

AvMed Medicare

Formulario para 2021

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, 00021173 Version Number 14
H1016_PH237SP-092020_C

Este formulario resumido se actualizó el 08/01/2020. 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 08/01/2021. 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 2021 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 médicalemente 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 2021 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontiunaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2021, 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 08/01/2021. 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 9. 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 9. 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 66. 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 9. 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.

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 66.

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 pm 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 08/01/2021

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 0.5-500 mg</i>	3	
<i>MITIGARE</i> 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 delayed release 50-0.2 mg</i>	4	
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 75-0.2 mg</i>	4	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	3	
<i>ec-naproxen</i> TBEC 375mg, 500mg	2	GC
<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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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, 500mg	2	GC
<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
<i>HYSINGLA ER</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methadone hcl SOLN</i> 5mg/5ml, 10mg/5ml QL (450 mL / 30 días)	3	QL PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methadone hcl intensol</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

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO). **LA** - Disponibilidad Limitada **SI** – Selectas Insulinas. No se

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg QL (150 tabs / 30 días)	3	QL
hydromorphone hcl LIQD 1mg/ml QL (600 mL / 30 días)	4	QL
hydromorphone hcl TABS 2mg, 4mg, 8mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
morphine sulfate 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
morphine sulfate SOLN 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	3	QL
morphine sulfate SOLN 20mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	3	QL
morphine sulfate SOLN 100mg/5ml QL (180 mL / 30 días)	3	QL
morphine sulfate TABS 15mg, 30mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
nalbuphine hcl SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	4	
oxycodone hcl CAPS 5mg QL (180 caps / 30 días)	4	QL
oxycodone hcl CONC 100mg/5ml QL (180 mL / 30 días)	4	QL
oxycodone hcl SOLN 5mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL
oxycodone hcl TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg QL (360 tabs / 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
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

10

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg QL (240 tabs / 30 días)	3	QL
oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
tramadol hcl TABS 50mg QL (240 tabs / 30 días)	2	GC QL
tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg QL (240 tabs / 30 días)	3	QL
ANESTÉSICOS		
ANESTÉSICOS LOCALES		
lidocaine hcl (local anesth.) SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	3	B/D
CONTRA INFECCIONES		
CONTRA INFECCIONES, VARIOS		
albendazole TABS 200mg	5	
ALINIA SUSR 100mg/5ml QL (180 mL / 30 días)	5	QL
amikacin sulfate SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	4	
atovaquone SUSP 750mg/5ml	5	
aztreonam SOLR 1gm, 2gm	4	
CAYSTON SOLR 75mg	5	LA PA
clindamycin hcl CAPS 75mg, 150mg, 300mg	2	GC
clindamycin palmitate hydrochloride SOLR 75mg/5ml	4	
clindamycin phosphate SOLN 9gm/60ml, 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	3	
clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml	4	
clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml	4	
clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	4	
colistimethate sodium SOLR 150mg	4	
dapsone TABS 25mg, 100mg	3	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	5	
daptomycin SOLR 350mg, 500mg	5	
EMVERM CHEW 100mg QL (12 tabs / 365 días)	5	QL
ertapenem sodium SOLR 1gm	4	
gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml	3	
gentamicin in saline inj 1 mg/ml	3	
gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml	3	
gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml	3	
gentamicin in saline inj 2 mg/ml	3	
gentamicin sulfate SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	3	
imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg	4	
imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg	4	
ivermectin TABS 3mg	3	
linezolid SOLN 600mg/300ml	4	
linezolid SUSR 100mg/5ml QL (1800 mL / 30 días)	5	QL
linezolid TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%	4	
meropenem SOLR 1gm, 500mg	4	
methenamine hippurate TABS 1gm	3	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

SI – Selectas Insulinas. No se

11

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
metronidazole TABS 250mg, 250mg	2	GC
metronidazole in nacl 0.79% iv soln 500 mg/100ml	3	
neomycin sulfate TABS 500mg	2	GC
nitazoxanide TABS 500mg QL (6 tabs / 30 días)	5	QL
nitrofurantoin macrocrystal CAPS 50mg, 100mg	3	
nitrofurantoin monohyd macro CAPS 100mg	3	
paromomycin sulfate CAPS 250mg	4	
pentamidine isethionate inh SOLR 300mg	4	B/D
pentamidine isethionate inj SOLR 300mg	4	
praziquantel TABS 600mg	4	
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	5	
streptomycin sulfate SOLR 1gm	5	
SULFADIAZINE TABS 500mg	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml	3	
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg	1	GC
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg	1	GC
SYNERCID INJ 500MG	5	
tobramycin NEBU 300mg/5ml	5	PA
tobramycin sulfate SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	3	
trimethoprim TABS 100mg	2	GC
vancomycin hcl CAPS 125mg QL (80 caps / 180 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
vancomycin hcl CAPS 250mg QL (160 caps / 180 días)	4	QL
vancomycin hcl 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
amphotericin b SOLR 50mg	4	B/D
caspofungin acetate SOLR 50mg, 70mg	5	
fluconazole SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 200mg	3	
fluconazole TABS 150mg	2	GC
fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml	3	
fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml	3	
flucytosine CAPS 250mg, 500mg	5	
griseofulvin microsize SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	4	
griseofulvin ultramicrosize TABS 125mg, 250mg	4	
itraconazole CAPS 100mg	4	PA
ketoconazole TABS 200mg	3	PA
micafungin sodium SOLR 50mg, 100mg	5	
NOXAFIL SUSP 40mg/ml QL (630 mL / 30 días)	5	QL
nystatin TABS 500000unit	3	
posaconazole TBEC 100mg QL (93 tabs / 30 días)	5	QL
terbinafine hcl TABS 250mg QL (90 tabs / año)	1	GC QL
voriconazole SOLR 200mg; SUSR 40mg/ml	5	PA
voriconazole TABS 50mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL PA
voriconazole TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL PA

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO). **LA** - Disponibilidad Limitada **SI** – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANTIPALÚDICOS					
atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg	4		lamivudine SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3	
atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg	4		LEXIVA SUSP 50mg/ml	4	
chloroquine phosphate TABS 3 250mg, 500mg			nevirapine SUSP 50mg/5ml; TB24 100mg, 400mg	4	
COARTEM TAB 20-120MG	4		nevirapine TABS 200mg	3	
mefloquine hcl TABS 250mg	3		NORVIR PACK 100mg; SOLN 80mg/ml	4	
primaquine phosphate TABS 3 26.3mg			PIFELTRO TABS 100mg	5	
PRIMAQUINE PHOSPHATE 3 TABS 26.3mg			PREZISTA SUSP 100mg/ml QL (400 mL / 30 días)	5	QL
quinine sulfate CAPS 324mg	4	PA	PREZISTA TABS 75mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL
AGENTES ANTIRRETROVIRALES					
abacavir sulfate SOLN 20mg/ml	4		PREZISTA TABS 150mg QL (240 tabs / 30 días)	5	QL
abacavir sulfate TABS 300mg	3		PREZISTA TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
APTVUS CAPS 250mg; SOLN 100mg/ml	5		PREZISTA TABS 800mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
atazanavir sulfate CAPS 150mg, 200mg, 300mg	4		REYATAZ PACK 50mg	5	
CRIXIVAN CAPS 200mg, 400mg	4		ritonavir TABS 100mg	3	
EDURANT TABS 25mg	5		RUKOBIA TB12 600mg	5	
efavirenz CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	4		SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg, 150mg, 300mg	5	
emtricitabine CAPS 200mg	3		SELZENTRY TABS 25mg	3	
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	3		stavudine CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
fosamprenavir calcium TABS 5 700mg			tenofovir disoproxil fumarate TABS 300mg	3	
FUZEON SOLR 90mg	5		TIVICAY TABS 10mg	3	
INTELENCE TABS 25mg	4		TIVICAY TABS 25mg, 50mg	5	
INTELENCE TABS 100mg, 200mg	5		TIVICAY PD TBSO 5mg	3	
INVIRASE TABS 500mg	5		TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	LA
ISENTRESS CHEW 25mg; PACK 100mg	3		TYBOST TABS 150mg	4	
ISENTRESS CHEW 100mg; TABS 400mg	5		VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	
ISENTRESS HD TABS 600mg	5		VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	

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
AGENTES ANTIRRETRÓVIRALES MIXTOS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>		
<i>abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg</i>	5	
<i>BIKTARVY TAB</i>	5	
<i>CIMDUO TAB 300-300</i>	5	
<i>COMPLERA TAB</i>	5	
<i>DELSTRIGO TAB</i>	5	
<i>DESCOVY TAB 200/25MG</i>	5	
<i>DOVATO TAB 50-300MG</i>	5	
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	5	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	5	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	5	
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	5	QL QL (30 tabs / 30 días)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	5	QL QL (30 tabs / 30 días)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	5	QL QL (30 tabs / 30 días)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	5	QL QL (30 tabs / 30 días)
<i>EVOTAZ TAB 300-150</i>	5	
<i>GENVOYA TAB</i>	5	
<i>JULUCA TAB 50-25MG</i>	5	
<i>KALETRA TAB 100-25MG</i>	4	
<i>KALETRA TAB 200-50MG</i>	5	
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	4	
<i>ODEFSEY TAB</i>	5	
<i>PREZCOBIX TAB 800-150</i>	5	
<i>STRIBILD TAB</i>	5	
<i>SYMTUZA TAB</i>	5	
<i>TEMIXYS TAB 300-300</i>	5	
<i>TRIUMEQ TAB</i>	5	
AGENTES ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	5	
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	3	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml</i>	4	
<i>isoniazid TABS 100mg, 300mg</i>	1	GC
<i>PASER PACK 4gm</i>	4	
<i>PRIFTIN TABS 150mg</i>	4	
<i>pyrazinamide TABS 500mg</i>	4	
<i>rifabutin CAPS 150mg</i>	4	
<i>rifampin CAPS 150mg, 300mg</i>	3	
<i>rifampin SOLR 600mg</i>	4	
<i>SIRTURO TABS 20mg, 100mg</i>	5	LA PA
<i>TRECATOR TABS 250mg</i>	4	
ANTIVIRALES		
<i>acyclovir CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg</i>	2	GC
<i>acyclovir SUSP 200mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir sodium SOLN 50mg/ml</i>	4	B/D
<i>adefovir dipivoxil TABS 10mg</i>	5	
<i>BARACLUDE SOLN .05mg/ml</i>	5	
<i>entecavir TABS .5mg, 1mg</i>	4	
<i>EPCLUSA TAB 200-50MG</i>	5	PA
<i>EPCLUSA TAB 400-100</i>	5	PA
<i>EPIVIR HBV SOLN 5mg/ml</i>	4	
<i>famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg</i>	3	
<i>ganciclovir sodium SOLR 500mg</i>	4	B/D

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

LA - Disponibilidad Limitada

B/D

14

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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) TABS</i>	4	
100mg		
MAVYRET TAB 100-40MG	5	PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS	3	QL 30mg
QL (168 caps / año)		
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS	3	QL 45mg, 75mg
QL (84 caps / año)		
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR	3	QL 6mg/ml
QL (1080 mL / año)		
PEGASYS SOLN	5	PA 180mcg/0.5ml, 180mcg/ml
RELENZA DISKHALER	3	QL AEPB 5mg/blister
QL (6 inhaladores / año)		
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS	3	
200mg		
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> TABS	4	
200mg		
<i>rimantadine hydrochloride</i>	4	
TABS 100mg		
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm,	3	
500mg		
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR	3	
50mg/ml; TABS 450mg		
VEMLIDY TABS 25mg	5	PA
VOSEVI TAB	5	PA
CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg,	3	
500mg		
<i>cefaclor</i> SUSR 125mg/5ml,	4	
250mg/5ml, 375mg/5ml		
CEFACLOR ER TB12 500mg	4	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg	2	GC
<i>cefadroxil</i> SUSR 250mg/5ml,	3	
500mg/5ml		
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 3		
10gm, 500mg		
CEFAZOLIN SOLN	4	
2GM/100ML-4%		
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg	2	GC
<i>cefdinir</i> SUSR 125mg/5ml,	3	
250mg/5ml		
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm,	4	
2gm		
<i>cefixime</i> SUSR 100mg/5ml,	4	
200mg/5ml		
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm,	4	
2gm, 10gm		
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR	4	
50mg/5ml, 100mg/5ml		
<i>cefpodoxime proxetil</i> TABS	3	
100mg, 200mg		
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml,	3	
250mg/5ml; TABS 250mg,		
500mg		
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm,	4	
6gm		
CEFTAZIDIME/ SOL D5W	4	
1GM		
CEFTAZIDIME/ SOL D5W	4	
2GM		
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR	4	
1gm, 2gm, 10gm, 250mg,		
500mg		
<i>cefuroxime axetil</i> TABS	3	
250mg, 500mg		
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR	3	
1.5gm, 7.5gm, 750mg		
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg,	1	GC
500mg		
<i>cephalexin</i> SUSR	3	
125mg/5ml, 250mg/5ml		
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
TEFLARO SOLR 400mg,	5	
600mg		
ERITROMICINAS / MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm;	3	
SOLR 500mg; SUSR		
100mg/5ml, 200mg/5ml		

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

15

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	4	
<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	
FLUOROQUINOLONAS		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	4	
<i>ciprofloxacin</i> 200 mg/100ml in d5w	3	
<i>ciprofloxacin</i> 400 mg/200ml in d5w	3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 100mg	4	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
levofloxacin SOLN 25mg/ml	4	
levofloxacin TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
levofloxacin in d5w iv soln 250 3 mg/50ml	3	
levofloxacin in d5w iv soln 500 3 mg/100ml	3	
levofloxacin in d5w iv soln 750 3 mg/150ml	3	
moxifloxacin hcl TABS 400mg	4	
moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
MOXIFLOXACIN	4	
HYDROCHLORID SOLN 400mg/250ml		
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> chew tab 200-28.5 mg	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> chew tab 400-57 mg	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> for susp 200-28.5 mg/5ml	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> for susp 250-62.5 mg/5ml	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> for susp 400-57 mg/5ml	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> for susp 600-42.9 mg/5ml	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> tab 250-125 mg	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> tab 500-125 mg	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> tab 875-125 mg	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> tab er 12hr 1000-62.5 mg	4	
<i>ampicillin</i> CAPS 500mg	2	GC
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> for inj 1.5 (1-0.5) gm	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> for inj 3 (2-1) gm	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> for iv soln 1.5 (1-0.5) gm	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> for iv soln 3 (2-1) gm	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> for iv soln 15 (10-5) gm	4	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

SI – Selectas Insulinas. No se

16

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ampicillin sodium</i> SOLR 1gm, 4 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg		
<i>BICILLIN L-A</i> SUSP 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	4	
<i>dicloxacillin sodium</i> CAPS 250mg, 500mg	3	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 1gm, 4 2gm		
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 10gm	5	
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 1gm, 4 2gm		
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 10gm	5	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	4	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	4	
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml	4	
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 5000000unit	4	
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	GC
<i>penicillin v potassium</i> TABS 250mg, 500mg	1	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> <i>sod for inj 2.25 gm (2-0.25</i> <i>gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 13.5 gm (12-1.5</i> <i>gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 40.5 gm (36-4.5</i> <i>gm)</i>	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TETRACICLINAS		
<i>doxy</i> 100 SOLR 100mg	4	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg	2	GC
<i>doxycycline (monohydrate)</i> TABS 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; TABS 20mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> SOLR 100mg	4	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 3 75mg, 100mg		
<i>monodoxyne nl</i> CAPS 100mg	2	GC
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 4 500mg		PA
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	5	
TIGECYCLINE SOLR 50mg	5	
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS		
AGENTES ALQUILANTES		
<i>BENDEKA</i> SOLN 100mg/4ml	5	B/D
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 3 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml		B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 3 100mg/100ml, 200mg/200ml		B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg	3	B/D
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE</i> SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml	5	B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 1gm, 2gm, 500mg	5	B/D
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE</i> TABS 25mg, 50mg	4	B/D
<i>LEUKERAN</i> TABS 2mg	5	
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 4 100mg/20ml, 200mg/40ml		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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

17

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 5 2mg/ml		B/D
<i>epirubicin hcl</i> SOLN 4 50mg/25ml, 200mg/100ml		B/D
ANTIMETABOLITOS		
ALIMTA SOLR 100mg, 500mg	5	B/D
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg cytarabine SOLN 20mg/ml	5 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
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	3	
<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	1	GC
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	2	GC
EMCYT CAPS 140mg	4	
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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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
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
ZYTIGA TABS 500mg	5	LA PA
INMUNOMODULADORES		
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, 20mg, 25mg QL (28 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		
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	5	PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	2	GC
INQOVI TAB 35-100MG	5	LA PA
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	4	B/D
KISQALI 200 PAK FEMARA	5	PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	5	PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	5	PA
LONSURF TAB 15-6.14	5	PA
LONSURF TAB 20-8.19	5	PA
MATULANE CAPS 50mg	5	LA

ST - Terapia Escalonada

B/D

18

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SYNRIBO SOLR 3.5mg	5	PA
tretinoin (chemotherapy)	5	
CAPS 10mg		
INHIBIDORES MITÓTICOS		
ABRAXANE INJ 100MG	5	B/D
docetaxel CONC 20mg/ml	4	B/D
docetaxel 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
etoposide SOLN 100mg/5ml, 500mg/25ml	3	B/D
paclitaxel CONC 30mg/5ml, 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D
toposar SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml	3	B/D
vincristine sulfate SOLN 1mg/ml	2	GC B/D
vinorelbine tartrate 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
AYVAKIT TABS 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
BALVERSA TABS 3mg, 4mg, 5 5mg		LA PA
BORTEZOMIB SOLR 3.5mg	5	PA
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	5	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 erlotinib hcl TABS 25mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
erlotinib hcl TABS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
everolimus TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
FARYDAK CAPS 10mg, 15mg, 20mg	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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

