

# AvMed Medicare Formulario para 2022 Lista de medicamentos cubiertos

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

HPMS Approved Formulary File Submission  
ID, 00022049 Version Number 7  
H1016\_PH262SP-092021\_C

Este formulario resumido se actualizó el 01/01/2022. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed Medicare al 1-800-782- 8633 desde el 1ro de octubre al 31 de marzo: 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre: 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, y 9:00 am a 1:00 pm los sábados (para los usuarios de TTY, 711, los 7 días a la semana y las 24 horas del día) o visite [www.avmed.org](http://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 01/01/2022. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

### **¿Qué es el Formulario de AvMed Medicare?**

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

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

### **¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?**

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

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

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

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

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

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

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

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

### ¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

## **Afección médica**

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

## **Listado alfabético**

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 67. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## **¿Qué son los medicamentos genéricos?**

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

## **¿Hay alguna restricción en mi cobertura?**

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

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

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

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

Puede pedirle a AvMed Medicare que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de AvMed Medicare?” en la página 6 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si cambia de tratamiento varias veces en el mismo mes, es posible que tenga que solicitar una excepción o una autorización previa para continuar con la cobertura de su medicamento. Consulte la sección "¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de AvMed Medicare?" en la página 6.

## **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 67.

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

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

## **Lista de Abreviaturas y Su Significado:**

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

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

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

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

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

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

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

## AvMed Medicare efectivo 01/01/2022

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>ANALGÉSICOS</b>		
<b>GOTA</b>		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	2	GC
<i>colchicine</i> TABS .6mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>colchicine w/ probenecid tab</i> 0.5-500 mg	3	
<i>febuxostat</i> TABS 40mg, 80mg	4	PA
MITIGARE CAPS .6mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<i>probenecid</i> TABS 500mg	3	
<b>ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS</b>		
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg QL (240 caps / 30 días)	3	QL
<i>celecoxib</i> CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL
<i>celecoxib</i> CAPS 200mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg	3	
<i>diclofenac sodium</i> TBEC 25mg, 50mg, 75mg	2	GC
<i>diclofenac w/ misoprostol tab</i> <i>delayed release 50-0.2 mg</i>	4	
<i>diclofenac w/ misoprostol tab</i> <i>delayed release 75-0.2 mg</i>	4	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	3	
<i>ec-naproxen</i> TBEC 375mg QL (120 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>ec-naproxen</i> TBEC 500mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	3	

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

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

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen</i> tab 2.5-325 mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen</i> tab 5-325 mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen</i> tab 7.5-325 mg QL (240 tabs / 30 días)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen</i> tab 10-325 mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg QL (240 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>tramadol-acetaminophen</i> tab 37.5-325 mg QL (240 tabs / 30 días)	3	QL
<b>ANESTÉSICOS</b>		
<b>ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	3	B/D
<b>CONTRA INFECCIONES</b>		
<b>CONTRA INFECCIONES, VARIOS</b>		
<i>albendazole</i> TABS 200mg	5	
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	4	
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	4	
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
CAYSTON SOLR 75mg	5	LA PA
<i>clindamycin hcl</i> CAPS 75mg, 150mg, 300mg	2	GC
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> SOLR 75mg/5ml	4	
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	3	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	4	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	4	
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	4	
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	3	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	5	
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	5	
EMVERM CHEW 100mg QL (12 tabs / año)	5	QL
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	4	
<i>gentamicin in saline inj</i> 0.8 mg/ml	3	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1 mg/ml	3	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.2 mg/ml	3	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.6 mg/ml	3	
<i>gentamicin in saline inj</i> 2 mg/ml	3	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	3	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 250 mg	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 500 mg	4	
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	3	
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	4	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml QL (1800 mL / 30 días)	5	QL
<i>linezolid</i> TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>linezolid in sodium chloride iv soln</i> 600 mg/300ml-0.9%	4	

