE	
VANCOMYCIN INJ 500MG		VRAYLAR.....	38	WEEKLY	23
.....	13	VRAYLAR CAP 1.5-3MG	38	XPOVIO 60 MG ONCE	
VANCOMYCIN INJ 750MG		<i>vyfemla</i>	48	WEEKLY	23
.....	13	<i>vylibra</i>	48	XPOVIO 60 MG TWICE	
VANDAZOLE	53	VYVANSE.....	40	WEEKLY	23
VAQTA	57	VYZULTA	60	XPOVIO 80 MG ONCE	
<i>varenicline tartrate</i>	42	W		WEEKLY	23
VARIVAX.....	57	<i>warfarin sodium</i>	54	XPOVIO 80 MG TWICE	
VASCEPA.....	28	<i>water for irrigation, sterile</i>		WEEKLY	23
VELCADE.....	23	<i>irrigation soln</i>	66	XTANDI	19
<i>velivet</i>	48	WELIREG	20	<i>xulane</i>	48
VELPHORO.....	50	<i>wera</i>	48	XULTOPHY INJ 100/3.6	.45
VELTASSA.....	46	X		XYREM.....	42
VEMLIDY.....	16	XALKORI	23	Y	
VENCLEXTA	23	XARELTO.....	54	YF-VAX INJ	57
VENCLEXTA TAB START		XARELTO STAR TAB		<i>yuvafem</i>	48
PK	23	<i>15/20MG</i>	54	Z	
<i>venlafaxine hcl</i>	36	XATMEP	55	<i>zafemy</i>	48
VENTAVIS.....	31	XCOPRI.....	34	<i>zafirlukast</i>	62
VENTOLIN HFA.....	62	XCOPRI PAK 100-150....	34	ZARXIO	54
		XCOPRI PAK 12.5-25....	34	ZEJULA	23

ZELBORAF.....	23	ZENPEP CAP 40000	52	<i>zolpidem tartrate</i>	40
ZEMAIRA.....	63	ZENPEP CAP 5000UNIT	52	<i>zonisamide</i>	34
<i>zenatane</i>	64	ZERVIATE	60	ZORTRESS	56
ZENPEP CAP 10000UNT		<i>zidovudine</i>	15	<i>zovia 1/35</i>	48
.....	52	<i>ziprasidone hcl</i>	38	<i>zumandimine</i>	48
ZENPEP CAP 15000UNT		<i>ziprasidone mesylate</i>	38	ZYCLARA PUMP	66
.....	52	ZIRABEV	23	ZYDELIG	23
ZENPEP CAP 20000UNT		ZIRGAN	59	ZYKADIA	23
.....	52	<i>zoledronic acid</i>	46	ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	59
ZENPEP CAP 25000	52	ZOLINZA	23	ZYPITAMAG	28
ZENPEP CAP 3000UNIT	52	<i>zolmitriptan</i>	41	ZYPREXA RELPREVV ...	39

Este formulario resumido se actualizó el 06/01/2022. Para obtener información más reciente o respuestas a sus preguntas, por favor llame al Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed Medicare al 1-800-782- 8633 desde el 1ro de octubre al 31 de marzo: 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre: 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, y 9:00 am a 1:00 pm los sábados (para los usuarios de TTY, 711), los 7 días a la semana y las 24 horas del día o visite www.avmed.org