19

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
ICLUSIG TABS 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
IMBRUWICA CAPS 70mg QL (56 caps / 28 días)	5	QL LA PA
IMBRUWICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 días)	5	QL LA PA
IMBRUWICA TABS 140mg QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
IMBRUWICA TABS 280mg QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
IMBRUWICA TABS 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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha
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
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	PA
KISQALI TBPK 200mg <i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	5	PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	LA PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	LA PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	LA PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	LA PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	LA PA
LENVIMA CAP 14 MG	5	LA PA
LENVIMA CAP 18 MG	5	LA PA
LENVIMA CAP 24 MG	5	LA PA
LORBRENA TABS 25mg, 100mg	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
NEXAVAR TABS 200mg	5	LA PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	5	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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

20

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	5	LA PA
RUXIENCE SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
RYDAPT CAPS 25mg	5	PA
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	5	PA
STIVARGA TABS 40mg	5	LA PA
SUTENT 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
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS .25mg, 1mg	5	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
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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	5	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	5	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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

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

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ZYKADIA TABS 150mg	5	LA PA
AGENTES PROTECTORES		
leucovorin calcium SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	4	B/D
leucovorin calcium TABS 5mg, 10mg	3	
leucovorin calcium TABS 15mg, 25mg	4	
MESNEX TABS 400mg	5	
CARDIOVASCULAR		
COMBINACIONES DEL INHIBIDOR DE LA ECA		
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg	1	GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	1	GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	1	GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	1	GC

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
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

SI – Selectas Insulinas. No se

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

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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha
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

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

23

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL	olmesartanamlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL	telmisartanamlodipine tab 40-5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg	1	GC	telmisartanamlodipine tab 40-10 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg	1	GC	telmisartanamlodipine tab 80-5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg	1	GC	telmisartanamlodipine tab 80-10 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
olmesartan medoxomilhydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL	telmisartanhydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
olmesartan medoxomilhydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL	telmisartanhydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
olmesartan medoxomilhydrochlorothiazide tab 40-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL	telmisartanhydrochlorothiazide tab 80-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
olmesartanamlodipinehydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL	valsartanhydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
olmesartanamlodipinehydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL	valsartanhydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
olmesartanamlodipinehydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL	valsartanhydrochlorothiazide tab 160-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
olmesartanamlodipinehydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL	valsartanhydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

LA - Disponibilidad Limitada

B/D

24

SI - Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA		
candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
candesartan cilexetil TABS 32mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
EDARBI TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
olmesartan medoxomil TABS 5mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
valsartan TABS 320mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ANTIARRÍTMICOS		
amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml	2	GC
amiodarone hcl TABS 100mg, 400mg	4	
amiodarone hcl TABS 200mg	1	GC
disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg	4	
dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	4	
flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg	3	
MULTAQ TABS 400mg	4	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
pacerone TABS 100mg, 400mg	4	
pacerone TABS 200mg	1	GC
propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg	4	
propafenone hcl TABS 150mg, 225mg, 300mg	3	
quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg	2	GC
sorine TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	2	GC
sotalol hcl TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	2	GC
sotalol hcl (afib/afl) TABS 80mg, 120mg, 160mg	2	GC
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS		
ANTARA CAPS 30mg, 90mg	4	
choline fenofibrate CPDR 45mg, 135mg	3	
fenofibrate TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	3	
fenofibrate micronized CAPS 67mg, 134mg, 200mg	3	
gemfibrozil 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
atorvastatin calcium 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
fluvastatin sodium CAPS 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	1	GC QL
fluvastatin sodium TB24 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D** **LA** - Disponibilidad Limitada
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO). **SI** – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
LIVALO TABS 1mg, 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST
lovastatin TABS 10mg, 20mg, 1 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
pravastatin sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
rosuvastatin calcium TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
simvastatin 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		
cholestyramine PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
cholestyramine light PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
colesevelam hcl PACK 3.75gm; TABS 625mg	4	
colestipol hcl GRAN 5gm; PACK 5gm	4	
colestipol hcl TABS 1gm	3	
ezetimibe TABS 10mg	3	
ezetimibe-simvastatin tab 10- 10 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ezetimibe-simvastatin tab 10- 20 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ezetimibe-simvastatin tab 10- 40 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ezetimibe-simvastatin tab 10- 80 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
JUXTAPID CAPS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
niacin (antihyperlipidemic) TBCR 500mg, 750mg, 1000mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
PRALUENT SOAJ 75mg/ml, 150mg/ml	3	PA
prevalite PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	4	
BETABLOQUEANTE/DIURÉTICO COMBINACIONES		
atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg	2	GC
atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg	2	GC
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5- 6.25 mg	2	GC
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg	2	GC
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10- 6.25 mg	2	GC
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg	3	
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100- 25 mg	3	
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100- 50 mg	3	
propranolol & hydrochlorothiazide tab 40-25 mg	3	
propranolol & hydrochlorothiazide tab 80-25 mg	3	
BETABLOQUEANTE		
acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg	2	GC
atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

LA - Disponibilidad Limitada

B/D

26

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg	2	GC
BYSTOLIC TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
BYSTOLIC TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
carvedilol TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1	GC
labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg	3	
metoprolol succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	GC
metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml	3	
metoprolol tartrate TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
nadolol TABS 20mg, 40mg, 80mg	3	
pindolol TABS 5mg, 10mg	3	
propranolol hcl CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml	3	
propranolol hcl TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	2	GC
timolol maleate TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO		
amlodipine besylate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
cartia xt CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	GC
dilt-xr CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	
diltiazem hcl CP12 60mg, 90mg, 120mg	4	
diltiazem hcl SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml	3	
diltiazem hcl TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
diltiazem hcl coated beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	GC
diltiazem hcl coated beads CP24 360mg	4	
diltiazem hcl coated beads TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	3	
diltiazem hcl extended release beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	GC
felodipine TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	2	GC
isradipine CAPS 2.5mg, 5mg	3	
matzim la TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	3	
nicardipine hcl CAPS 20mg, 30mg	4	
nifedipine TB24 30mg, 60mg, 90mg	3	
nimodipine CAPS 30mg	4	
nisoldipine TB24 8.5mg, 17mg, 20mg, 25.5mg, 30mg, 34mg, 40mg	4	
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	5	
taztia xt CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2	GC
tiadylt er CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	GC
verapamil hcl CP24 100mg, 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	4	
verapamil hcl CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	
verapamil hcl TABS 40mg, 80mg, 120mg	1	GC
verapamil hcl TBCR 120mg, 180mg, 240mg	2	GC

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
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

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
DIURÉTICOS		
acetazolamide CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	4	
amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg	2	GC
amiloride hcl TABS 5mg	2	GC
bumetanide SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	3	
chlorthalidone TABS 25mg, 50mg	2	GC
furosemide SOLN 8mg/ml, 10mg/ml	2	GC
furosemide TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	GC
furosemide inj SOLN 10mg/ml	3	
hydrochlorothiazide CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	GC
indapamide TABS 1.25mg, 2.5mg	2	GC
methazolamide TABS 25mg, 50mg	4	
metolazone TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3	
spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	3	
torsemide TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	2	GC
triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg	1	GC
triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg	1	GC
triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg	1	GC
VARIOS		
ADRENALIN SOLN 1mg/ml	4	
aliskiren fumarate TABS 150mg, 300mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-80 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-10 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-20 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg	1	GC
clonidine PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	4	
clonidine hcl TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	GC
CORLANOR SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 7.5mg	4	
digitek TABS .125mg, .25mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
digox TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
digoxin SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	4	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D 28

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL	<i>NITRO-DUR</i> PT24 .3mg/hr, .8mg/hr	4		
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL PA	<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	3		
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL PA	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR			
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA	<i>ADEMPAS</i> TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL LA PA	
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml	4		<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA	
<i>hydralazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	2	GC	<i>bosentan</i> TABS 62.5mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA	
<i>methyldopa</i> TABS 250mg, 500mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA	<i>bosentan</i> TABS 125mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA	
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	5	PA	<i>OPSUMIT</i> TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA	
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	3		<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA	
<i>midodrine hcl</i> TABS 10mg	4		<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	LA PA	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	2	GC	<i>VENTAVIS</i> SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	5	PA	
<i>NORTHERA</i> CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CONTRA LA ANSIEDAD			
<i>NORTHERA</i> CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL LA PA	<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 días)	2	GC QL	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	4		<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	1	GC	
NITRATOS			<i>buspirone hcl</i> TABS 7.5mg, 30mg	3		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	3		<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 40mg	5		<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 días)	3	QL	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	GC	<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	2	GC	
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	GC	<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 días)	2	GC QL	
<i>minitran</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr	3					
<i>NITRO-BID</i> OINT 2%	3					

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO). **LA** - Disponibilidad Limitada **SI** – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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
BANZEL TABS 200mg, 400mg	5	PA
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
carbamazepine CHEW 100mg; TABS 200mg	3	
carbamazepine CP12 100mg, 4 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TB12 100mg, 200mg, 400mg		
CELONTIN CAPS 300mg	4	
clobazam SUSP 2.5mg/ml QL (480 mL / 30 días)	4	QL PA
clobazam TABS 10mg, 20mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
clonazepam TABS 2mg QL (300 tabs / 30 días)	2	GC QL
clonazepam TABS .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
clonazepam TBDP 2mg QL (300 tabs / 30 días)	3	QL
clonazepam TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL
clorazepate dipotassium 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, 500mg; PACK 250mg, 500mg	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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</i> (anticonvulsant) GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	4	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	4	
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	4	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg		
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml		
divalproex sodium CSDR 125mg	4	
divalproex sodium TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	3	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL LA PA
epitol TABS 200mg	3	
ethosuximide CAPS 250mg	4	
ethosuximide SOLN 250mg/5ml	3	
felbamate SUSP 600mg/5ml	5	
felbamate 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

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D** **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
FYCOMPA TABS 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
gabapentin CAPS 100mg QL (1080 caps / 30 días)	2	GC QL
gabapentin CAPS 300mg QL (360 caps / 30 días)	2	GC QL
gabapentin CAPS 400mg QL (270 caps / 30 días)	2	GC QL
gabapentin SOLN 250mg/5ml QL (2160 mL / 30 días)	3	QL
gabapentin TABS 600mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
gabapentin TABS 800mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
lamotrigine CHEW 5mg, 25mg	3	
lamotrigine TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
lamotrigine TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg; TBDP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
levetiracetam SOLN 100mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	3	
levetiracetam SOLN 500mg/5ml	4	
levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml	4	
levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml	4	
levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml	4	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	
oxcarbazepine SUSP 300mg/5ml	4	
oxcarbazepine TABS 150mg, 3 300mg, 600mg	3	
PEGANONE TABS 250mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
phenobarbital ELIX 20mg/5ml	4	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
phenobarbital TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	3	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
phenobarbital sodium SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	4	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
PHENYTEK CAPS 200mg, 300mg	4	
phenytoin CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	3	
phenytoin sodium SOLN 50mg/ml	3	
phenytoin sodium extended CAPS 100mg, 200mg, 300mg	3	
pregabalin CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL PA
pregabalin CAPS 200mg QL (90 caps / 30 días)	3	QL PA
pregabalin CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL PA
pregabalin SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
primidone TABS 50mg, 250mg	2	GC
roweepra TABS 500mg	3	
rufinamide SUSP 40mg/ml; TABS 200mg, 400mg	5	PA
SPRITAM TB3D 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg	4	
subvenite 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

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO). **LA** - Disponibilidad Limitada **SI** – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	4	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg	3	
<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>vigadronate</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 50-200MG QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
<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)	4	QL

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Disponibilidad Limitada
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.

LA - Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
ANTIDEPRESIVOS		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 3 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg; TB24 150mg, 300mg	3	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg	2	GC
<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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>FETZIMA</i> CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>FETZIMA</i> CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>FETZIMA</i> 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
<i>maprotiline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	3	
MARPLAN TABS 10mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg; TBDP 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> 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
<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
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO). **LA** - Disponibilidad Limitada **SI** – Selectas Insulinas. No se

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	
VIIBRYD TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
VIIBRYD KIT STARTER	4	
ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL
<i>amantadine hcl</i> SYRP 50mg/5ml	2	GC
<i>amantadine hcl</i> TABS 100mg	3	
APOKYN SOCT 30mg/3ml QL (20 cartridges / 30 días)	5	QL LA PA
<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>carbidopa</i> TABS 25mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>carbidopa & levodopa orally</i> <i>disintegrating tab</i> 10-100 mg	4	
<i>carbidopa & levodopa orally</i> <i>disintegrating tab</i> 25-100 mg	4	
<i>carbidopa & levodopa orally</i> <i>disintegrating tab</i> 25-250 mg	4	
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 10- 100 mg	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 25- 100 mg	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 25- 250 mg	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab er</i> 25-100 mg	3	
<i>carbidopa & levodopa tab er</i> 50-200 mg	3	
<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone tabs</i> 12.5-50-200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone tabs</i> 18.75-75- 200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone tabs</i> 25-100-200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone tabs</i> 31.25-125- 200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone tabs</i> 37.5-150- 200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone tabs</i> 50-200-200 mg	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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

34

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TB24 .375mg, .75mg, 1.5mg, 2.25mg, 3mg, 3.75mg, 4.5mg	4	
<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	4	
<i>selegiline hcl</i> 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		
<i>ABILIFY MAINTENA</i> PRSY 300mg, 400mg; SRER 300mg, 400mg QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml QL (900 mL / 30 días)	5	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)	5	QL
<i>ARISTADA</i> PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
<i>ARISTADA</i> PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 inyección / 56 días)	5	QL
<i>ARISTADA INITIO</i> PRSY 675mg/2.4ml	5	

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
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>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>CAPLYTA</i> CAPS 42mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>chlorpromazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	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)	5	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg QL (135 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>FANAPT</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>FANAPT</i> 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</i> decanoate SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	3	
<i>haloperidol</i> lactate CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	3	
<i>INVEGA SUSTENNA</i> SUSY 39mg/0.25ml QL (1 inyección / 28 días)	4	QL

ST - Terapia Escalonada **B/D** 35
LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 inyección / 28 días)	5	QL	PERSERIS PRSY 90mg, 120mg QL (1 inyección / 30 días)	5	QL
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.875ml, 410mg/1.315ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.625ml QL (1 inyección / 90 días)	5	QL	pimozide TABS 1mg, 2mg quetiapine fumarate TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg, 400mg quetiapine fumarate TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL	quetiapine fumarate TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
LATUDA TABS 80mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL	REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
loxapine succinate CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3		REXULTI TABS .25mg, .5mg, 4 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
molindone hcl TABS 5mg, 10mg, 25mg	4		RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg QL (2 inyecciones / 28 días)	4	QL
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA	RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg QL (2 inyecciones / 28 días)	5	QL
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA	risperidone SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 días)	3	QL
olanzapine SOLR 10mg QL (3 viales / 1 día)	4	QL	risperidone TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	GC
olanzapine TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	2	GC QL	risperidone TBDP 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
olanzapine TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL	risperidone TBDP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
olanzapine TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL	SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL
olanzapine TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL	thioridazine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	3	
paliperidone TB24 1.5mg, 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL	thiothixene CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	4	
paliperidone TB24 6mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL			
perphenazine TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3				

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

36

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
trifluoperazine hcl TABS 1mg, 3 2mg, 5mg, 10mg		
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml 5 QL (600 mL / 30 días)	QL PA	
VRAYLAR CAPS 1.5mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL PA
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	4	PA
ziprasidone hcl CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
ziprasidone mesylate 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		
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA

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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha
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

LA - Disponibilidad Limitada

SI - Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>dexamethylphenidate hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>dexamethylphenidate 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	5	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
zolpidem tartrate 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
dihydroergotamine mesylate SOLN 1mg/ml	5	
dihydroergotamine mesylate SOLN 4mg/ml QL (8 mL / 30 días)	5	QL PA
ergotamine w/ caffeine tab 1- 100 mg	3	
frovatriptan succinate TABS 2.5mg QL (18 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
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

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 días)	3	QL
<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 inhaladores / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act QL (12 inhaladores / 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 PA
INGREZZA CAP 40-80MG QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	4	

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha
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>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg	1	GC
<i>lithium carbonate</i> TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	2	GC
LYRICA CR TB24 82.5mg, 165mg, 330mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
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)	3	QL PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 3 60mg		
<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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

39

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
glatopa SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA
AGENTES PARA LA TERAPIA MUSCULOESQUELETAL		
baclofen TABS 10mg, 20mg		
cyclobenzaprine hcl TABS 5mg, 10mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
dantrolene sodium CAPS 25mg, 50mg, 100mg	4	
tizanidine hcl TABS 2mg, 4mg	2	GC
NARCOLEPSIA / CATAPLEJÍA		
armodafinil TABS 50mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
armodafinil TABS 150mg, 200mg, 250mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL PA
modafinil TABS 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
modafinil 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		
acamprosate calcium TBEC 333mg	4	
buprenorphine hcl SUBL 2mg, 8mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)	4	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)	4	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)	4	QL

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

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
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

SI – Selectas Insulinas. No se

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

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

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D** **41**
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.