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada      ST - Terapia Escalonada      B/D 12  
- 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>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	4	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	4	
<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	1	GC
<i>metronidazole in nacl 0.79%</i> <i>iv soln 500 mg/100ml</i>	3	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	2	GC
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg QL (6 tabs / 30 días)	5	QL
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	3	
<i>paromomycin sulfate</i> CAPS 250mg	4	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	4	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	4	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	4	
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	5	
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	4	
SULFADIAZINE TABS 500mg	4	
<i>sulfamethoxazole-</i> <i>trimethoprim iv soln 400-80</i> <i>mg/5ml</i>	4	
<i>sulfamethoxazole-</i> <i>trimethoprim susp 200-40</i> <i>mg/5ml</i>	3	
<i>sulfamethoxazole-</i> <i>trimethoprim tab 400-80 mg</i>	1	GC
<i>sulfamethoxazole-</i> <i>trimethoprim tab 800-160 mg</i>	1	GC
SYNERCID INJ 500MG	5	
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	5	PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	2	GC
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg QL (80 caps / 180 días)	4	QL
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg QL (160 caps / 180 días)	4	QL
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	4	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	4	
VANCOMYCIN INJ 500MG	4	
VANCOMYCIN INJ 750MG	4	
<b>FUNGICIDAS</b>		
ABELCET SUSP 5mg/ml	4	B/D
AMBISOME SUSR 50mg	5	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	4	B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	4	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 200mg	3	
<i>fluconazole</i> TABS 150mg	2	GC
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	3	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	3	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	5	PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	4	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	4	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	3	PA
<i>miconazole sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	5	
NOXAFIL SUSP 40mg/ml QL (630 mL / 30 días)	5	QL PA
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	3	
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg QL (93 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg QL (90 tabs / año)	1	GC QL
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg; SUSR 40mg/ml	5	PA

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>voriconazole</i> TABS 50mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>voriconazole</i> TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL PA
<b>ANTIPALÚDICOS</b>		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 62.5-25 mg	4	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg	4	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	4	
COARTEM TAB 20-120MG	4	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	3	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	3	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	3	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	4	PA
<b>AGENTES ANTIRRETROVIRALES</b>		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml	4	
<i>abacavir sulfate</i> TABS 300mg	3	
APTIVUS CAPS 250mg	5	
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	4	
EDURANT TABS 25mg	5	
<i>efavirenz</i> CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	4	
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	3	
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	4	
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	5	
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	5	
FUZEON SOLR 90mg	5	
INTELENCE TABS 25mg	4	
INVIRASE TABS 500mg	5	
ISENTRESS CHEW 25mg; PACK 100mg	3	
ISENTRESS CHEW 100mg; TABS 400mg	5	
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3	
LEXIVA SUSP 50mg/ml	4	
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TB24 100mg, 400mg	4	
<i>nevirapine</i> TABS 200mg	2	GC
NORVIR PACK 100mg; SOLN 80mg/ml	4	
PIFELTRO TABS 100mg	5	
PREZISTA SUSP 100mg/ml QL (400 mL / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 75mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL
PREZISTA TABS 150mg QL (240 tabs / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 800mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
REYATAZ PACK 50mg	5	
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	3	
RUKOBIA TB12 600mg	5	
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg, 150mg, 300mg	5	
SELZENTRY TABS 25mg	3	
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	3	
TIVICAY TABS 10mg	3	
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	5	
TIVICAY PD TBSO 5mg	3	
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	LA
TYBOST TABS 150mg	3	
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	4	
<i>zidovudine</i> TABS 300mg	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>AGENTES ANTIRRETROVIRALES MIXTOS</b>		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	3	
<i>abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg</i>	5	
BIKTARVY TAB	5	
CIMDUO TAB 300-300	5	
COMPLERA TAB	5	
DELSTRIGO TAB	5	
DESCOVY TAB 200/25MG	5	
DOVATO TAB 50-300MG	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> QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
EVOTAZ TAB 300-150	5	
GENVOYA TAB	5	
JULUCA TAB 50-25MG	5	
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	4	
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	4	
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	5	
ODEFSEY TAB	5	
PREZCOBIX TAB 800-150	5	
STRIBILD TAB	5	
SYMTUZA TAB	5	
TEMIXYS TAB 300-300	5	
TRIUMEQ TAB	5	
<b>AGENTES ANTITUBERCULOSOS</b>		
<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
PASER PACK 4gm	4	
PRIFTIN TABS 150mg	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	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	5	LA PA
TRECTOR TABS 250mg	4	
<b>ANTIVIRALES</b>		
<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	
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	5	
<i>entecavir TABS .5mg, 1mg</i>	4	
EPCLUSA TAB 200-50MG	5	PA
EPCLUSA TAB 400-100	5	PA
EPIVIR HBV SOLN 5mg/ml	4	
<i>famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg</i>	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	4	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	5	PA
HARVONI PAK 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 90-400MG	5	PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	4	
MAVYRET TAB 100-40MG	5	PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	3	QL
QL (168 caps / año)		
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	3	QL
QL (84 caps / año)		
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	3	QL
QL (1080 mL / año)		
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	5	PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	5	QL PA
QL (28 tabs / 28 días)		
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	3	QL
QL (6 inhaladores / año)		
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg	3	
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> TABS 200mg	4	
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	4	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	3	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	5	
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	3	
VEMLIDY TABS 25mg	5	PA
VOSEVI TAB	5	PA
<b>CEFALOSPORINAS</b>		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>cefaclor</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml	4	
CEFACLOR ER TB12 500mg	4	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg	2	GC
<i>cefadroxil</i> SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	3	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 10gm, 500mg	3	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg	2	GC
<i>cefdinir</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>cefixime</i> SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	4	
<i>cefroxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> TABS 100mg, 200mg	3	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	3	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	4	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	3	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 7.5gm, 750mg	3	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg	1	GC
<i>cephalexin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	