LA - Disponibilidad Limitada **SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
nateglinide TABS 60mg, 120mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
OZEMPIK (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL
OZEMPIK (1MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (2 pens / 28 días)	3	QL
OZEMPIK (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL
pioglitazone hcl TABS 15mg, 1 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
repaglinide TABS 2mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
repaglinide TABS .5mg, 1mg 1 QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 3 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 3 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 3 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 3 5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 3 10-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 3 12.5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 3 25-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRULICITY SOPN 3 .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 3 QL (3 pens / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 2.5-1000 3 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-500MG 3 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-1000MG 3 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-500MG 3 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-1000 3 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS		
BASAGLAR KWIKPEN 3 SOPN 100unit/ml SI	3	
BD ALCOHOL SWABS 3	3	
FIASP FLEX INJ TOUCH 3 SI	3	
FIASP INJ 100/ML 3 SI	3	
FIASP PENFIL INJ U-100 3 SI	3	
GAUZE PADS 2" X 2" 3	3	
HUMULIN R U-500 5 (CONCENTR SOLN 500unit/ml SI	5	B/D

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **LA** - Disponibilidad Limitada
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** **42**
LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 5 SOPN 500unit/ml SI			NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN SI (brand RELION not covered)	3	
INSULIN SAFETY NEEDLES 3			NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml SI	3	
INSULIN SYRINGES: BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVI DIA/MHC	3		OMNIPOD KIT STARTER QL (1 kit / año)	4	QL PA
LEVEMIR SOLN 100unit/ml SI	3		OMNIPOD MIS 5 PACK QL (10 boxes / 30 días)	4	QL PA
LEVEMIR FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml SI	3		PEN NEEDLES: NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/ TRIVIDIA	3	
NOVOLIN INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3		SOLIQUA INJ 100/33 QL (10 pens / 30 días) SI	3	QL
NOVOLIN INJ 70/30 FP SI (brand RELION not covered)	3		TRESIBA SOLN 100unit/ml SI	3	
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3		TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml SI	3	
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3		V-GO 20 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3		V-GO 30 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3		V-GO 40 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
NOVOLOG SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3		XULTOPHY INJ 100/3.6 QL (5 pens / 30 días) SI	3	QL
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 3 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3		REGULADORES DE CALCIO		
NOVOLOG MIX INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3		alendronate sodium SOLN 70mg/75ml 10mg, 35mg, 70mg	4	
			calcitonin (salmon) spray SOLN 200unit/act	3	B/D
			FORTEO SOPN 620mcg/2.48ml	5	PA
			FOSAMAX + D TAB 70-2800	4	ST
			FOSAMAX + D TAB 70-5600	4	ST

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
<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 inyección / 180 días)	4	QL
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 30mg, 35mg, 150mg; TBEC 35mg	4	
TYMLOS SOPN 3120mcg/1.56ml	5	PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	5	PA
zoledronic acid CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	4	B/D
AGENTES QUELANTES		
CHEMET CAPS 100mg	4	
clovique CAPS 250mg	5	PA
deferasirox PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 90mg, 180mg, 360mg	5	PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	
penicillamine TABS 250mg	5	
sodium polystyrene sulfonate powder	3	
sps SUSP 15gm/60ml	3	
trientine hcl CAPS 250mg	5	PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	4	PA
ANTICONCEPTIVOS		
afirmelle	2	GC
altavera	2	GC
alyacen 1/35	2	GC
alyacen 7/7/7	2	GC

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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>apri</i>	2	GC
<i>aranelle</i>	3	
<i>aubra eq</i>	2	GC
<i>aurovela 1/20</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>aurovela fe 1/20</i>	2	GC
<i>aviane</i>	2	GC
<i>ayuna</i>	2	GC
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>bekyree</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>briellyn</i>	3	
<i>camila</i> TABS .35mg	2	GC
<i>caziant</i>	3	
<i>chateal</i>	2	GC
<i>cryselle-28</i>	2	GC
<i>cyclafem 1/35</i>	2	GC
<i>cyclafem 7/7/7</i>	2	GC
<i>cyled eq</i>	2	GC
<i>dasetta 1/35</i>	2	GC
<i>dasetta 7/7/7</i>	2	GC
<i>deblitane</i> TABS .35mg	2	GC
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	3	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	2	GC
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	3	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	3	
<i>elonest</i>	2	GC
<i>ELLA</i> 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>estarrylla</i>	2	GC
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	3	

ST - Terapia Escalonada

B/D

44

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
levora 0.15/30-28	2	GC
lillow	2	GC
loestrin 1.5/30-21	3	
loestrin 1/20-21	3	
loestrin fe 1.5/30	2	GC
loestrin fe 1/20	2	GC
loryna	3	
low-ogestrel	2	GC
lutera	2	GC
lyeq TABS .35mg	2	GC
lyza TABS .35mg	2	GC
marlissa	2	GC
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	3	
microgestin 1.5/30	3	
microgestin 1/20	3	
microgestin fe 1.5/30	2	GC
microgestin fe 1/20	2	GC
mili	2	GC
mono-linyah	2	GC
necon 0.5/35-28	3	
nikki	3	
nora-be TABS .35mg	2	GC
norethindrone (contraceptive) TABS .35mg	2	GC
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg	3	
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg	3	
norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg	2	GC
norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg	2	GC
norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg	3	
norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg	2	GC
norlyroc TABS .35mg	2	GC
nortrel 0.5/35 (28)	3	
nortrel 1/35 (21)	2	GC

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

45

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
nortrel 1/35 (28)	2	GC
nortrel 7/7/7	2	GC
nylia 7/7/7	2	GC
nymyo	2	GC
ocella	3	
orsythia	2	GC
philith	3	
pimtrea	3	
pirmella 1/35	2	GC
portia-28	2	GC
previfem	2	GC
reclipsen	2	GC
setlakin	3	
sharobel TABS .35mg	2	GC
simliya	3	
sprintec 28	2	GC
sronyx	2	GC
syeda	3	
tarina fe 1/20 eq	2	GC
tilia fe	3	
tri-estarylla	2	GC
tri-legest fe	3	
tri-linyah	2	GC
tri-lo-estarylla	3	
tri-lo-marzia	3	
tri-lo-mili	3	
tri-lo-sprintec	3	
tri-mili	2	GC
tri-nymyo	2	GC
tri-previfem	2	GC
tri-sprintec	2	GC
tri-vylibra	2	GC
tri-vylibra lo	3	
trivora-28	2	GC
tulana TABS .35mg	2	GC
velivet	3	
vestura	3	
vienna	2	GC
viorele	3	
vyfemla	3	
vylibra	2	GC
wera	3	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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
xulane	4	
zafemy	4	
zarah	3	
zovia 1/35e	3	
zumandimine	3	
ENDOMETRIOSIS		
danazol CAPS 50mg, 100mg, 400mg		
SYNAREL SOLN 2mg/ml	5	
ESTRÓGENOS		
amabelz	3	
DELESTROGEN OIL 10mg/ml	4	
dotti PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
estradiol PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr		
estradiol TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	GC
estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg	3	
estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg	3	
estradiol vaginal CREA .1mg/gm	3	
estradiol vaginal TABS 10mcg	4	
estradiol valerate OIL 20mg/ml, 40mg/ml	4	
fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg	3	
fyavolv tab 1mg-5mcg	3	
jinteli	3	
lopreeza	3	
lyllana PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
mimvey	3	

ST - Terapia Escalonada

B/D

46

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>norethindrone acetate-ethinyl</i>	3	
<i>estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>		
<i>norethindrone acetate-ethinyl</i>	3	
<i>estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>		
<i>yuvafem TABS 10mcg</i>	4	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>cortisone acetate TABS 25mg</i>	4	
<i>dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	3	
<i>DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml</i>	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml</i>	3	
<i>fludrocortisone acetate TABS .1mg</i>	2	GC
<i>hydrocortisone TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	3	
<i>methylprednisolone TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg</i>	3	B/D
<i>methylprednisolone TBPK 4mg</i>	2	GC
<i>methylprednisolone acetate SUSP 40mg/ml, 80mg/ml</i>	3	B/D
<i>methylprednisolone sod succ SOLR 40mg, 125mg, 1000mg</i>	3	B/D
<i>prednisolone SOLN 15mg/5ml</i>	2	GC B/D
<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 5mg/5ml, 25mg/5ml</i>	3	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 15mg/5ml</i>	2	GC B/D
<i>prednisone SOLN 5mg/5ml</i>	4	B/D
<i>prednisone TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg</i>	2	GC B/D
<i>prednisone TBPK 5mg, 10mg</i>	3	
<i>PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml</i>	4	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg</i>	4	
AGENTES PARA ELEVAR LOS NIVELES DE GLUCOSA		
<i>diazoxide SUSP 50mg/ml</i>	5	
<i>GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml</i>	3	
<i>GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml</i>	3	
VARIOS		
<i>ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml</i>	5	LA PA
<i>cabergoline TABS .5mg</i>	3	
<i>CARBAGLU TABS 200mg</i>	5	LA PA
<i>CERDELGA CAPS 84mg</i>	5	PA
<i>CEREZYME SOLR 400unit</i>	5	LA PA
<i>cinacalcet hcl TABS 30mg QL (120 tabs / 30 días)</i>	4	B/D QL
<i>cinacalcet hcl TABS 60mg QL (60 tabs / 30 días)</i>	5	B/D QL
<i>cinacalcet hcl TABS 90mg QL (120 tabs / 30 días)</i>	5	B/D QL
<i>CYSTADANE POW</i>	5	LA
<i>CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg</i>	4	LA PA
<i>desmopressin acetate SOLN 4mcg/ml</i>	5	
<i>desmopressin acetate TABS .1mg, .2mg</i>	3	
<i>desmopressin acetate spray SOLN .01%</i>	4	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated SOLN .01%</i>	4	
<i>FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg</i>	5	LA PA
<i>GENOTROPIN SOLR 5mg, 12mg</i>	5	PA
<i>GENOTROPIN MINIQUICK SOLR .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg</i>	5	PA
<i>INCRELEX SOLN 40mg/4ml</i>	5	LA PA
<i>KORLYM TABS 300mg</i>	5	LA PA

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

47

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	4	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	4	PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml	5	PA
OSPHENA TABS 60mg	3	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
STIMATE SOLN 1.5mg/ml	5	
AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO		
AURYXIA TABS 210mg QL (360 tabs / 30 días)	5	QL PA
<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)	4	QL

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm	5	QL
QL (180 paquetes / 30 días)		
<i>sevelamer carbonate</i> PACK .8gm	5	QL
QL (540 paquetes / 30 días)		
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 800mg	4	QL
QL (540 tabs / 30 días)		
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	2	GC
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	GC
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	GC
<i>levoxyli</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	2	GC
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	3	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	1	GC
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	3	

ST - Terapia Escalonada

B/D - 48

LA - Disponibilidad Limitada

SI - Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SYNTHROID TABS 25mcg, 450mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	4	
unithroid TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	GC
ANÁLOGOS DE VITAMINA D		
calcitriol CAPS .25mcg, .5mcg	2	GC B/D
calcitriol SOLN 1mcg/ml	4	B/D
doxercalciferol CAPS .5mcg, 1mcg, 2.5mcg	4	B/D
paricalcitol CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	4	B/D
RAYALDEE CPCR 30mcg	5	
GASTROINTESTINAL		
ANTIEMÉTICOS		
aprepitant CAPS 40mg, 80mg, 125mg	4	B/D
aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg	4	B/D
compro SUPP 25mg	4	
dronabinol CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 caps / 30 días)	4	B/D QL
EMEND SUSR 125mg/5ml	4	B/D
gransetron hcl SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	3	
gransetron hcl TABS 1mg	4	B/D
meclizine hcl TABS 12.5mg, 25mg	2	GC
metoclopramide hcl SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml	3	
metoclopramide hcl TABS 5mg, 10mg	1	GC
ondansetron TBDP 4mg, 8mg	3	B/D
ondansetron hcl SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml	3	
ondansetron hcl SOLN 4mg/5ml	4	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ondansetron hcl TABS 4mg, 8mg, 24mg	3	B/D
prochlorperazine SUPP 25mg	4	
prochlorperazine edisylate SOLN 10mg/2ml	4	
prochlorperazine maleate TABS 5mg, 10mg	2	GC
promethazine hcl 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
SANCUSO PTCH 3.1mg/24hr QL (4 parches / 28 días)	5	QL
scopolamine PT72 1mg/3days QL (10 parches / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	QL PA
ANTIESPASMÓDICOS		
dicyclomine hcl CAPS 10mg; TABS 20mg	3	
dicyclomine hcl SOLN 10mg/5ml	4	
glycopyrrolate TABS 1mg, 2mg	3	
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA H2		
famotidine SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	3	
famotidine SUSR 40mg/5ml QL (300 mL / 30 días)	4	QL
famotidine TABS 20mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
famotidine TABS 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml	3	
nizatidine CAPS 150mg, 300mg	3	

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

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

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

49

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
<i>balsalazide disodium CAPS 3 750mg</i>		
<i>budesonide CPEP 3mg</i>	4	
<i>budesonide TB24 9mg</i>	5	
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	4	
<i>ENEM 100mg/60ml</i>		
<i>mesalamine CP24 .375gm QL (120 caps / 30 días)</i>	4	QL
<i>mesalamine CPDR 400mg QL (180 caps / 30 días)</i>	4	QL
<i>mesalamine ENEM 4gm; SUPP 1000mg</i>	4	
<i>mesalamine TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 días)</i>	4	QL
<i>mesalamine w/ cleanser KIT 4gm</i>	4	
<i>sulfasalazine TABS 500mg</i>	2	GC
<i>sulfasalazine TBEC 500mg</i>	3	
LASANTES		
<i>constulose SOLN 10gm/15ml</i>	3	
<i>enulose SOLN 10gm/15ml</i>	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	GC
<i>gavilyte-g</i>	2	GC
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	GC
<i>generlac SOLN 10gm/15ml</i>	3	
<i>GOLYTELY SOL</i>	3	
<i>KRISTALOSE PACK 10gm, 20gm</i>	4	
<i>lactulose SOLN 10gm/15ml</i>	3	
<i>lactulose (encephalopathy) SOLN 10gm/15ml</i>	3	
<i>NULYTELY SOL LMN/LIME</i>	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
<i>PLENUV SOL</i>	4	
<i>SUPREP BOWEL SOL PREP KIT</i>	4	
<i>trilyte</i>	2	GC

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

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
ZENPEP CAP 15000UNT	4	
ZENPEP CAP 20000UNT	4	
ZENPEP CAP 25000	4	
ZENPEP CAP 40000	4	
INHIPIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
DEXILANT CPDR 30mg, 60mg	4	QL QL (30 caps / 30 días)
esomeprazole magnesium CPDR 20mg, 40mg	4	QL ST QL (30 caps / 30 días)
lansoprazole CPDR 15mg, 30mg	3	QL QL (60 caps / 30 días)
lansoprazole TBDD 15mg, 30mg	4	QL QL (60 tabs / 30 días)
omeprazole CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
pantoprazole sodium SOLR 40mg	4	
pantoprazole sodium TBEC 20mg, 40mg	1	GC
PRILOSEC PACK 2.5mg, 10mg	4	
rabeprazole sodium TBEC 20mg	3	QL QL (30 tabs / 30 días)
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	4	QL QL (30 caps / 30 días)
finasteride TABS 5mg	1	GC
silodosin CAPS 4mg, 8mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
tamsulosin hcl CAPS .4mg	2	GC
VARIOS		
acetic acid SOLN .25%	2	GC

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.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	4	QL QL (30 tabs / 30 días)
oxybutynin chloride SYRP 5mg/5ml; TABS 5mg	3	
oxybutynin chloride TB24 5mg	3	QL QL (30 tabs / 30 días)
oxybutynin chloride TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
OXYTROL PTTW 3.9mg/24hr	4	
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
trospium chloride TABS 20mg	3	QL QL (60 tabs / 30 días)
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
clindamycin phosphate vaginal CREA 2%	3	
metronidazole vaginal GEL .75%	3	
terconazole vaginal CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3	
vandazole GEL .75%	3	

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HEMATOLÓGICOS ANTICOAGULANTES					
ELIQUIS TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL	jantoven TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
ELIQUIS TABS 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL	PRADAXA CAPS 75mg, 110mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL	warfarin sodium TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
enoxaparin sodium SOLN 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 300mg/3ml	4		XARELTO TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
fondaparinux sodium SOLN 2.5mg/0.5ml	4		XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
fondaparinux sodium SOLN 5 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5		XARELTO STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 días)	3	QL
FRAGMIN SOLN 2500unit/0.2ml	4		FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICOS		
FRAGMIN SOLN 5000unit/0.2ml, 7500unit/0.3ml, 10000unit/ml, 12500unit/0.5ml, 15000unit/0.6ml, 18000unt/0.72ml, 95000unit/3.8ml	5		PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	PA
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	3		PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	PA
heparin sodium (porcine) SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D	ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	PA
heparin sodium (porcine) 100 unit/ml in d5w	3		VARIOS		
heparin sodium (porcine)- dextrose iv sol 20000 unit/500ml-5%	3		anagrelide hcl CAPS .5mg, 1mg	4	
heparin sodium (porcine)- dextrose iv sol 25000 unit/500ml-5%	3		BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 días)	5	QL LA PA
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	3		cilostazol TABS 50mg, 100mg	2	GC
PA - Autorización Previa QL - Cantidad Limitada					
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente					
ED - Medicamento Excluido GC - Cobertura de Brecha					
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					
SI - Selectas Insulinas. No se					