**PA** - Autorización Previa      **QL** - Cantidad Limitada      **ST** - Terapia Escalonada      **B/D** 16  
- 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>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5	
<b>ERITROMICINAS / MACRÓLIDOS</b>		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	3	
<i>azithromycin</i> TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	GC
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	4	
<i>clarithromycin</i> TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	3	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	5	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	5	
<i>erythrocin stearate</i> TABS 250mg	4	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	4	
<b>FLUOROQUINOLONAS</b>		
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
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>levofloxacin</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 250 mg/50ml	3	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 500 mg/100ml	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 750 mg/150ml	3	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	4	
<b>PENICILINAS</b>		
<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 &amp; k clavulanate chew tab</i> 200-28.5 mg	4	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate chew tab</i> 400-57 mg	4	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp</i> 200-28.5 mg/5ml	3	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp</i> 250-62.5 mg/5ml	4	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp</i> 400-57 mg/5ml	3	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp</i> 600-42.9 mg/5ml	3	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab</i> 250-125 mg	3	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab</i> 500-125 mg	2	GC
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab</i> 875-125 mg	2	GC
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab er</i> 12hr 1000-62.5 mg	4	
<i>ampicillin</i> CAPS 500mg	2	GC
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj</i> 1.5 (1-0.5) gm	4	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj</i> 3 (2-1) gm	4	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln</i> 1.5 (1-0.5) gm	4	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln</i> 3 (2-1) gm	4	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln</i> 15 (10-5) gm	4	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ampicillin sodium</i> SOLR 1gm, 4 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg		
BICILLIN L-A SUSP	4	
600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml		
<i>dicloxacillin sodium</i> CAPS	3	
250mg, 500mg		
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 1gm,	4	
2gm		
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 10gm	5	
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 1gm,	4	
2gm, 10gm		
PEN GK/DEXTR INJ	4	
40000/ML		
PEN GK/DEXTR INJ	4	
60000/ML		
<i>penicillin g potassium</i> SOLR	4	
5000000unit, 20000000unit		
PENICILLIN G PROCAINE	4	
SUSP 600000unit/ml		
<i>penicillin g sodium</i> SOLR	4	
5000000unit		
<i>penicillin v potassium</i> SOLR	2	GC
125mg/5ml, 250mg/5ml		
<i>penicillin v potassium</i> TABS	1	GC
250mg, 500mg		
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit,	4	
20000000unit		
<i>piperacillin sod-tazobactam na</i>	4	
<i>for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>		
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	4	
<i>sod for inj 2.25 gm (2-0.25</i>		
<i>gm)</i>		
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	4	
<i>sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>		
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	4	
<i>sod for inj 13.5 gm (12-1.5</i>		
<i>gm)</i>		
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	4	
<i>sod for inj 40.5 gm (36-4.5</i>		
<i>gm)</i>		