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
pentoxifylline TBCR 400mg	2	GC
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
tranexamic acid SOLN 1000mg/10ml	4	
tranexamic acid TABS 650mg	3	

INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA

aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg	4	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	4	
clopidogrel bisulfate TABS 75mg	1	GC
dipyridamole TABS 25mg, 50mg, 75mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
prasugrel hcl 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 inyecciones / 28 días)	5	QL 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.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml QL (2 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml QL (6 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 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
REMICADE SOLR 100mg	5	PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	5	LA PA
RINVOQ TB24 15mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
SKYRIZI PSKT 75mg/0.83ml QL (7 kits / año)	5	QL PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (7 jeringas / año)	5	QL PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (7 pens / año)	5	QL PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 días)	5	QL LA PA

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

53

SI – Selectas Insulinas. No se

aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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)		
hydroxychloroquine sulfate TABS 200mg	3	
leflunomide TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
methotrexate sodium TABS 2.5mg	3	
TREXALL TABS 5mg, 7.5mg, 4 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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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
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, 5 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, 5 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 5 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 10mu/ml, 5 6000000unit/ml; SOLR 10mu, 18mu, 50mu	5	B/D
INMUNOSUPRESORES		
azathioprine TABS 50mg	3	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; 5 SOLR 120mg, 400mg; SOSY 200mg/ml	5	PA
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	4	B/D
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
everolimus (immunosuppressant) TABS .5mg, .75mg	5	B/D
everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg	4	B/D

ST - Terapia Escalonada

B/D

54

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
gengraf CAPS 25mg, 100mg; 4 SOLN 100mg/ml		B/D
mycophenolate mofetil CAPS 3 250mg; TABS 500mg		B/D
mycophenolate mofetil SUSR 5 200mg/ml		B/D
mycophenolate sodium TBEC 4 180mg, 360mg		B/D
NULOJIX SOLR 250mg	5	B/D
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	3	B/D
sirolimus SOLN 1mg/ml; TABS 2mg	5	B/D
sirolimus TABS .5mg, 1mg	4	B/D
tacrolimus CAPS .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D
ZORTRESS TABS 1mg	5	B/D
VACUNAS		
ACTHIB INJ	3	
ADACEL INJ	3	
BCG VACCINE INJ	3	
BEXSERO INJ	3	
BOOSTRIX INJ	3	
DAPTACEL INJ	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.)	3	B/D
INJ 2.5unit/ml		
INFANRIX INJ	3	
IPOP INJ INACTIVE	3	
IXIARO INJ	3	
KINRIX INJ	3	
M-M-R II INJ	3	
MENACTRA INJ	3	
MENQUADFI INJ	3	
MENVEO INJ	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PEDIARIX INJ 0.5ML	3	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	3	
PENTACEL INJ	3	
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	3	QL
QL (2 viales por vida)		
TDVAX INJ 2-2 LF	3	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	3	B/D
TRUMENBA INJ	3	
TWINRIX INJ	3	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml	3	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	3	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	3	
YF-VAX INJ	3	
ZOSTAVAX SUSR 19400unt/0.65ml	3	QL
QL (1 vial por vida)		
SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS		
ELECTROLITOS/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	3	
D5W/LYTES INJ #48	4	
D5W/NACL INJ 0.3%	3	
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 0.9%	3	

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
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	3	
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	
ISOLYTE-S INJ	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 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/D5W/NACL INJ 0.3/0.9% 4		
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2 4		
lactated ringer's solution	3	
MAGNESIUM SULFATE 3 SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml		
magnesium sulfate SOLN 3 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%		
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		
POT CHL/NACL INJ 20MEQ/L 3		
POT CHL/NACL INJ 40MEQ/L 3		

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
potassium chloride SOLN 2meq/ml	3	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 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	2	GC
klor-con m20 TBCR 20meq	2	GC
M-NATAL PLUS TAB 3		
PNV FOLIC AC TAB + IRON 3		
potassium chloride CPCR 8meq, 10meq	3	
potassium chloride PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	4	
potassium chloride TBCR 8meq, 10meq, 20meq	2	GC
potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 20meq	2	GC
PRENATAL TAB 27-1MG 3		
PRENATAL TAB PLUS 3		
PRENATAL VIT TAB LOW IRON 3		
sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln 2	2	GC
TRICARE TAB PRENATAL 3		
NUTRICIÓN IV		
AMINOSYN-PF INJ 7% 4	B/D	
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	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

56

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 HBC INJ 6.9%	4	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-</i>	3	
<i>neomycin-hc ophth oint 1%</i>		
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	4	
<i>neomycin-polymyxin-</i>	2	GC
<i>dexamethasone ophth oint</i>		
<i>0.1%</i>		
<i>neomycin-polymyxin-</i>	2	GC
<i>dexamethasone ophth susp</i>		
<i>0.1%</i>		
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth</i>	4	
<i>susp</i>		
<i>sulfacetamide sodium-</i>	2	GC
<i>prednisolone ophth soln 10-</i>		
<i>0.23(0.25)%</i>		
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	3	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	4	
<i>ophth susp 0.3-0.1%</i>		
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CONTRA INFECCIONES		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT</i>	3	
<i>500unit/gm</i>		
<i>bacitracin-polymyxin b ophth</i>	2	GC
<i>oint</i>		
BESIVANCE SUSP .6%	3	
CILOXAN OINT .3%	3	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	2	GC
<i>SOLN .3%</i>		
<i>erythromycin (ophth) OINT</i>	2	GC
<i>5mg/gm</i>		
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN</i>	3	
<i>.5%</i>		
<i>gentak OINT .3%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	2	GC
<i>SOLN .3%</i>		
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	3	
<i>SOLN .5%</i>		
NATACYN SUSP 5%	4	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx</i>	3	
<i>5(3.5)mg-400unt-10000unt op</i>		
<i>oin</i>		
<i>neomycin-polymy-gramicid op</i>	3	
<i>sol 1.75-10000-0.025mg-unt-</i>		
<i>mg/ml</i>		
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	2	GC
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	2	GC
<i>ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>		
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	3	
<i>OINT 10%; SOLN 10%</i>		
<i>tobramycin (ophth) SOLN</i>	2	GC
<i>.3%</i>		
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	4	
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTIINFLAMATORIOS		
ALREX SUSP .2%	3	
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	4	
<i>SOLN .09%</i>		
BROMSITE SOLN .075%	4	
<i>dexamethasone sodium</i>	3	
<i>phosphate (ophth) SOLN .1%</i>		
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	2	GC
<i>SOLN .1%</i>		

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

57

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
DUREZOL EMUL .05%	3	
FLAREX SUSP .1%	4	
<i>fluorometholone (ophth)</i>	3	
SUSP .1%		
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	3	
ILEVRO SUSP .3%	3	
<i>ketorolac tromethamine</i> (ophth) SOLN .4%	3	
<i>ketorolac tromethamine</i> (ophth) SOLN .5%	2	GC
LOTEMAX OINT .5%	3	
<i>prednisolone acetate</i> (ophth)	3	
SUSP 1%		
PREDNISOLONE SODIUM	3	
PHOSP SOLN 1%		
PROLENSA SOLN .07%	3	
ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl</i> (ophth) SOLN .05%	3	
<i>bepotastine besilate</i> SOLN 1.5%	3	
BEPREVE SOLN 1.5%	3	
<i>cromolyn sodium</i> (ophth) SOLN 4%	1	GC
LASTACAFT SOLN .25%	4	
<i>olopatadine hcl</i> SOLN .1%, .2%	3	
PAZEO SOLN .7%	3	
ZERVIATE SOLN .24%	4	
CONTRA EL GLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .1%	3	
AZOPT SUSP 1%	3	
<i>betaxolol hcl</i> (ophth) 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%	3	
<i>carteolol hcl</i> (ophth) SOLN 1%	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	2	GC
<i>dorzolamide hcl-timolol</i> <i>maleate ophth soln</i> 22.3-6.8 <i>mg/ml</i>	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</i> (ophth) SOLG 4 .25%, .5%		
<i>timolol maleate</i> (ophth) SOLN 1 .25%, .5%		GC
<i>timolol maleate</i> (ophth) once- daily SOLN .5%		
VYZULTA SOLN .024%	4	
VARIOS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	
CYSTADROPS SOLN .37%	5	LA PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	LA PA
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	3	
RESTASIS EMUL .05%	3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	
XIIDRA SOLN 5%	3	
Productos Vitamínicos / Minerales de Receta		
Productos Vitamínicos / Minerales de Receta		
<i>cyanocobalamin</i> SOLN 1000mcg/ml	2	ED GC
<i>ergocalciferol</i> CAPS 50000unit	2	ED GC QL
QL (4 caps / 28 días)		
<i>folic acid</i> TABS 1mg	1	ED GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>phytonadione</i> TABS 5mg	4	ED QL
QL (60 tabs / 30 días)		

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
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

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
RESPIRATORIO					
COMBINACIONES DE ANTOCOLINÉRGICO / BETA AGONISTA					
ANORO ELLIPT AER 62.5-25 QL (60 blisters / 30 días)	3	QL	<i>ciproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
BEVESPI AER 9-4.8MCG QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL	<i>desloratadine</i> TABS 5mg	3	
BREZTRI AERO AER SPHERE QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL	<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	3	
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) QL (4 inhaladores / 28 días)	3	QL	<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA
COMBIVENT AER 20-100 QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL	<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	3	B/D	<i>hydroxyzine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 días)	3	QL	<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 días)	3	QL	<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	4	
ANTOCOLINÉRGICOS					
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL	<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	2	GC
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh QL (30 blisters / 30 días)	3	QL	<i>olopatadine hcl (nasal)</i> SOLN .4 .6%	4	
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	2	GC B/D	BETA AGONISTAS		
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	3		<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Proair HFA)	3	QL
ANTIHISTAMÍNICOS			<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Ventolin HFA)	3	QL
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%, .15%	3		<i>albuterol sulfate</i> NEBU .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	3	B/D
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 1mg/ml	2	GC	<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083% 2	2	GC B/D

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

59

LA - Disponibilidad Limitada

SI - Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml	2	GC
<i>albuterol sulfate</i> TABS 2mg, 4mg	4	
<i>arformoterol tartrate</i> NEBU 15mcg/2ml	5	B/D
<i>BROVANA</i> NEBU 15mcg/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
<i>PERFOROMIST</i> NEBU 20mcg/2ml	5	B/D
<i>SEREVENT DISKUS</i> AEPB 50mcg/dose QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	4	
<i>VENTOLIN HFA</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
<i>VENTOLIN HFA</i> (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhaladores / 30 días)	3	QL
MODULADORES DE LOS LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg	2	GC
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ARALAST NP</i> SOLR 500mg, 1000mg	5	LA PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	3	B/D
<i>DALIRESP</i> TABS 250mcg, 500mcg	4	
<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	
<i>ESBRIET</i> CAPS 267mg QL (270 caps / 30 días)	5	QL PA
<i>ESBRIET</i> TABS 267mg QL (270 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>ESBRIET</i> TABS 801mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>FASENRA SOSY</i> 30mg/ml	5	LA PA
<i>FASENRA PEN</i> SOAJ 30mg/ml	5	LA PA
<i>KALYDECO</i> PACK 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
<i>KALYDECO</i> TABS 150mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>OFEV</i> CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL PA
<i>ORKAMBI GRA</i> 100-125 QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
<i>ORKAMBI GRA</i> 150-188 QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
<i>ORKAMBI TAB</i> 100-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL PA
<i>ORKAMBI TAB</i> 200-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL PA
<i>PROLASTIN-C</i> SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	5	LA PA
<i>PULMOZYME</i> SOLN 1mg/ml	5	PA
<i>SYMDEKO TAB</i> 50-75MG QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
<i>SYMDEKO TAB</i> 100-150 QL (56 tabs / 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 **ST** - Terapia Escalonada **B/D** **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.

LA - Disponibilidad Limitada **PA** - Autorización Previa

60

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	4	
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	4	
theophylline SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg	4	
theophylline TB24 400mg, 600mg	3	
TRIKAFTA TAB 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 NASALES		
flunisolide (nasal) SOLN .025% QL (3 botellas / 30 días)	3	QL
fluticasone propionate (nasal) SUSP 50mcg/act QL (1 botella / 30 días)	2	GC 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
budesonide (inhalation) 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
FLOVENT HFA AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act QL (2 inhaladores / 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.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
Agentes de la Disfunción Sexual		
Agentes de la Disfunción Sexual		
sildenafil citrate TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (4 tabs / 30 días)	3	ED QL
tadalafil TABS 10mg, 20mg QL (4 tabs / 30 días)	3	ED QL

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
DE USO TÓPICO		
DERMATOLOGÍA, ACNÉ		
accutane CAPS 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
amnesteem CAPS 10mg, 20mg, 40mg	4	PA
avita CREA .025%; GEL .025%	4	QL PA QL (45 gm / 30 días)
benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%	4	
claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
clindamycin phosphate (topical) GEL 1%	3	QL QL (75 gm / 30 días)
clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1%	3	QL QL (60 mL / 30 días)
ery PADS 2%	3	
erythromycin (acne aid) SOLN 2%	3	QL QL (60 mL / 30 días)
isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
myorisan CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10%	4	
tretinoin CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%	4	QL PA QL (45 gm / 30 días)
zenatane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS		
gentamicin sulfate (topical) CREA .1%	4	QL QL (30 gm / 30 días)
gentamicin sulfate (topical) OINT .1%	3	
mupirocin OINT 2%	2	GC QL QL (220 gm / 30 días)
silver sulfadiazine CREA 1%	2	GC
ssd CREA 1%	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SULFAMYLYON CREA 85mg/gm		
DERMATOLOGÍA, FUNGICIDAS		
ciclopirox olamine CREA .77%	3	QL QL (90 gm / 30 días)
ciclopirox olamine SUSP .77%	3	QL QL (60 mL / 30 días)
clotrimazole (topical) CREA 1%	3	QL QL (45 gm / 30 días)
clotrimazole (topical) SOLN 1%	3	QL QL (30 mL / 30 días)
clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%	3	QL QL (45 gm / 30 días)
ketoconazole (topical) CREA 2%	3	QL QL (60 gm / 30 días)
nyamyc POWD 100000unit/gm	3	QL QL (60 gm / 30 días)
nystatin (topical) CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	3	QL QL (30 gm / 30 días)
nystatin (topical) POWD 100000unit/gm	3	QL QL (60 gm / 30 días)
nystop POWD 100000unit/gm	3	QL QL (60 gm / 30 días)
DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS		
acitretin CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	4	PA
calcipotriene CREA .005%; OINT .005%	4	QL PA QL (120 gm / 30 días)
calcipotriene SOLN .005%	4	QL PA QL (120 mL / 30 días)
calcitrene OINT .005%	4	QL PA QL (120 gm / 30 días)

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>tazarotene CREA .1%</i> QL (60 gm / 30 días)	3	QL PA
<i>TAZORAC CREA .05%</i> QL (60 gm / 30 días)	4	QL PA
DERMATOLOGÍA, CONTRA LA SEBORREICA		
<i>ketoconazole (topical) SHAM 2 2%</i> QL (120 mL / 30 días)	2	GC QL
<i>selenium sulfide LOTN 2.5%</i>	2	GC
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort CREA 1%</i>	1	GC
<i>ala-cort CREA 2.5%</i>	2	GC
<i>alclometasone dipropionate CREA .05%; OINT .05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate (topical) CREA .05%; LOTN .05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate (topical) OINT .05%</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate augmented CREA .05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate augmented GEL .05%; LOTN .05%; OINT .05%</i>	4	
<i>betamethasone valerate CREA .1%; LOTN .1%; OINT .1%</i>	3	
<i>calcipotriene-betamethasone dipropionate susp 0.005-0.064%</i> QL (400 gm / 28 días)	5	QL PA
<i>clobetasol propionate CREA .05%; OINT .05%</i> QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<i>clobetasol propionate GEL .05%</i> QL (60 gm / 30 días)	4	QL
<i>clobetasol propionate SOLN .05%</i> QL (50 mL / 30 días)	3	QL
<i>clobetasol propionate e CREA .05%</i> QL (60 gm / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ENSTILAR AER</i> QL (120 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>fluocinolone acetonide CREA .01%, .025%; OINT .025%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide OIL .01%</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide SOLN .01%</i> QL (90 mL / 30 días)	4	QL
<i>fluocinonide CREA .05% QL (120 gm / 30 días)</i>	3	QL
<i>fluocinonide GEL .05%; OINT .05%</i> QL (60 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluocinonide SOLN .05% QL (60 mL / 30 días)</i>	3	QL
<i>fluocinonide emulsified base CREA .05%</i> QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>fluticasone propionate CREA .05%; OINT .005%</i>	3	
<i>halobetasol propionate CREA .05%; OINT .05%</i> QL (50 gm / 30 días)	4	QL
<i>hydrocortisone (topical) CREA 1%</i>	1	GC
<i>hydrocortisone (topical) CREA 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%</i>	2	GC
<i>mometasone furoate CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide (topical) AERS .147mg/gm</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide (topical) CREA .1%</i> QL (454 gm / 30 días)	2	GC QL
<i>triamcinolone acetonide (topical) CREA .025%, .5%; OINT .025%, .1%, .5%</i>	2	GC
<i>triamcinolone acetonide (topical) LOTN .025%, .1%</i>	3	
<i>triderm CREA .5%</i>	2	GC