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>TETRACICLINAS</b>		
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	4	
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	2	GC
CAPS 50mg, 100mg		
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	3	
TABS 50mg, 75mg, 100mg		
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS	3	
50mg, 100mg; TABS 20mg, 100mg		
<i>doxycycline hyclate</i> SOLR	4	
100mg		
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg,	3	
75mg, 100mg		
<i>mondoxyne nl</i> CAPS 100mg	2	GC
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg,	4	PA
500mg		
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	4	
TIGECYCLINE SOLR 50mg	5	
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSICOS</b>		
<b>AGENTES ALQUILANTES</b>		
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	5	B/D
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml,	3	B/D
150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml		
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml,	3	B/D
100mg/100ml, 200mg/200ml		
<i>cyclophosphamide</i> CAPS	3	B/D
25mg, 50mg		
CYCLOPHOSPHAMIDE	5	B/D
SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml		
<i>cyclophosphamide</i> SOLR	5	B/D
1gm, 2gm, 500mg		
CYCLOPHOSPHAMIDE	4	B/D
TABS 25mg, 50mg		
LEUKERAN TABS 2mg	4	
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml,	4	B/D
100mg/20ml, 200mg/40ml		
<i>oxaliplatin</i> SOLR 50mg,	5	B/D
100mg		
<i>paraplatin</i> SOLN	3	B/D
1000mg/100ml		
<b>ANTIBIÓTICOS</b>		
<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      ST - Terapia Escalonada      B/D 18  
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente      LA - Disponibilidad Limitada  
ED - Medicamento Excluido      GC - Cobertura de Brecha      SI - Selectas Insulinas. No se  
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).  
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa  
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	5	B/D
<i>epirubicin hcl</i> SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	4	B/D
<b>ANTIMETABOLITOS</b>		
ALIMTA SOLR 100mg, 500mg	5	B/D
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	5	B/D
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	3	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	3	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	4	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	5	LA PA
LONSURF TAB 15-6.14	5	PA
LONSURF TAB 20-8.19	5	PA
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	3	
<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	
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES</b>		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg, 500mg	5	PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	2	GC
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	2	GC
EMCYT CAPS 140mg	5	
ERLEADA TABS 60mg	5	LA PA
<i>exemestane</i> TABS 25mg	4	
<i>flutamide</i> CAPS 125mg	3	
<i>fulvestrant</i> SOLN 250mg/5ml	5	B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	2	GC
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	4	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	PA
LYSODREN TABS 500mg	5	
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	3	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	5	
NUBEQA TABS 300mg	5	LA PA
ORGOVYX TABS 120mg	5	LA PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	GC
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	5	
TRELSTAR MIXJECT 3.75mg, 11.25mg	5	PA
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	5	LA PA
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
POMALYST CAPS 1mg, 2mg QL (21 caps / 21 días)	5	QL LA PA
POMALYST CAPS 3mg, 4mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
THALOMID CAPS 50mg, 100mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg QL (56 caps / 28 días)	5	QL PA
<b>VARIOS</b>		
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	5	PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	2	GC
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	4	B/D
KISQALI 200 PAK FEMARA QL (49 tabs / 28 días)	5	QL PA