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

63

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
glydo PRSY 2% QL (60 mL / 30 días)	3	QL PA
lidocaine OINT 5% QL (50 gm / 30 días)	4	QL PA
lidocaine PTCH 5% QL (3 parches / 1 día)	4	QL PA
lidocaine hcl GEL 2% QL (30 mL / 30 días)	3	QL PA
lidocaine hcl SOLN 4% QL (50 mL / 30 días)	3	QL PA
lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5% QL (30 gm / 30 días)	3	QL PA
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LAS MEMBRANAS MUCOSAS		
azelaic acid GEL 15% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
diclofenac sodium (topical) GEL 1% QL (1000 gm / 30 días)	3	QL PA
FINACEA FOAM 15% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
fluorouracil (topical) CREA 5% QL (40 gm / 30 días)	4	QL
fluorouracil (topical) SOLN 2%, 5% QL (10 mL / 30 días)	3	QL
hydrocortisone (rectal) CREA 3 2.5%		
imiquimod CREA 5% QL (24 paquetes / 30 días)	3	QL
lactic acid (ammonium lactate) 2 CREA 12%		GC
lactic acid (ammonium lactate) 3 LOTN 12%		
metronidazole (topical) CREA 4 .75%; LOTN .75%		
metronidazole (topical) GEL 3 .75%		

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
NORITATE CREA 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL
PICATO GEL .05% QL (2 tubos / 30 días)	4	QL
PICATO GEL .015% QL (3 tubos / 30 días)	4	QL
podofilox SOLN .5%	3	
procto-med hc CREA 2.5%	3	
procto-pak CREA 1%	3	
proctosol hc CREA 2.5%	3	
proctozone-hc CREA 2.5%	3	
RECTIV OINT .4% QL (30 gm / 30 días)	4	QL
rosadan CREA .75% .03%, .1%	4	
tacrolimus (topical) OINT QL (100 gm / 30 días)	4	QL
TARGRETIN GEL 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA
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		
malathion LOTN .5%	4	
permethrin CREA 5%	3	
DERMATOLOGÍA, AGENTES PARA EL CUIDAD DE HERIDAS		
REGRANEX GEL .01% QL (30 gm / 30 días)	5	QL PA
SANTYL OINT 250unit/gm	4	
sodium chloride (gu irrigant) SOLN .9%	3	
water for irrigation, sterile irrigation soln	2	GC
AGENTES PARA LA BOCA / GARGANTA / DENTALES		
cevimeline hcl CAPS 30mg	4	
chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%	1	GC

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D** **LA** - Disponibilidad Limitada
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO). **SI** – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>clotrimazole TROC 10mg QL (150 losanges / 30 días)</i>	4	QL
<i>lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%</i>	2	GC
<i>nystatin (mouth-throat) SUSP 3 100000unit/ml</i>		
<i>paroex SOLN .12%</i>	1	GC
<i>periogard SOLN .12%</i>	1	GC
<i>pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%</i>	3	
ÓTICO		
<i>acetic acid (otic) SOLN 2%</i>	3	
<i>CIPRO HC SUS ÓTICO</i>	4	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	3	
<i>flac OIL .01%</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%</i>	4	
<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) SOLN .3%</i>	4	

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

ST - Terapia Escalonada

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

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	
abacavir sulfate.....	13
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg.....	14
abacavir sulfate- lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg....	14
ABELCET.....	12
ABILIFY MAINTENA	35
abiraterone acetate	18
ABRAXANE INJ 100MG.	19
acamprosate calcium.....	40
acarbose	41
accutane.....	62
acebutolol hcl.....	26
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml....	10
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg	10
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg	10
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg	10
acetazolamide.....	28
acetic acid.....	51
acetic acid (otic).....	65
acetylcysteine.....	60
acitretin.....	62
ACTHIB INJ	55
ACTIMMUNE.....	54
acyclovir.....	14
acyclovir sodium	14
ADACEL INJ.....	55
adefovir dipivoxil	14
ADEMPAS	29
ADRENALIN.....	28
adriamycin.....	17
ADVAIR DISKU AER 100/50.....	61
ADVAIR DISKU AER 250/50.....	61
ADVAIR DISKU AER 500/50.....	61
ADVAIR HFA AER 115/21	61
ADVAIR HFA AER 230/21	61
ADVAIR HFA AER 45/21	61
AFINITOR	19
AFINITOR DISPERZ	19
afirmelle	44
AIMOVIG	38
ala-cort.....	63
albendazole.....	11
albuterol sulfate	59, 60
alclometasone dipropionate	63
ALDURAZYME	47
ALECENSA	19
alendronate sodium.....	43
alfuzosin hcl	51
ALIMTA	18
ALINIA.....	11
alisikiren fumarate.....	28
allopurinol.....	9
alosetron hcl.....	50
ALPHAGAN P	58
alprazolam.....	29
ALREX	57
altavera	44
ALTOPREV	25
ALUNBRIG	19
ALUNBRIG PAK.....	19
alyacen 1/35.....	44
alyacen 7/7/7.....	44
amabelz.....	46
amantadine hcl	34
AMBISOME	12
ambrisentan	29
amikacin sulfate.....	11
amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg.....	28
amiloride hcl.....	28
AMINOSYN-PF INJ 7%...56	
amiodarone hcl	25
amitriptyline hcl.....	33
amlodipine besylate.....	27
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-10 mg	28
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-20 mg	28
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg.....	28
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg.....	28
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg.....	28
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-10 mg	28
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-20 mg	28
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-40 mg	28
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg	22
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-20 mg	23

<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>olmesartan medoxomil</i>	
<i>tab 10-40 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>olmesartan medoxomil</i>	
<i>tab 5-20 mg.</i>	23
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>olmesartan medoxomil</i>	
<i>tab 5-40 mg.</i>	23
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 10-160 mg</i>	
.....	23
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 10-320 mg</i>	
.....	23
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 5-160 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 5-320 mg</i>	23
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-160-12.5 mg</i>	23
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-160-25 mg</i>	23
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-320-25 mg</i>	23
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>5-160-12.5 mg</i>	23
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>5-160-25 mg</i>	23
<i>amnesteem</i>	62
<i>amoxapine</i>	33
<i>amoxicillin</i>	16
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>chew tab 200-28.5 mg</i>	16
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>chew tab 400-57 mg....</i>	16
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	
.....	16
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	
.....	16
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>for susp 400-57 mg/5ml</i>	
.....	16
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	
.....	16
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>tab 250-125 mg</i>	16
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>tab 500-125 mg</i>	16
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>tab 875-125 mg</i>	16
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	
.....	16
<i>amoxicillin cap-clarithro</i>	
<i>tab-lansopraz cap dr</i>	
<i>therapy pack</i>	50
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 10 mg</i>	37
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 15 mg</i>	37
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 20 mg</i>	37
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 25 mg</i>	37
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 30 mg</i>	37
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 5 mg.....</i>	37
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>10 mg</i>	37
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>12.5 mg.....</i>	37
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>15 mg</i>	37
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>20 mg</i>	37
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>30 mg.....</i>	37
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab 5</i>	
<i>mg</i>	37
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>7.5 mg.....</i>	37
<i>amphotericin b.....</i>	12
<i>ampicillin</i>	16
<i>ampicillin & sulbactam</i>	
<i>sodium for inj 1.5 (1-0.5)</i>	
<i>gm</i>	16
<i>ampicillin & sulbactam</i>	
<i>sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	
.....	16
<i>ampicillin & sulbactam</i>	
<i>sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	16
<i>ampicillin & sulbactam</i>	
<i>sodium for iv soln 15 (10-5) gm.....</i>	16
<i>ampicillin & sulbactam</i>	
<i>sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	16
<i>ampicillin sodium</i>	17
<i>anagrelide hcl</i>	52
<i>anastrozole</i>	18
<i>ANDRODERM</i>	40
<i>ANORO ELLIPT AER</i> 62.5-25	59
<i>ANTARA</i>	25
<i>APOKYN</i>	34
<i>aprepitant</i>	49
<i>aprepitant capsule therapy</i>	
<i>pack 80 & 125 mg.....</i>	49
<i>api</i>	44
<i>APTIOM</i>	30
<i>APTIVUS</i>	13
<i>ARALAST NP</i>	60
<i>aranelle</i>	44
<i>ARCALYST</i>	54
<i>arformoterol tartrate</i>	60
<i>ariPIPRAZOLE</i>	35
<i>ARISTADA</i>	35
<i>ARISTADA INITIO</i>	35
<i>armodafinil</i>	40
<i>ARNUITY ELLIPTA</i>	61

asenapine maleate	35
aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg	53
atazanavir sulfate	13
atenolol	26
atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg	26
atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg	26
atomoxetine hcl	37
atorvastatin calcium	25
atovaquone	11
atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg	13
atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg	13
ATROPINE SULFATE	58
ATROVENT HFA	59
aubra eq	44
aurovela 1/20	44
aurovela fe 1.5/30	44
aurovela fe 1/20	44
AURYXIA	48
AUSTEDO	39
AVASTIN	19
aviane	44
avita	62
ayuna	44
AYVAKIT	19
azacitidine	18
azathioprine	54
azelaic acid	64
azelastine hcl	59
azelastine hcl (ophth)	58
azithromycin	15, 16
AZOPT	58
aztreonam	11
azurette	44
B	
bacitracin (ophthalmic)	57
bacitracin-polymyxin b ophth oint	57
bacitracin-polymyxin- neomycin-hc ophth oint 1%	57
baclofen	40
balsalazide disodium	50
BALVERSA	19
balziva	44
BANZEL	30
BARACLUDE	14
BASAGLAR KWIKPEN	42
BCG VACCINE INJ	55
BD ALCOHOL SWABS	42
bekyree	44
BELSOMRA	38
benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	22
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	22
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	22
benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg	22
benazepril hcl	22
BENDEKA	17
BENLYSTA	54
benzoyl peroxide- erythromycin gel 5-3%.	62
benztropine mesylate	34
bepotastine besilate	58
BEPREVE	58
BERINERT	52
BESIVANCE	57
betamethasone dipropionate (topical)	63
betamethasone dipropionate augmented	63
betamethasone valerate	63
BETASERON	39
betaxolol hcl (ophth)	58
bethanechol chloride	51
BETOPTIC-S	58
BEVESPIAER 9-4.8MCG	59
bexarotene	18
BEXSERO INJ	55
bicalutamide	18
BICILLIN L-A	17
BIKTARVY TAB	14
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg	26
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg	26
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg	26
bisoprolol fumarate	27
BIVIGAM	54
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	57
blisovi fe 1.5/30	44
BOOSTRIX INJ	55
BORTEZOMIB	19
bosentan	29
BOSULIF	19
BRAFTOVI	19
BREO ELLIPTA INH 100- 25	61
BREO ELLIPTA INH 200- 25	61
BREZTRI AERO AER SPHERE	59
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	59
briellyn	44
BRILINTA	53
brimonidine tartrate	58
brinzolamide	58
BRIVIACT	30
bromfenac sodium (ophth)	57
bromocriptine mesylate	34
BROMSITE	57
BROVANA	60
BRUKINSA	19
budesonide	50
budesonide (inhalation)	61
bumetanide	28
buprenorphine hcl	40
buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)	40
buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)	40

buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film	4-1	CARBAGLU	47
mg (base equiv).....	40	carbamazepine.....	30
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film	8-2	carbidopa.....	34
mg (base equiv).....	40	carbidopa & levodopa orally disintegrating tab 10-100 mg.....	34
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab	2-0.5	carbidopa & levodopa orally disintegrating tab 25-100 mg.....	34
mg (base equiv).....	40	carbidopa & levodopa orally disintegrating tab 25-250 mg.....	34
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab	8-2	carbidopa & levodopa tab 10-100 mg.....	34
mg (base equiv).....	40	carbidopa & levodopa tab 25-100 mg.....	34
bupropion hcl.....	33	carbidopa & levodopa tab 25-250 mg.....	34
bupropion hcl (smoking deterrent).....	40	carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg.....	34
buspirone hcl.....	29	carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg.....	34
butorphanol tartrate.....	10	carbidopa-levodopa- entacapone tabs 12.5- 50-200 mg.....	34
BYDUREON BCISE.....	41	carbidopa-levodopa- entacapone tabs 18.75- 75-200 mg.....	34
BYDUREON PEN.....	41	carbidopa-levodopa- entacapone tabs 25-100- 200 mg.....	34
BYETTA.....	41	carbidopa-levodopa- entacapone tabs 31.25- 125-200 mg.....	34
BYSTOLIC.....	27	carbidopa-levodopa- entacapone tabs 37.5- 150-200 mg.....	34
C		carbidopa-levodopa- entacapone tabs 50-200- 200 mg.....	34
cabergoline.....	47	carboplatin.....	17
CABOMETYX.....	19	carteolol hcl (ophth).....	58
calcipotriene.....	62	cartia xt	27
calcipotriene- betamethasone dipropionate susp 0.005- 0.064%.....	63	carvedilol.....	27
calcitonin (salmon) spray	43	caspofungin acetate.....	12
calcitrene.....	62	CAYSTON.....	11
calcitriol.....	49	caziant.....	44
calcium acetate (phosphate binder).....	48	cefaclor	15
CALQUENCE.....	19	CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	15
camila.....	44	cefazolin sodium.....	15
candesartan cilexetil.....	25	CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%.....	15
candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg.....	23	cefdinir.....	15
candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg.....	23	cefepime hcl	15
candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-25 mg.....	23	cefixime.....	15
CAPLYTA.....	35	cefoxitin sodium	15
CAPRELSA.....	19	cefipodoxime proxetil.....	15
captopril.....	22	cefprozil.....	15
		ceftazidime.....	15
		CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	15
		CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	15
		ceftriaxone sodium	15
		cefuroxime axetil.....	15
		cefuroxime sodium	15
		celecoxib.....	9
		CELONTIN.....	30
		cephalexin.....	15
		CERDELGA.....	47
		CEREZYME.....	47
		cetirizine hcl.....	59
		cevimeline hcl.....	64
		CHANTIX	40
		CHANTIX CONTINUING MONTH	40
		CHANTIX PAK 0.5& 1MG	40
		chateal.....	44
		CHEMET	44
		chlorhexidine gluconate (mouth-throat).....	64
		chloroquine phosphate ...	13
		chlorpromazine hcl	35
		chlorthalidone.....	28
		cholestyramine.....	26
		cholestyramine light.....	26
		choline fenofibrate	25
		ciclopirox olamine.....	62
		cilostazol	52
		CILOXAN	57
		CIMDUO TAB 300-300 ...	14
		cinacalcet hcl.....	47
		CIPRO	16
		CIPRO HC SUS OTIC	65

<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml</i>	30
<i>in d5w</i>16	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml</i>	
<i>in d5w</i>16	
<i>ciprofloxacin hcl</i>16	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..57	
<i>ciprofloxacin-</i>	
<i>dexamethasone otic susp</i>	
<i>0.3-0.1%</i>65	
<i>cisplatin</i>17	
<i>citalopram hydrobromide</i> 33	
<i>claravis</i>62	
<i>clarithromycin</i>16	
<i>clindamycin hcl</i>11	
<i>clindamycin palmitate</i>	
<i>hydrochloride</i>11	
<i>clindamycin phosphate</i> ...11	
<i>clindamycin phosphate</i>	
<i>(topical)</i>62	
<i>clindamycin phosphate in</i>	
<i>d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	
.....11	
<i>clindamycin phosphate in</i>	
<i>d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	
.....11	
<i>clindamycin phosphate in</i>	
<i>d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	
.....11	
<i>clindamycin phosphate</i>	
<i>vaginal</i>51	
<i>CLINDMYC/NAC INJ</i>	
<i>300/50ML</i>11	
<i>CLINDMYC/NAC INJ</i>	
<i>600/50ML</i>11	
<i>CLINDMYC/NAC INJ</i>	
<i>900/50ML</i>11	
<i>CLINIMIX INJ 4.25/D10</i> ..56	
<i>CLINIMIX INJ 4.25/D5W</i> .56	
<i>CLINIMIX INJ 5%/D15W</i> 56	
<i>CLINIMIX INJ 5%/D20W</i> 56	
<i>CLINIMIX INJ 6/5</i>57	
<i>CLINIMIX INJ 8/10</i>57	
<i>CLINIMIX INJ 8/14</i>57	
<i>clinisol sf 15%</i>57	
<i>CLINOLIPID EMU 20%</i> ...57	
<i>clobazam</i>30	
<i>clobetasol propionate</i>63	
<i>clobetasol propionate e</i> ..63	
<i>clomipramine hcl</i>33	
<i>clonazepam</i>30	
<i>clonidine</i>28	
<i>clonidine hcl</i>28	
<i>clopидогrel bisulfate</i>53	
<i>clorazepate dipotassium</i> .30	
<i>clotrimazole</i>65	
<i>clotrimazole (topical)</i>62	
<i>clotrimazole w/</i>	
<i>betamethasone cream 1-</i>	
<i>0.05%</i>62	
<i>clovique</i>44	
<i>clozapine</i>35	
<i>COARTEM TAB 20-120MG</i>	
.....13	
<i>colchicine</i>9	
<i>colchicine w/ probenecid</i>	
<i>tab 0.5-500 mg</i>9	
<i>colesevelam hcl</i>26	
<i>colestipol hcl</i>26	
<i>colistimethate sodium</i>11	
<i>COMBIGAN SOL 0.2/0.5%</i>	
.....58	
<i>COMBIVENT AER 20-100</i>	
.....59	
<i>COMETRIQ (60MG DOSE)</i>	
.....19	
<i>COMETRIQ KIT 100MG</i> .19	
<i>COMETRIQ KIT 140MG</i> .19	
<i>COMPLERA TAB</i>14	
<i>compro</i>49	
<i>constulose</i>50	
<i>COPIKTRA</i>19	
<i>CORLANOR</i>28	
<i>cortisone acetate</i>47	
<i>COTELLIC</i>19	
<i>CREON CAP 12000UNT</i> 50	
<i>CREON CAP 24000UNT</i> 50	
<i>CREON CAP 3000UNIT</i> .50	
<i>CREON CAP 36000UNT</i> 50	
<i>CREON CAP 6000UNIT</i> .50	
<i>CRIXIVAN</i>13	
<i>cromolyn sodium</i>60	
<i>cromolyn sodium</i>	
<i>(mastocytosis)</i>50	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> 58	
<i>cryselle-28</i>44	
<i>cyanocobalamin</i>58	
<i>cyclafem 1/35</i>44	
<i>cyclafem 7/7/7</i>44	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>40	
<i>cyclophosphamide</i>17	
CYCLOPHOSPHAMIDE .17	
<i>cycloserine</i>14	
<i>cyclosporine</i>54	
<i>cyclosporine modified (for</i>	
<i>microemulsion)</i>54	
<i>cyproheptadine hcl</i>59	
<i>cyred eq.</i>44	
CYSTADANE POW47	
CYSTADROPS58	
CYSTAGON47	
CYSTARAN58	
<i>cytarabine</i>18	
D	
<i>D10W/NACL INJ 0.2%</i>55	
<i>D2.5W/NACL INJ 0.45%</i> 55	
<i>D5W/LYTES INJ #48</i>55	
<i>D5W/NACL INJ 0.3%</i>55	
<i>dalfampridine</i>39	
<i>DALIRESP</i>60	
<i>danazol</i>46	
<i>dantrolene sodium</i>40	
<i>dapsone</i>11	
<i>DAPTACEL INJ</i>55	
<i>daptomycin</i>11	
DAPTONMYCIN11	
<i>darifenacin hydrobromide</i>	
.....51	
<i>dasetta 1/35</i>44	
<i>dasetta 7/7/7</i>44	
<i>DAURISMO</i>19	
<i>deblitane</i>44	
<i>deferasirox</i>44	
DELESTROGEN46	
DELSTRIGO TAB14	
DESCOVY TAB 200/25MG	
.....14	
<i>desipramine hcl</i>33	
<i>desloratadine</i>59	
<i>desmopressin acetate</i>47	
<i>desmopressin acetate</i>	
<i>spray</i>47	
<i>desmopressin acetate</i>	
<i>spray refrigerated</i>47	
<i>desogest-eth estrad & eth</i>	
<i>estradiol tab 0.15-0.02/0.01</i>	
<i>mg(21/5)</i>44	

<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>44	
<i>desvenlafaxine succinate</i>33	
<i>dexamethasone</i>47	
DEXAMETHASONE INTENSOL47	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>47	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>57	
DEXILANT51	
<i>dexmethylphenidate hcl.</i> ..38	
<i>dextrose</i>57	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>56	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>55	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>55	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>55	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>56	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>55	
DIACOMIT30	
<i>diazepam</i>30	
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>30	
<i>diazepam inj</i>30	
<i>diazoxide</i>47	
<i>diclofenac potassium</i>9	
<i>diclofenac sodium</i>9	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>57	
<i>diclofenac sodium (topical)</i>64	
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 50-0.2 mg</i>9	
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 75-0.2 mg</i>9	
<i>dicloxacillin sodium</i>17	
<i>dicyclomine hcl</i>49	
DIFICID16	
<i>diflunisal</i>9	
<i>digitek</i>28	
<i>digox</i>28	
<i>digoxin</i>28, 29	
<i>dihydroergotamine mesylate</i>38	
DILANTIN30	
DILANTIN INFATABS30	
DILANTIN-12530	
<i>diltiazem hcl</i>27	
<i>diltiazem hcl coated beads</i>27	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>27	
<i>dilt-xr</i>27	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU55	
<i>diphenhydramine hcl</i>59	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>50	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>50	
<i>dipyridamole</i>53	
<i>disopyramide phosphate</i>25	
<i>disulfiram</i>40	
<i>divalproex sodium</i>30	
<i>docetaxel</i>19	
DOCETAXEL19	
<i>dofetilide</i>25	
<i>donepezil hydrochloride</i> ..32	
DOPTELET52	
<i>dorzolamide hcl</i>58	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i>58	
<i>dotti</i>46	
DOVATO TAB 50-300MG14	
<i>doxazosin mesylate</i>23	
<i>doxepin hcl</i>33	
<i>doxepin hcl (sleep)</i>38	
<i>doxercalciferol</i>49	
<i>doxorubicin hcl</i>17	
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>18	
<i>doxy 100</i>17	
<i>doxycycline (monohydrate)</i>17	
<i>doxycycline hyclate</i>17	
DRIZALMA SPRINKLE ...33	
<i>dronabinol</i>49	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>44	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>44	
DROXIA52	
<i>droxidopa</i>29	
<i>duloxetine hcl</i>33	
DUREZOL58	
<i>dutasteride</i>51	
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>51	
E	
<i>ec-naproxen</i>9	
EDARBI25	
EDARBYCLOR TAB 40-12.523	
EDARBYCLOR TAB 40-25MG23	
EDURANT13	
<i>efavirenz</i>13	
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>14	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>14	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>14	
<i>elinet</i>44	
ELIQUIS52	
ELIQUIS STARTER PACK52	
ELLA44	
<i>eluryng</i>44	
EMCYT18	
EMEND49	
<i>emoquette</i>44	
EMSAM33	
<i>emtricitabine</i>13	
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>14	
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>14	
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>14	

<i>emtricitabine-tenofovir</i>	19
<i>disoproxil fumarate tab</i>	
200-300 mg.....	14
EMTRIVA	13
EMVERM	11
enalapril maleate	22
enalapril maleate &	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
10-25 mg.....	22
enalapril maleate &	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
5-12.5 mg.....	22
ENBREL.....	53
ENBREL MINI	53
ENBREL SURECLICK....	53
ENDARI.....	52
endocet tab 10-325mg....	10
endocet tab 2.5-325mg...	10
endocet tab 5-325mg.....	10
endocet tab 7.5-325mg...	10
ENGERIX-B.....	55
enoxaparin sodium	52
enpresse-28.....	44
enskyce	44
ENSTILAR AER.....	63
entacapone.....	34
entecavir.....	14
ENTRESTO TAB 24-26MG	
.....	23
ENTRESTO TAB 49-51MG	
.....	23
ENTRESTO TAB 97-	
103MG.....	23
enulose.....	50
EPCLUSA TAB 200-50MG	
.....	14
EPCLUSA TAB 400-100	14
EPIDIOLEX.....	30
epinephrine (<i>anaphylaxis</i>)	
.....	60
epirubicin hcl.....	18
epitol.....	30
EPIVIR HBV	14
eplerenone.....	23
ergocalciferol.....	58
ergotamine w/ caffeine tab	
1-100 mg.....	38
ERIVEDGE	19
ERLEADA.....	18
erlotinib hcl.....	19
errin	44
ertapenem sodium.....	11
ery.....	62
ery-tab.....	16
ERYTHROGIN	
<i>LACTOBIONATE</i>	16
erythrocin stearate	16
erythromycin (<i>acne aid</i>)...	62
erythromycin (<i>ophth</i>).....	57
erythromycin base.....	16
erythromycin ethylsuccinate	
.....	16
ESBRIET	60
escitalopram oxalate.....	33
esomeprazole magnesium	
.....	51
estarrylla	44
estradiol	46
estradiol & norethindrone	
<i>acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	46
estradiol & norethindrone	
<i>acetate tab 1-0.5 mg</i>	46
estradiol vaginal	46
estradiol valerate.....	46
ethambutol hcl	14
ethosuximide.....	30
ethynodiol diacetate &	
<i>ethinyl estradiol tab 1</i>	
<i>mg-35 mcg</i>	44
ethynodiol diacetate &	
<i>ethinyl estradiol tab 1</i>	
<i>mg-50 mcg</i>	45
etodolac	9
etonogestrel-ethinyl	
<i>estradiol va ring 0.120-</i>	
<i>0.015 mg/24hr</i>	45
etoposide.....	19
euthyrox.....	48
everolimus.....	19
everolimus	
<i>(immunosuppressant)</i> ..	54
EVOTAZ TAB 300-150....	14
exemestane.....	18
EZALLOR SPRINKLE	25
ezetimibe.....	26
ezetimibe-simvastatin tab	
<i>10-10 mg</i>	26
ezetimibe-simvastatin tab	
<i>10-20 mg</i>	26
ezetimibe-simvastatin tab	
<i>10-40 mg</i>	26
ezetimibe-simvastatin tab	
<i>10-80 mg</i>	26
F	
FABRAZYME	47
falmina.....	45
famciclovir.....	14
famotidine	49
famotidine <i>in nacl 0.9% iv</i>	
<i>soln 20 mg/50ml</i>	49
FANAPT	35
FANAPT PAK.....	35
FARXIGA	41
FARYDAK.....	19
FASENRA.....	60
FASENRA PEN.....	60
felbamate	30
felodipine.....	27
femynor	45
fenofibrate	25
fenofibrate micronized....	25
fentanyl.....	9
fentanyl citrate	10
FETZIMA	33
FETZIMA CAP TITRATIO	
.....	33
FIASP FLEX INJ TOUCH	42
FIASP INJ 100/ML.....	42
FIASP PENFIL INJ U-100	
.....	42
FINACEA.....	64
finasteride	51
FINTEPLA.....	30
flac.....	65
FLAREX	58
FLEBOGAMMA DIF	54
flecainide acetate.....	25
FLOVENT DISKUS	61
FLOVENT HFA	61
fluconazole.....	12
fluconazole <i>in nacl 0.9% inj</i>	
<i>200 mg/100ml</i>	12
fluconazole <i>in nacl 0.9% inj</i>	
<i>400 mg/200ml</i>	12
flucytosine	12
fludrocortisone acetate ...	47

flunisolide (nasal).....	61
fluocinolone acetonide....	63
fluocinolone acetonide (otc).....	65
fluocinonide.....	63
fluocinonide emulsified base.....	63
fluorometholone (ophth) .	58
fluorouracil	18
fluorouracil (topical).....	64
fluoxetine hcl.....	33
fluphenazine decanoate.	35
fluphenazine hcl.....	35
flurbiprofen.....	9
flurbiprofen sodium.....	58
flutamide.....	18
fluticasone propionate....	63
fluticasone propionate (nasal).....	61
fluvastatin sodium.....	25
fluvoxamine maleate	29
folic acid.....	58
fondaparinux sodium.....	52
FORTEO	43
FOSAMAX + D TAB 70- 2800.....	43
FOSAMAX + D TAB 70- 5600.....	43
fosamprenavir calcium....	13
fosinopril sodium.....	22
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg.....	22
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg.....	22
FOTIVDA.....	19
FRAGMIN	52
FREAMINE HBC INJ 6.9%	57
FREAMINE III INJ 10%... <td>57</td>	57
frovatriptan succinate.....	38
fulvestrant	18
furosemide.....	28
furosemide inj.....	28
FUZEON	13
fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg	46
fyavolv tab 1mg-5mcg....	46
FYCOMPA.....	30, 31
G	
gabapentin.....	31
galantamine hydrobromide	32
GAMASTAN INJ	54
GAMMAGARD LIQUID ...	54
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH.....	54
GAMMAKED	54
GAMMAPLEX	54
GAMUNEX-C.....	54
ganciclovir sodium	14
GARDASIL 9 INJ.....	55
gatifloxacin (ophth).....	57
GATTEX	50
GAUZE PADS 2	42
gavilyte-c	50
gavilyte-g	50
gavilyte-n/flavor pack.....	50
GAVRETO	19
gemcitabine hcl.....	18
gemfibrozil.....	25
generlac.....	50
genograf.....	55
GENOTROPIN	47
GENOTROPIN MINIQUICK	47
gentak	57
gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml	11
gentamicin in saline inj 1 mg/ml	11
gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml	11
gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml	11
gentamicin in saline inj 2 mg/ml	11
gentamicin sulfate	11
gentamicin sulfate (ophth)	57
gentamicin sulfate (topical)	62
GENVOYA TAB.....	14
gianvi.....	45
GILENYA.....	39
GILOTrif	19
glatiramer acetate	39
glatopa.....	39, 40
glimepiride.....	41
glipizide	41
glipizide xl	41
glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg.....	41
glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg.....	41
glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg.....	41
glycopyrrolate.....	49
glydo	64
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	41
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	41
GOLYTELY SOL.....	50
GRALISE.....	39
granisetron hcl.....	49
griseofulvin microsize....	12
griseofulvin ultramicrosize	12
guanfacine hcl.....	29
guanfacine hcl (adhd)	38
GVOKE HYPOEN 2- PACK.....	47
GVOKE PFS.....	47
H	
HAEGARDA	52
hailey 1.5/30	45
halobetasol propionate ...	63
haloperidol	35
haloperidol decanoate	35
haloperidol lactate	35
HARVONI PAK 33.75- 150MG	15
HARVONI PAK 45-200MG	15
HARVONI TAB 45-200MG	15
HARVONI TAB 90-400MG	15
HAVRIX	55
heather.....	45
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT.....	52
heparin sodium (porcine)52	
heparin sodium (porcine) 100 unit/ml in d5w.....	52

<i>heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol 20000 unit/500ml-5%</i>	52
<i>heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol 25000 unit/500ml-5%</i>	52
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT.....	52
<i>hepatamine</i>	57
HERCEP HYLEC SOL 60-10000.....	19
HERCEPTIN.....	20
HERZUMA.....	20
HETLIOZ.....	38
HIBERIX.....	55
HUMIRA.....	53
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS.....	53
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D.....	53
HUMIRA PEN.....	53
HUMIRA PEN KIT PS/UV	53
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START.....	53
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S	53
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	53
HUMULIN R U-500 (CONCENTR).....	42
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	43
<i>hydralazine hcl</i>	29
<i>hydrochlorothiazide</i>	28
<i>hydrocodone bitartrate</i>	9
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	10
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	10
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	10
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	10
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	10
<i>hydrocortisone</i>	47
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	50
<i>hydrocortisone (rectal)</i>	64
<i>hydrocortisone (topical)</i>	63
<i>hydromorphone hcl</i>	10
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	54
<i>hydroxyurea</i>	18
<i>hydroxyzine hcl</i>	59
<i>hydroxyzine pamoate</i>	59
HYSINGLA ER	9
I	
<i>ibandronate sodium</i>	44
IBRANCE.....	20
<i>ibu</i>	9
<i>ibuprofen</i>	9
<i>icatibant acetate</i>	52
<i>iclevia</i>	45
ICLUSIG	20
IDHIFA	20
ILEVRO.....	58
<i>imatinib mesylate</i>	20
IMBRUVICA	20
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	11
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	11
<i>imipramine hcl</i>	33
<i>imiquimod</i>	64
IMOVA X RABIES (H.D.C.V.)	55
<i>incassia</i>	45
INCRELEX	47
INCRUSE ELLIPTA	59
<i>indapamide</i>	28
INFANRIX INJ.....	55
INGREZZA	39
INGREZZA CAP 40-80MG	39
INLYTA	20
INQOVI TAB 35-100MG .18	18
INREBIC	20
INSULIN SAFETY NEEDLES	43
INSULIN SYRINGES:	
BD/ULTIMED/ALLISON/ TRIVIDIA/MHC	43
INTELENCE	13
INTRALIPID	57
INTRON A	54
<i>introvale</i>	45
INVEGA SUSTENNA35, 36	36
INVEGA TRINZA	36
INVIRASE	13
IPOL INJ INACTIVE	55
<i>ipratropium bromide</i>	59
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	59
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	59
<i>irbesartan</i>	25
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	24
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	24
IRESSA	20
<i>irinotecan hcl</i>	18
ISENTRESS	13
ISENTRESS HD	13
<i>isibloom</i>	45
ISOLYTE-P INJ /D5W	56
ISOLYTE-S INJ	56
<i>isoniazid</i>	14
<i>isosorbide dinitrate</i>	29
<i>isosorbide mononitrate</i>	29
<i>isotretinoin</i>	62
<i>isradipine</i>	27
<i>itraconazole</i>	12
<i>ivermectin</i>	11
IXIARO INJ	55
J	
JAKAFI	20
<i>jantoven</i>	52
JANUMET TAB 50-1000	41
JANUMET TAB 50-500MG	41
JANUMET XR TAB 100-1000	41
JANUMET XR TAB 50-1000	41