**PA** - Autorización Previa      **QL** - Cantidad Limitada      **ST** - Terapia Escalonada      **B/D** 19  
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente      **LA** - Disponibilidad Limitada  
**ED** - Medicamento Excluido      **GC** - Cobertura de Brecha      **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).  
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
KISQALI 400 PAK FEMARA QL (70 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 600 PAK FEMARA QL (91 tabs / 28 días)	5	QL PA
MATULANE CAPS 50mg	5	LA
SYNRIBO SOLR 3.5mg	5	PA
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	5	
<b>INHIBIDORES MITÓTICOS</b>		
ABRAXANE INJ 100MG	5	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	4	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
<i>etoposide</i> SOLN 100mg/5ml, 500mg/25ml	3	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 30mg/5ml, 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D
<i>toposar</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml	3	B/D
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	2	GC B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	4	B/D
<b>AGENTES MOLECULARES OBJETIVO</b>		
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ALUNBRIG PAK	5	LA PA
AVASTIN SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
BALVERSA TABS 3mg, 4mg, 5mg	5	LA PA
BORTEZOMIB SOLR 3.5mg	5	PA
BOSULIF TABS 100mg, 400mg, 500mg	5	PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	5	LA PA
BRUKINSA CAPS 80mg	5	LA PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
CALQUENCE CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
CAPRELSA TABS 100mg, 300mg	5	LA PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	5	LA PA
COMETRIQ KIT 100MG	5	LA PA
COMETRIQ KIT 140MG	5	LA PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	5	LA PA
COTELLIC TABS 20mg	5	LA PA
DAURISMO TABS 25mg, 100mg	5	LA PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	5	LA PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg 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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	5	LA PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	5	PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
ICLUSIG TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
ICLUSIG TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
IMBRUVICA CAPS 70mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg, 560mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INLYTA TABS 1mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INLYTA TABS 5mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INREBIC CAPS 100mg	5	LA PA
IRESSA TABS 250mg	5	LA PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg QL (21 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg QL (42 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg QL (63 tabs / 28 días)	5	QL PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	5	PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA CAP 14 MG QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA CAP 18 MG QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA CAP 24 MG QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LORBRENA TABS 25mg, 100mg	5	LA PA
LUMAKRAS TABS 120mg	5	LA PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
MEKINIST TABS .5mg, 2mg	5	LA PA
MEKTOVI TABS 15mg	5	LA PA
MONJUVI SOLR 200mg	5	LA PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA
NERLYNX TABS 40mg	5	LA PA
NEXAVAR TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg QL (3 caps / 28 días)	5	QL PA
ODOMZO CAPS 200mg	5	LA PA
OGIVRI SOLR 150mg	5	PA
OGIVRI INJ 420MG	5	PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	5	LA PA
PHESGO SOL	5	LA PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	5	PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	5	PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	5	PA
QINLOCK TABS 50mg	5	LA PA
RETEVMO CAPS 40mg, 80mg	5	LA PA
RIABNI SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	LA PA
RITUXAN SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	LA PA
RITUXAN INJ HYCELA	5	LA PA
ROZLYTREK CAPS 100mg, 200mg	5	LA PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
RUXIENCE SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
RYDAPT CAPS 25mg	5	PA
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	5	PA
STIVARGA TABS 40mg	5	LA PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VITRAKVI CAPS 25mg, 100mg; SOLN 20mg/ml	5	LA PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	5	LA PA
VOTRIENT TABS 200mg	5	LA PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg	5	LA PA
XOSPATA TABS 40mg	5	LA PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	5	LA PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	5	LA PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 60mg	5	LA PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	5	LA PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 50mg	5	LA PA
ZEJULA CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
ZELBORAF TABS 240mg	5	LA PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	PA
ZOLINZA CAPS 100mg	5	PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	5	LA PA
ZYKADIA TABS 150mg	5	LA PA
<b>AGENTES PROTECTORES</b>		
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	4	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg	3	
<i>leucovorin calcium</i> TABS 15mg, 25mg	4	
MESNEX TABS 400mg	5	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>CARDIOVASCULAR</b>		
<b>COMBINACIONES DEL INHIBIDOR DE LA ECA</b>		
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 5-6.25MG	1	GC
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg</i>	1	GC
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg</i>	1	GC
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	GC
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	1	GC
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg</i>	1	GC