JANUMET XR TAB 50-	
500MG.....	41
JANUVIA	41
JARDIANCE	41
jasmiel.....	45
JENTADUETO TAB 2.5-	
1000.....	41
JENTADUETO TAB 2.5-	
500.....	41
JENTADUETO TAB 2.5-	
850.....	41
JENTADUETO TAB XR	
2.5-1000MG.....	41
JENTADUETO TAB XR 5-	
1000MG.....	41
jinteli.....	46
jolessa.....	45
juleber.....	45
JULUCA TAB 50-25MG..	14
junel 1.5/30.....	45
junel 1/20.....	45
junel fe 1.5/30.....	45
junel fe 1/20.....	45
JUXTAPID.....	26
K	
KADCYLA.....	20
KALETRA TAB 100-25MG	
.....	14
KALETRA TAB 200-50MG	
.....	14
KALYDECO.....	60
KANJINTI.....	20
kariva.....	45
kcl 10 meq/l (0.075%) in	
dextrose 5% & nacl	
0.45% inj	56
kcl 20 meq/l (0.15%) in	
dextrose 5% & nacl 0.2%	
inj.....	56
kcl 20 meq/l (0.15%) in	
dextrose 5% & nacl	
0.45% inj	56
kcl 20 meq/l (0.15%) in	
dextrose 5% & nacl 0.9%	
inj.....	56
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl	
0.45% inj	56
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl	
0.9% inj.....	56
kcl 30 meq/l (0.224%) in	
dextrose 5% & nacl	
0.45% inj.....	56
kcl 40 meq/l (0.3%) in	
dextrose 5% & nacl	
0.45% inj.....	56
KCL/D5W/NACL INJ	
0.15/0.2	56
KCL/D5W/NACL INJ	
0.3/0.9%.....	56
kelnor 1/35.....	45
kelnor 1/50.....	45
ketocconazole.....	12
ketocconazole (topical)	62,
63	
ketorolac tromethamine	
(ophth).....	58
KEYTRUDA.....	20
KINRIX INJ.....	55
KISQALI.....	20
KISQALI 200 PAK	
FEMARA.....	18
KISQALI 400 PAK	
FEMARA.....	18
KISQALI 600 PAK	
FEMARA.....	18
klor-con.....	56
klor-con 10.....	56
klor-con 8.....	56
klor-con m10	56
klor-con m15.....	56
klor-con m20.....	56
KORLYM	47
KRISTALOSE	50
kurvelo	45
KYNMOBI.....	34
L	
labetalol hcl.....	27
lactated ringer's solution .	56
lactic acid (ammonium	
lactate)	64
lactulose.....	50
lactulose (encephalopathy)	
.....	50
lamivudine.....	13
lamivudine (hbv).....	15
lamivudine-zidovudine tab	
150-300 mg.....	14
lamotrigine.....	31
lansoprazole.....	51
lapatinib ditosylate.....	20
larin 1.5/30.....	45
larin 1/20	45
larin fe 1.5/30.....	45
larin fe 1/20.....	45
larissia.....	45
LASTACRAFT.....	58
latanoprost.....	58
LATUDA.....	36
leena.....	45
leflunomide	54
LENVIMA 10 MG DAILY	
DOSE.....	20
LENVIMA 12MG DAILY	
DOSE.....	20
LENVIMA 20 MG DAILY	
DOSE.....	20
LENVIMA 4 MG DAILY	
DOSE.....	20
LENVIMA 8 MG DAILY	
DOSE.....	20
LENVIMA CAP 14 MG....	20
LENVIMA CAP 18 MG....	20
LENVIMA CAP 24 MG....	20
lessina	45
letrozole.....	18
leucovorin calcium.....	22
LEUKERAN	17
leuprolide acetate	18
levalbuterol hcl.....	60
levalbuterol tartrate.....	60
LEVEMIR	43
LEVEMIR FLEXTOUCH.	43
levetiracetam	31
levetiracetam in sodium	
chloride iv soln 1000	
mg/100ml	31
levetiracetam in sodium	
chloride iv soln 1500	
mg/100ml	31
levetiracetam in sodium	
chloride iv soln 500	
mg/100ml	31
levobunolol hcl	58
levocarnitine (metabolic	
modifiers)	48
levocetirizine	
dihydrochloride.....	59

<i>levofloxacin</i>	16
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	
<i>250 mg/50ml</i>	16
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	
<i>500 mg/100ml</i>	16
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	
<i>750 mg/150ml</i>	16
<i>levonest</i>	45
<i>levonorgestrel & ethinyl</i>	
<i>estradiol (91-day) tab</i>	
<i>0.15-0.03 mg</i>	45
<i>levonorgestrel & ethinyl</i>	
<i>estradiol tab 0.1 mg-20</i>	
<i>mcg</i>	45
<i>levonorgestrel & ethinyl</i>	
<i>estradiol tab 0.15 mg-30</i>	
<i>mcg</i>	45
<i>levonorgestrel-eth estra tab</i>	
<i>0.05-30/0.075-40/0.125-</i>	
<i>30mg-mcg</i>	45
<i>levora 0.15/30-28</i>	45
<i>levo-t</i>	48
<i>levothyroxine sodium</i>	48
<i>levoxyl</i>	48
<i>LEXIVA</i>	13
<i>lidocaine</i>	64
<i>lidocaine hcl</i>	64
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	
.....	11
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	
.....	65
<i>lidocaine-prilocaine cream</i>	
<i>2.5-2.5%</i>	64
<i>lillow</i>	45
<i>linezolid</i>	11
<i>linezolid in sodium chloride</i>	
<i>iv soln 600 mg/300ml-</i>	
<i>0.9%</i>	11
<i>LINZESS</i>	50
<i>liothyronine sodium</i>	48
<i>lisinopril</i>	22
<i>lisinopril &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-12.5 mg</i>	22
<i>lisinopril &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>20-12.5 mg</i>	22
<i>lisinopril &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>20-25 mg</i>	22
<i>LITHIUM</i>	39
<i>lithium carbonate</i>	39
<i>LIVALO</i>	26
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	45
<i>loestrin 1/20-21</i>	45
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	45
<i>loestrin fe 1/20</i>	45
<i>LOKELMA</i>	44
<i>LONSURF TAB 15-6.14..</i> ..	18
<i>LONSURF TAB 20-8.19..</i> ..	18
<i>loperamide hcl</i>	50
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-</i>	
<i>100 mg/5ml (80-20</i>	
<i>mg/ml)</i>	14
<i>lopreeza</i>	46
<i>lorazepam</i>	29
<i>lorazepam intensol</i>	30
<i>LORBRENA</i>	20
<i>loryna</i>	45
<i>losartan potassium</i>	25
<i>losartan potassium &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>100-12.5 mg</i>	24
<i>losartan potassium &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>50-12.5 mg</i>	24
<i>LOTEMAX</i>	58
<i>lovastatin</i>	26
<i>low-ogestrel</i>	45
<i>loxapine succinate</i>	36
<i>LUMIGAN</i>	58
<i>LUMIZYME</i>	48
<i>LUPRON DEPOT (1-</i>	
<i>MONTH)</i>	18
<i>LUPRON DEPOT (3-</i>	
<i>MONTH)</i>	18
<i>LUPRON DEPOT-PED (1-</i>	
<i>MONTH</i>	48
<i>LUPRON DEPOT-PED (3-</i>	
<i>MONTH</i>	48
<i>Iutera</i>	45
<i>lyeq</i>	45
<i>lyllana</i>	46
LYNPARZA	20
LYRICA CR	39
LYSODREN	18
<i>lyza</i>	45
M	
<i>magnesium sulfate</i>	56
MAGNESIUM SULFATE 56	
<i>magnesium sulfate in</i>	
<i>dextrose 5% iv soln 1</i>	
<i>gm/100ml</i>	56
<i>malathion</i>	64
<i>maprotiline hcl</i>	33
<i>marlissa</i>	45
MARPLAN	33
MATULANE	18
<i>matzim la</i>	27
MAVYRET TAB 100-40MG	
.....	15
<i>meclizine hcl</i>	49
<i>medroxyprogesterone</i>	
<i>acetate</i>	48
<i>medroxyprogesterone</i>	
<i>acetate (contraceptive)</i>	45
<i>mefloquine hcl</i>	13
<i>megestrol acetate</i>	18, 48
<i>megestrol acetate</i>	
<i>(appetite)</i>	48
<i>MEKINIST</i>	20
<i>MEKTOVI</i>	20
<i>meloxicam</i>	9
<i>memantine hcl</i>	32
<i>MENACTRA INJ</i>	55
<i>MENQUADFI INJ</i>	55
<i>MENVEO INJ</i>	55
<i>mercaptopurine</i>	18
<i>meropenem</i>	11
<i>mesalamine</i>	50
<i>mesalamine w/ cleanser</i> .50	
MESNEX	22
<i>metadate er</i>	38
<i>metformin hcl</i>	41
<i>methadone hcl</i>	9
<i>methadone hcl intensol</i>	9
<i>methazolamide</i>	28
<i>methenamine hippurate..</i> 11	
<i>methimazole</i>	48
<i>methotrexate sodium.</i> 18, 54	
<i>methyldopa</i>	29
<i>methylphenidate hcl</i>	38

<i>methylprednisolone</i>	47
<i>methylprednisolone acetate</i>	47
<i>succ.</i>	47
<i>methylprednisolone sod</i>	47
<i>succ.</i>	47
<i>metoclopramide hcl</i>	49
<i>metolazone</i>	28
<i>metoprolol &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>100-25 mg</i>	26
<i>metoprolol &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>100-50 mg</i>	26
<i>metoprolol succinate</i>	27
<i>metoprolol tartrate</i>	27
<i>metronidazole</i>	12
<i>metronidazole (topical)</i> ... <i>metronidazole in nacl</i>	64
<i>0.79% iv soln 500 mg/100ml</i>	12
<i>metronidazole vaginal</i> <i>metyrosine</i>	51
<i>MG SO4/D5W INJ</i>	
<i>10MG/ML</i>	56
<i>micafungin sodium</i>	12
<i>microgestin 1.5/30</i>	45
<i>microgestin 1/20</i>	45
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	45
<i>microgestin fe 1/20</i>	45
<i>midodrine hcl</i>	29
<i>miglustat</i>	48
<i>mili</i>	45
<i>mimvey</i>	46
<i>minitran</i>	29
<i>minocycline hcl</i>	17
<i>minoxidil</i>	29
<i>mirtazapine</i>	33
<i>misoprostol</i>	50
<i>MITIGARE</i>	9
<i>M-M-R II INJ</i>	55
<i>M-NATAL PLUS TAB</i>	56
<i>modafinil</i>	40
<i>moexipril hcl</i>	22
<i>molindone hcl</i>	36
<i>mometasone furoate</i>	63
<i>monodoxine nl</i>	17
<i>MONJUVI</i>	20
<i>mono-linyah</i>	45
<i>montelukast sodium</i>	60
<i>morphine sulfate</i>	9, 10
<i>MORPHINE SULFATE</i>	10
<i>MOVANTIK</i>	50
<i>moxifloxacin hcl</i>	16
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> ..	57
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	16
<i>MOXIFLOXACIN</i>	
<i>HYDROCHLORID</i>	16
<i>MULTAQ</i>	25
<i>mupirocin</i>	62
<i>MVASI</i>	20
<i>mycophenolate mofetil</i>	55
<i>mycophenolate sodium</i> ... <i>myorisan</i>	55
<i>MYRBETRIQ</i>	51
N	
<i>nabumetone</i>	9
<i>nadolol</i>	27
<i>nafcillin sodium</i>	17
<i>NAGLAZYME</i>	48
<i>nalbuphine hcl</i>	10
<i>naloxone hcl</i>	40
<i>naltrexone hcl</i>	40
<i>NAMZARIC CAP 14-10MG</i>	
.....	32
<i>NAMZARIC CAP 21-10MG</i>	
.....	32
<i>NAMZARIC CAP 28-10MG</i>	
.....	32
<i>NAMZARIC CAP 7-10MG</i>	
.....	32
<i>NAMZARIC CAP PACK</i> ..	32
<i>naproxen</i>	9
<i>naproxen sodium</i>	9
<i>naratriptan hcl</i>	39
<i>NARCAN</i>	40
<i>NATACYN</i>	57
<i>nateglinide</i>	42
<i>NATPARA</i>	44
<i>NAYZILAM</i>	31
<i>necon 0.5/35-28</i>	45
<i>nefazodone hcl</i>	33
<i>neomycin sulfate</i>	12
<i>neomycin-bacitrac zn-</i>	
<i>polomyx 5(3.5)mg- 400unt-1000unt op oin</i>	
.....	57
<i>neomycin-polomyx-gramicid</i>	
<i>op sol 1.75-10000- 0.025mg-unt-mg/ml</i>	57
<i>neomycin-polomyxin-</i>	
<i>dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	57
<i>neomycin-polomyxin-</i>	
<i>dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	57
<i>neomycin-polomyxin-hc</i>	
<i>ophth susp</i>	57
<i>neomycin-polomyxin-hc otic</i>	
<i>soln 1%</i>	65
<i>neomycin-polomyxin-hc otic</i>	
<i>susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	65
<i>NERLYNX</i>	20
<i>NEUPRO</i>	34
<i>nevirapine</i>	13
<i>NEXAVAR</i>	20
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	
.....	26
<i>nicardipine hcl</i>	27
<i>NICOTROL INHALER</i>	40
<i>NICOTROL NS</i>	40
<i>nifedipine</i>	27
<i>nikki</i>	45
<i>nilutamide</i>	18
<i>nimodipine</i>	27
<i>NINLARO</i>	20
<i>nisoldipine</i>	27
<i>nitazoxanide</i>	12
<i>nitisinone</i>	48
<i>NITRO-BID</i>	29
<i>NITRO-DUR</i>	29
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	
.....	12
<i>nitrofurantoin monohyd</i>	
<i>macro</i>	12
<i>nitroglycerin</i>	29
<i>nizatidine</i>	49
<i>nora-be</i>	45
<i>norethindrone</i>	
<i>(contraceptive)</i>	45

<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>45	NUBEQA18 NUDEXTA CAP 20-10MG39	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>24
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>45	NULOJIX55	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>24
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>45	NULYTELY SOL LMN/LIME50	<i>olopatadine hcl</i>58 <i>olopatadine hcl (nasal)</i>59
<i>norethindrone acetate</i>48	NUPLAZID.....36	<i>omeprazole</i>51
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>47	NUTRILIPID57	OMNARIS61
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>47	nyamyc.....62	OMNIPOD KIT STARTER43
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>45	nylia 7/7/746	OMNIPOD MIS 5 PACK .43
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>45	NYMALIZE27	<i>ondansetron</i>49
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>45	nymyo.....46	<i>ondansetron hcl</i>49
<i>NORITATE</i>64	nystatin.....12	ONTRUZANT20
<i>norlyroc</i>45	nystatin (mouth-throat)65	ONUREG18
<i>NORPACE CR</i>25	nystatin (topical)62	OPSUMIT29
<i>NORTHERA</i>29	nystop.....62	ORGOVYX.....18
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>45	O	ORKAMBI GRA 100-125 60
<i>nortrel 1/35 (21)</i>45	ocella.....46	ORKAMBI GRA 150-188 60
<i>nortrel 1/35 (28)</i>46	OCTAGAM54	ORKAMBI TAB 100-125. 60
<i>nortrel 7/7/7</i>46	octreotide acetate.....48	ORKAMBI TAB 200-125. 60
<i>nortriptyline hcl</i>33	ODEFSEY TAB14	<i>orsythia</i>46
<i>NORVIR</i>13	ODOMZO20	<i>oseltamivir phosphate</i>15
<i>NOVOLIN INJ 70/30</i>43	OFEV60	OSPHENA48
<i>NOVOLIN INJ 70/30 FP</i> .43	ofloxacin (ophth).....57	<i>oxacillin sodium</i>17
<i>NOVOLIN N</i>43	ofloxacin (otic).....65	<i>oxaliplatin</i>17
<i>NOVOLIN N FLEXPEN</i> ..43	OGIVRI20	<i>oxandrolone</i>40
<i>NOVOLIN R</i>43	OGIVRI INJ 420MG20	<i>oxaprozin</i>9
<i>NOVOLIN R FLEXPEN</i> ..43	olanzapine.....36	<i>oxcarbazepine</i>31
<i>NOVOLOG</i>43	<i>olmesartan medoxomil</i>25	<i>oxybutynin chloride</i>51
<i>NOVOLOG FLEXPEN</i> ...43	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>24	<i>oxycodone hcl</i>10
<i>NOVOLOG MIX INJ 70/30</i>	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>24	<i>oxycodone w/acetaminophen tab 10-325 mg</i>11
.....43	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>24	<i>oxycodone w/acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>10
<i>NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN</i>43	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>24	<i>oxycodone w/acetaminophen tab 5-325 mg</i>11
<i>NOVOLOG PENFILL</i>43	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>24	<i>oxycodone w/acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>11
<i>NOXAFILE</i>12	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>24	OXYTROL51

P	
pacerone	25
paclitaxel.....	19
paliperidone.....	36
pamidronate disodium....	44
PAMIDRONATE DISODIUM.....	44
pantoprazole sodium.....	51
PANZYGA.....	54
paraplatin	17
paricalcitol.....	49
paroex.....	65
paromomycin sulfate.....	12
paroxetine hcl.....	33
PASER	14
PAXIL.....	33
PAZEO	58
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	55
PEDVAX HIB.....	55
peg 3350-kcl-na bicarb- nacl-na sulfate for soln 236 gm.....	50
peg 3350-kcl-sod bicarb- nacl for soln 420 gm	50
PEGANONE	31
PEGASYS.....	15
PEMAZYRE.....	20
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	17
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	17
PEN NEEDLES: NOVO/BD/ULTIMED/OW EN/TRIVIDIA	43
penicillamine.....	44
penicillin g potassium.....	17
PENICILLIN G PROCAINE	17
penicillin g sodium.....	17
penicillin v potassium.....	17
PENTACEL INJ.....	55
pentamidine isethionate inh	12
pentamidine isethionate inj	12
pentoxifylline.....	53
PERFOROMIST.....	60
perindopril erbumine	22
periogard.....	65
permethrin.....	64
perphenazine.....	36
PERSERIS.....	36
pfizerpen.....	17
phenelzine sulfate	33
phenobarbital.....	31
phenobarbital sodium.....	31
PHENYTEK.....	31
phenytoin.....	31
phenytoin sodium.....	31
phenytoin sodium extended	31
PHESGO SOL	20
philith.....	46
phytonadione	58
PICATO	64
PIFELTRO	13
pilocarpine hcl.....	58
pilocarpine hcl (oral)	65
pimozide	36
pimtrea	46
pindolol.....	27
pioglitazone hcl.....	42
piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3- 0.375 gm)	17
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12- 1.5 gm).....	17
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2- 0.25 gm).....	17
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)	17
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36- 4.5 gm).....	17
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	20
PIQRAY 250MG TAB DOSE	20
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	21
pirmella 1/35	46
piroxicam	9
PLASMA-LYTE INJ -148.56	
PLASMA-LYTE INJ -A.....	56
plenamine.....	57
PLENUV SOL.....	50
PNV FOLIC AC TAB + IRON	56
podofilox.....	64
polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml- 0.1%.....	57
POMALYST	18
portia-28	46
posaconazole.....	12
POT CHL/NACL INJ 20MEQ/L	56
POT CHL/NACL INJ 40MEQ/L	56
potassium chloride.....	56
POTASSIUM CHLORIDE	56
potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj.....	56
potassium chloride microencapsulated crystals er.....	56
potassium citrate (alkalinizer)	51
PRADAXA.....	52
PRALUENT.....	26
pramipexole dihydrochloride.....	34, 35
prasugrel hcl.....	53
pravastatin sodium	26
praziquantel.....	12
prazosin hcl.....	23
prednisolone.....	47
prednisolone acetate (ophth)	58
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP.....	58
prednisolone sodium phosphate	47
prednisone.....	47
PREDNISONE INTENSOL	47
pregabalin.....	31
pregabalin (once-daily)...	39
PREMASOL SOL 10% ...	57
PRENATAL TAB 27-1MG	56
PRENATAL TAB PLUS ..	56

PRENATAL VIT TAB LOW	
IRON	56
prevelite.....	26
previfem.....	46
PREZCOBIX TAB 800-150	
.....	14
PREZISTA	13
PRIFTIN	14
PRILOSEC.....	51
primaquine phosphate....	13
PRIMAQUINE	
PHOSPHATE	13
primidone.....	31
PRIVIGEN.....	54
probenecid.....	9
PROCALAMINE INJ 3%.	57
prochlorperazine.....	49
prochlorperazine edisylate	
.....	49
prochlorperazine maleate	
.....	49
PROCERIT.....	52
procto-med hc	64
procto-pak	64
proctosol hc	64
protozone-hc.....	64
PROGRAF.....	55
PROLASTIN-C	60
PROLENSA.....	58
PROLIA	44
PROMACTA	53
promethazine hcl	49
propafenone hcl	25
proparacaine hcl	58
propranolol &	
hydrochlorothiazide tab	
40-25 mg.....	26
propranolol &	
hydrochlorothiazide tab	
80-25 mg.....	26
propranolol hcl.....	27
propylthiouracil.....	48
PROQUAD INJ.....	55
PROSOL INJ 20%	57
protriptyline hcl.....	33
PULMICORT FLEXHALER	
.....	61
PULMOZYME.....	60
PURIXAN	18
pyrazinamide.....	14
pyridostigmine bromide...39	
Q	
QINLOCK	21
QUADRACEL INJ	55
quetiapine fumarate.....	36
quinapril hcl.....	22
quinapril-	
hydrochlorothiazide tab	
10-12.5 mg	22
quinapril-	
hydrochlorothiazide tab	
20-12.5 mg	22
quinapril-	
hydrochlorothiazide tab	
20-25 mg	22
quinidine sulfate	25
quinine sulfate.....	13
R	
RABAVERT INJ.....	55
rabeprazole sodium	51
raloxifene hcl.....	48
ramipril	22
ranolazine.....	29
rasagiline mesylate.....	35
RAYALDEE	49
reclipsen	46
RECOMBIVAX HB	55
RECTIV.....	64
REGRANEX.....	64
RELENZA DISKHALER ..	15
RELISTOR	50
REMICADE	53
RENFLEXIS	53
repaglinide.....	42
RESTASIS.....	58
RESTASIS MULTIDOSE	58
RETEVMO.....	21
REVLIMID	18
REXULTI	36
REYATAZ.....	13
RHOPRESSA	58
RIABNI.....	21
ribavirin (hepatitis c).....	15
rifabutin	14
rifampin.....	14
riluzole.....	39
rimantadine hydrochloride	
.....	15
RINVOQ	53
risedronate sodium.....	44
RISPERDAL CONSTA ...	36
risperidone.....	36
ritonavir.....	13
RITUXAN	21
RITUXAN INJ HYCELA..	21
rivastigmine.....	32
rivastigmine tartrate ..	32, 33
rizatriptan benzoate.....	39
ropinirole hydrochloride ..	35
rosadan	64
rosuvastatin calcium.....	26
ROTARIX SUS.....	55
ROTATEQ SOL	55
roweepra	31
ROZLYTREK.....	21
RUBRACA	21
rufinamide	31
RUKOBIA.....	13
RUXIENCE	21
RYBELSUS.....	42
RYDAPT.....	21
S	
SANCUSO	49
SANDIMMUNE.....	55
SANTYL	64
sapropterin dihydrochloride	
.....	48
SAVELLA	39
SAVELLA MIS TITR PAK	
.....	39
scopolamine	49
SECUADO	36
selegiline hcl.....	35
selenium sulfide	63
SELZENTRY	13
SEREVENT DISKUS	60
sertraline hcl	33
setlakin	46
sevelamer carbonate.....	48
sharobel	46
SHINGRIX.....	55
SIGNIFOR	48
sildenafil citrate	61
sildenafil citrate (pulmonary	
hypertension).....	29
silodosin	51
silver sulfadiazine	62

SIMBRINZA SUS 1-0.2%58	
simliya.....	46
simvastatin.....	26
sirolimus.....	55
SIRTURO.....	14
SIVEXTRO.....	12
SKYRIZI	53
SKYRIZI PEN.....	53
sodium chloride.....	56
sodium chloride (gu irrigant)	64
sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln ..	56
sodium phenylbutyrate....	48
sodium polystyrene	
sulfonate powder	44
solifenacin succinate.....	51
SOLIQUA INJ 100/33.....	43
SOLTAMOX.....	18
SOLU-CORTEF	47
SOMATULINE DEPOT ...	48
SOMAVERT	48
sorine.....	25
sotalol hcl.....	25
sotalol hcl (afib/afl).....	25
spironolactone.....	23
spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg.....	28
sprintec 28	46
SPRITAM	31
SPRYCEL.....	21
sps.....	44
sronyx.....	46
ssd.....	62
stavudine.....	13
STELARA.....	53, 54
STIMATE.....	48
STIVARGA.....	21
streptomycin sulfate	12
STRIBILD TAB	14
subvenite.....	31
sucralfate.....	50
sulfacetamide sodium (acne).....	62
sulfacetamide sodium (ophth)	57
sulfacetamide sodium- prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%.....	57
SULFADIAZINE.....	12
sulfamethoxazole- trimethoprim iv soln 400- 80 mg/5ml.....	12
sulfamethoxazole- trimethoprim susp 200-40 mg/5ml	12
sulfamethoxazole- trimethoprim tab 400-80 mg.....	12
SULFAMYLYON	62
sulfasalazine.....	50
sulindac.....	9
sumatriptan	39
sumatriptan succinate	39
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	50
SUTENT	21
syeda.....	46
SYMBICORT AER 160-4.5	61
SYMBICORT AER 80-4.5	61
SYMDEKO TAB 100-15060	
SYMDEKO TAB 50-75MG	60
SYMJEPI	61
SYMPAZAN	31
SYMTUZA TAB	14
SYNAREL.....	46
SYNERCID INJ 500MG ..	12
SYNJARDY TAB 12.5- 1000MG	42
SYNJARDY TAB 12.5-500	42
SYNJARDY TAB 5- 1000MG	42
SYNJARDY TAB 5-500MG	42
SYNJARDY XR TAB 10- 1000	42
SYNJARDY XR TAB 12.5- 1000MG	42
SYNJARDY XR TAB 25- 1000.....	42
SYNJARDY XR TAB 5- 1000MG.....	42
SYNRIBO	19
SYNTHROID	49
T	
TABLOID	18
TABRECTA.....	21
tacrolimus.....	55
tacrolimus (topical)	64
tadalafil.....	61
TAFINLAR.....	21
TAGRISSO	21
TALTZ	54
TALZENNA	21
tamoxifen citrate.....	18
tamsulosin hd.....	51
TARGETIN	64
tarina fe 1/20 eq.....	46
TASIGNA	21
tazarotene	63
tazicef	15
TAZORAC	63
taztia xt	27
TAZVERIK	21
TDVAX INJ 2-2 LF	55
TECENTRIQ.....	21
TEFLARO	15
telmisartan	25
telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg.....	24
telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg	24
telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg	24
telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg	24
telmisartan- hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg.....	24
telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg.....	24
telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80-25 mg	24
temazepam.....	38
TEMIXYS TAB 300-300..	14

TENIVAC INJ 5-2LF	55
tenofovir disoproxil fumarate.....	13
TEPMETKO	21
terazosin hcl	23
terbinafine hcl.....	12
terbutaline sulfate	60
terconazole vaginal	51
testosterone	40
testosterone cypionate....	40
testosterone enanthate ...	41
tetrabenazine.....	39
tetracycline hcl	17
THALOMID	18
THEO-24	61
theophylline.....	61
thioridazine hcl.....	36
thiothixene.....	36
tiadylt er.....	27
tiagabine hcl	32
TIBSOVO	21
tigecycline.....	17
TIGECYCLINE	17
tilia fe	46
timolol maleate.....	27
timolol maleate (ophth) ...	58
timolol maleate (ophth) once-daily.....	58
TIVICAY	13
TIVICAY PD.....	13
tizanidine hcl.....	40
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	57
TOBRADEX ST SUS 0.3- 0.05	57
tobramycin.....	12
tobramycin (ophth).....	57
tobramycin sulfate	12
tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1% ...	57
tolterodine tartrate	51
topiramate.....	32
toposar.....	19
toremifene citrate	18
torsemide	28
TOVIAZ	51
TPN ELECTROL INJ.....	56
TRADJENTA	42
tramadol hcl.....	11
tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg	11
trandolapril.....	23
tranexamic acid	53
tranylcypromine sulfate ...	33
TRAVASOL INJ 10%.....	57
TRAZIMERA	21
trazodone hcl	34
TRECATOR	14
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	59
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	59
TRELSTAR MIXJECT	18
treprostинil.....	29
TRESIBA	43
TRESIBA FLEXTOUCH..	43
tretinoin	62
tretinoin (chemotherapy).19	
TREXALL.....	54
triамcinolone acetonide (mouth).....	65
triамcinolone acetonide (topical).....	63
triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg	28
triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg	28
triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg	28
TRICARE TAB PRENATAL	56
triderm.....	63
trientine hcl.....	44
tri-estarrylla.....	46
trifluoperazine hcl.....	37
trifluridine.....	57
trihexyphenidyl hcl	35
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG ...	42
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	42
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG ...	42
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG... 42	
TRIKAFTA TAB.....	61
tri-legest fe	46
tri-linyah.....	46
tri-lo-estarrylla.....	46
tri-lo-marzia.....	46
tri-lo-mili.....	46
tri-lo-sprintec.....	46
trilyte	50
trimethoprim.....	12
tri-mili.....	46
trimipramine maleate.....	34
TRINTELLIX	34
tri-nymyo	46
tri-previfem	46
tri-sprintec	46
TRIUMEQ TAB.....	14
trivora-28.....	46
tri-vylibra	46
tri-vylibra lo	46
TROGARZO	13
TROPHAMINE INJ 10%.57	
trospium chloride	51
TRULANCE	50
TRULICITY	42
TRUMENBA INJ	55
TRUXIMA	21
TUKYSA.....	21
tulana.....	46
TURALIO.....	21
TWINRIX INJ	55
TYBOST	13
TYMLOS	44
TYPHIM VI	55
U	
UBRELVY	39
UKONIQ	21
unithroid.....	49
ursodiol.....	50
V	
valacyclovir hcl.....	15
VALCHLOR	64
valganciclovir hcl.....	15
valproate sodium	32
valproic acid.....	32
valsartan.....	25

valsartan-	
hydrochlorothiazide tab	
160-12.5 mg	24
valsartan-	
hydrochlorothiazide tab	
160-25 mg.....	24
valsartan-	
hydrochlorothiazide tab	
320-12.5 mg	24
valsartan-	
hydrochlorothiazide tab	
320-25 mg.....	24
valsartan-	
hydrochlorothiazide tab	
80-12.5 mg.....	24
VALTOCO.....	32
vancomycin hcl.....	12
VANCOMYCIN INJ 1 GM	12
VANCOMYCIN INJ 500MG	
.....	12
VANCOMYCIN INJ 750MG	
.....	12
vandazole.....	51
VAQTA	55
VARIVAX.....	55
VASCEPA.....	26
VELCADE	21
velvet.....	46
VELTASSA.....	44
VEMLIDY	15
VENCLEXTA.....	21
VENCLEXTA TAB START	
PK.....	21
venlafaxine hcl	34
VENTAVIS.....	29
VENTOLIN HFA.....	60
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	
.....	60
verapamil hcl	27
VERSACLOZ.....	37
VERZENIO	21
vestura.....	46
V-GO 20 KIT.....	43
V-GO 30 KIT.....	43
V-GO 40 KIT.....	43
VICTOZA.....	42
vienna	46
vigabatrin.....	32
vigadrone.....	32
VIIBRYD	34
VIIBRYD KIT STARTER	.34
VIMPAT	32
vincristine sulfate.....	19
vinorelbine tartrate	19
viorele.....	46
VIRACEPT	13
VIREAD	13
VITRAKVI	21
VIVITROL	40
VIZIMPRO	21
voriconazole.....	12
VOSEVI TAB.....	15
VOTRIENT	21
VRAYLAR.....	37
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	37
vyfemla.....	46
vylibra.....	46
VYVANSE	38
VYZULTA	58
W	
warfarin sodium	52
water for irrigation, sterile	
irrigation soln.....	64
wera.....	46
X	
XALKORI.....	21
XARELTO	52
XARELTO STAR TAB	
15/20MG	52
XATMEP	54
XCOPRI.....	32
XCOPRI PAK 100-150....	32
XCOPRI PAK 12.5-25	32
XCOPRI PAK 150-200MG	
(MAINTENANCE).....	32
XCOPRI PAK 150-200MG	
(TITRATION).....	32
XCOPRI PAK 50-100MG	32
XCOPRI PAK 50-200MG	32
XELJANZ.....	54
XELJANZ XR	54
XGEVA.....	44
XIFAXAN	50
XIGDUO XR TAB 10-1000	
.....	42
XIGDUO XR TAB 10-	
500MG	42
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	
.....	42
XIGDUO XR TAB 5-	
1000MG.....	42
XIGDUO XR TAB 5-500MG	
.....	42
IIDRA.....	58
XOLAIR	61
XOSPATA	21
XPOVIO 100 MG ONCE	
WEEKLY	21
XPOVIO 40 MG ONCE	
WEEKLY	21
XPOVIO 40 MG TWICE	
WEEKLY	21
XPOVIO 60 MG ONCE	
WEEKLY	21
XPOVIO 60 MG TWICE	
WEEKLY	21
XPOVIO 80 MG ONCE	
WEEKLY	21
XPOVIO 80 MG TWICE	
WEEKLY	21
XTANDI	18
xulane.....	46
XULTOPHY INJ 100/3.6.	43
XYREM.....	40
Y	
YF-VAX INJ	55
yuvafem.....	47
Z	
zafemy.....	46
zafirlukast.....	60
zarah.....	46
ZARXIO.....	52
ZEJULA.....	21
ZELBORAF.....	21
ZEMAIRA	61
zenatane	62
ZENPEP CAP 10000UNT	
.....	50
ZENPEP CAP 15000UNT	
.....	51
ZENPEP CAP 20000UNT	
.....	51
ZENPEP CAP 25000	51
ZENPEP CAP 3000UNIT50	
ZENPEP CAP 40000	51
ZENPEP CAP 5000UNIT50	

ZERVIATE	58	<i>zolmitriptan</i>	39	ZYDELIG.....	21
<i>zidovudine</i>	13	<i>zolpidem tartrate</i>	38	ZYKADIA.....	22
<i>ziprasidone hcl</i>	37	<i>zonisamide</i>	32	ZYLET SUS 0.5-0.3%	57
<i>ziprasidone mesylate</i>	37	ZORTRESS.....	55	ZYPITAMAG.....	26
ZIRABEV.....	21	ZOSTAVAX.....	55	ZYPREXA RELPREVV... ..	37
ZIRGAN.....	57	<i>zovia 1/35e</i>	46	ZYTIGA	18
<i>zoledronic acid</i>	44	<i>zumandimine</i>	46		
ZOLINZA.....	21	ZYCLARA PUMP	64		

Este formulario resumido se actualizó el 08/01/2021. 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