**PA** - Autorización Previa      **QL** - Cantidad Limitada      **ST** - Terapia Escalonada      **B/D** 23  
- 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>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide</i> tab 10-12.5 mg	1	GC
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide</i> tab 20-12.5 mg	1	GC
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide</i> tab 20-25 mg	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> tab 10-12.5 mg	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> tab 20-12.5 mg	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> tab 20-25 mg	1	GC
<b>INHIBIDORES DE LA ECA</b>		
<i>benazepril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>captopril</i> TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>enalapril maleate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	GC
<i>fosinopril sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>lisinopril</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	GC
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	GC
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	GC
<i>quinapril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>ramipril</i> CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	1	GC
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ALDOSTERONA</b>		
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	3	
<i>spironolactone</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<b>ALFA BLOQUEADORES</b>		
<i>doxazosin mesylate</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	2	GC
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	2	GC
<b>COMBINACIONES DE ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II</b>		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 5-20 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 5-40 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 10-20 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 10-40 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 5-160 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 5-320 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 10-160 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 10-320 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i> tab 5-160-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i> tab 5-160-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i> tab 10-160-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-320-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
EDARBYCLOR TAB 40-12.5 QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
EDARBYCLOR TAB 40-25MG QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
ENTRESTO TAB 24-26MG	3	
ENTRESTO TAB 49-51MG	3	
ENTRESTO TAB 97-103MG	3	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA</b>		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>EDARBI TABS 40mg, 80mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan TABS 320mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>		
<i>amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg</i>	4	
<i>amiodarone hcl TABS 200mg</i>	1	GC
<i>disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg</i>	4	
<i>dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	4	
<i>flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg</i>	3	
<i>MULTAQ TABS 400mg</i>	4	
<i>NORPACE CR CP12 100mg, 150mg</i>	4	
<i>pacerone TABS 100mg, 400mg</i>	4	
<i>pacerone TABS 200mg</i>	1	GC
<i>propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg</i>	4	
<i>propafenone hcl TABS 150mg, 225mg, 300mg</i>	3	
<i>quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg</i>	2	GC
<i>sorine TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg</i>	2	GC
<i>sotalol hcl TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg</i>	2	GC
<i>sotalol hcl (afib/afi) TABS 80mg, 120mg, 160mg</i>	3	
<b>ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS</b>		
<i>choline fenofibrate CPDR 45mg, 135mg</i>	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	3	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	3	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	1	GC
<b>ANTILIPÉMICOS, LOS INHIBIDORES DE LA HMG-COA REDUCTASA</b>		
ALTOPREV TB24 20mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL ST
ALTOPREV TB24 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL ST
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
EZALLOR SPRINKLE CPSP 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
<i>fluvastatin sodium</i> CAPS 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>fluvastatin sodium</i> TB24 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
LIVALO TABS 1mg, 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ZYPITAMAG TABS 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>ANTILIPÉMICOS, VARIOS</b>		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	4	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm	4	
<i>colestipol hcl</i> TABS 1gm	3	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	3	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10- 10 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10- 20 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10- 40 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10- 80 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
PRALUENT SOAJ 75mg/ml, 150mg/ml	3	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	4	
<b>BETABLOQUEANTE / DIURÉTICO COMBINACIONES</b>		
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	2	GC
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 2.5- 6.25 mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	2	GC

**PA** - Autorización Previa      **QL** - Cantidad Limitada      **ST** - Terapia Escalonada      **B/D** 27  
- 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>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	2	GC
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	3	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	3	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	3	
<b>BETABLOQUEANTE</b>		
<i>acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg</i>	3	
<i>atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC
<i>bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg</i>	2	GC
<i>BYSTOLIC TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>BYSTOLIC TABS 20mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>carvedilol TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg</i>	1	GC
<i>labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg</i>	3	
<i>metoprolol succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	2	GC
<i>metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml</i>	4	
<i>metoprolol tartrate TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC
<i>nadolol TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	3	
<i>pindolol TABS 5mg, 10mg</i>	3	
<i>propranolol hcl CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml</i>	3	
<i>propranolol hcl TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	2	GC
<i>timolol maleate TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>amlodipine besylate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	GC
<i>cartia xt CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	2	GC
<i>dilt-xr CP24 120mg, 180mg, 240mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl CP12 60mg, 90mg, 120mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml</i>	3	
<i>diltiazem hcl TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg</i>	2	GC
<i>diltiazem hcl coated beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	2	GC
<i>diltiazem hcl coated beads CP24 360mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl coated beads TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl extended release beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	2	GC
<i>felodipine TB24 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	2	GC
<i>isradipine CAPS 2.5mg, 5mg</i>	3	
<i>matzim la TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	3	
<i>nicardipine hcl CAPS 20mg, 30mg</i>	4	
<i>nifedipine TB24 30mg, 60mg, 90mg</i>	3	
<i>nimodipine CAPS 30mg</i>	4	
<i>nisoldipine TB24 8.5mg, 17mg, 20mg, 25.5mg, 30mg, 34mg, 40mg</i>	4	
<i>NYMALIZE SOLN 6mg/ml</i>	5	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>taztia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2	GC
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	GC
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	4	
<i>verapamil hcl</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	
<i>verapamil hcl</i> TABS 40mg, 80mg, 120mg	1	GC
<i>verapamil hcl</i> TBCR 120mg, 180mg, 240mg	2	GC
<b>DIURÉTICOS</b>		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg	4	
<i>acetazolamide</i> TABS 125mg, 250mg	3	
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	2	GC
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	2	GC
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	3	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	2	GC
<i>furosemide</i> SOLN 8mg/ml, 10mg/ml	2	GC
<i>furosemide</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	GC
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	3	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	GC
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	2	GC
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	4	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	3	
<i>toremide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	2	GC
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	1	GC
<b>VARIOS</b>		
ADRENALIN SOLN 1mg/ml	4	
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	4	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-80 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-10 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-20 mg</i>	1	GC

**PA** - Autorización Previa      **QL** - Cantidad Limitada      **ST** - Terapia Escalonada      **B/D** 29  
- 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>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg</i>	1	GC
<i>clonidine PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr</i>	4	
<i>clonidine hcl TABS .1mg, .2mg, .3mg</i>	1	GC
CORLANOR SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 7.5mg	4	
<i>digitek TABS .125mg, .25mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>digox TABS 125mcg, 250mcg</i> QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>digoxin SOLN .05mg/ml, .25mg/ml</i>	4	
<i>digoxin TABS 125mcg, 250mcg</i> QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>droxidopa CAPS 100mg</i> QL (90 caps / 30 días)	5	QL PA
<i>droxidopa CAPS 200mg, 300mg</i> QL (180 caps / 30 días)	5	QL PA
<i>guanfacine hcl TABS 1mg, 2mg</i> Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>hydralazine hcl SOLN 20mg/ml</i>	4	
<i>hydralazine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	2	GC
METHYLDOPA TABS 250mg, 500mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA
<i>metirosine CAPS 250mg</i>	5	PA
<i>midodrine hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	3	
<i>midodrine hcl TABS 10mg</i>	4	
<i>minoxidil TABS 2.5mg, 10mg</i>	2	GC
<i>ranolazine TB12 500mg, 1000mg</i>	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>NITRATOS</b>		
<i>isosorbide dinitrate TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg</i>	3	
<i>isosorbide mononitrate TABS 10mg, 20mg</i>	2	GC
<i>isosorbide mononitrate TB24 30mg, 60mg, 120mg</i>	1	GC
<i>minitran PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr</i>	3	
NITRO-BID OINT 2%	3	
<i>nitroglycerin PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SUBL .3mg, .4mg, .6mg</i>	3	
<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR</b>		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>ambrisentan TABS 5mg, 10mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>bosentan TABS 62.5mg</i> QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>bosentan TABS 125mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
OPSUMIT TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS 20mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>treprostinil SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml</i>	5	LA PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	5	PA
<b>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CONTRA LA ANSIEDAD</b>		
<i>alprazolam TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg</i> QL (150 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>bupirone hcl TABS 5mg, 10mg, 15mg</i>	1	GC
<i>bupirone hcl TABS 7.5mg, 30mg</i>	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 días)	3	QL
<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	2	GC
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 días)	3	QL
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
APTIOM TABS 200mg, 400mg, 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
BRIVIACT SOLN 10mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL PA
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	4	PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; TABS 200mg	3	
<i>carbamazepine</i> CP12 100mg, 4 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TB12 100mg, 200mg, 400mg	4	
CELONTIN CAPS 300mg	4	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml QL (480 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg QL (300 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>clonazepam</i> TBDP 2mg QL (300 tabs / 30 días)	3	QL
<i>clonazepam</i> TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
DIACOMIT CAPS 250mg QL (360 caps / 30 días)	5	QL LA PA
DIACOMIT CAPS 500mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL LA PA
DIACOMIT PACK 250mg QL (360 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
DIACOMIT PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>diazepam</i> CONC 5mg/ml QL (240 mL / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	3	QL PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml QL (1200 mL / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	3	QL PA
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg QL (120 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	2	GC QL PA
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	4	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	4	
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	4	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	4	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	4	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg	4	
<i>divalproex sodium</i> TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	3	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL LA PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg	4	
<i>ethosuximide</i> SOLN 250mg/5ml	3	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	5	
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	4	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 días)	5	QL LA PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 días)	5	QL PA
FYCOMPA TABS 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
FYCOMPA TABS 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg QL (1080 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> CAPS 300mg QL (360 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg QL (270 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml QL (2160 mL / 30 días)	3	QL
<i>gabapentin</i> TABS 600mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>gabapentin</i> TABS 800mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg	3	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg; TBDP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	3	
<i>levetiracetam</i> SOLN 500mg/5ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	4	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> TABS 150mg, 300mg, 600mg	3	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA
PHENYTEK CAPS 200mg, 300mg	4	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	3	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	3	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	3	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg QL (90 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>vigadrone</i> PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
VIMPAT SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 días)	5	QL
VIMPAT SOLN 200mg/20ml	5	
VIMPAT TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
VIMPAT TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 50mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 días)	4	QL
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
<b>CONTRA LA DEMENCIA</b>		
<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

**PA** - Autorización Previa      **QL** - Cantidad Limitada      **ST** - Terapia Escalonada      **B/D** 33  
- 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>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml Se aplica PA si tienen menos de 30 años	4	PA
<i>memantine hcl</i> TABS 5mg, 10mg Se aplica PA si tienen menos de 30 años	3	PA
NAMZARIC CAP 7-10MG	4	
NAMZARIC CAP 14-10MG	4	
NAMZARIC CAP 21-10MG	4	
NAMZARIC CAP 28-10MG	4	
NAMZARIC CAP PACK	4	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg QL (90 caps / 30 días)	3	QL
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg; TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg, 300mg	3	
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	3	
<i>citalopram hydrobromide</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg; CONC 10mg/ml	3	
<i>doxepin hcl</i> CAPS 150mg	4	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	5	QL PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	4	
<i>escitalopram oxalate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	GC
FETZIMA CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
FETZIMA CAP TITRATIO	4	PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg	1	GC
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 40mg	2	GC
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	3	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	2	GC
MARPLAN TABS 10mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	3	
<i>mirtazapine</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	2	GC

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>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 PA
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	3	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	4	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml	3	
<i>sertraline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	4	
<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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VIIIBRYD TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
VIIIBRYD KIT STARTER	4	
<b>ANTIPARKINSONIANOS</b>		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml	3	
<i>amantadine hcl</i> TABS 100mg	4	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	4	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	4	
CARB/LEVO ORALLY DISINTEGRATING TAB 10-100MG	4	
CARB/LEVO ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-100MG	4	
CARB/LEVO ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-250MG	4	
<i>carbidopa</i> TABS 25mg	4	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab 10-100 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-100 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-250 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 25-100 mg</i>	3	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 50-200 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	4	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	4	
<i>entacapone TABS 200mg</i>	4	
KYNMOBI FILM 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg QL (150 films / 30 días)	5	QL PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	1	GC
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TB24 .375mg, .75mg, 1.5mg, 2.25mg, 3mg, 3.75mg, 4.5mg	4	
<i>rasagiline mesylate</i> TABS 1mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	2	GC
<i>ropinirole hydrochloride</i> TB24 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 12mg	4	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	3	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>ANTIPSIÓTICOS</b>		
ABILIFY MANTENA PRSY 300mg, 400mg QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
ABILIFY MANTENA SRER 300mg, 400mg QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 jeringuilla / 56 días)	5	QL
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
CAPLYTA CAPS 42mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>chlorpromazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR CONC 30mg/ml, 100mg/ml	4	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	3	
<i>clozapine</i> TABS 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4	QL
<i>clozapine</i> TABS 200mg QL (135 tabs / 30 días)	4	QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	4	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg QL (135 tabs / 30 días)	5	QL PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
FANAPT PAK	4	PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	4	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	3	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	3	
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	4	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.875ml, 410mg/1.315ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.625ml QL (1 jeringuilla / 90 días)	5	QL
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
LATUDA TABS 80mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg QL (3 viales / 1 día)	4	QL
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>paliperidone</i> TB24 6mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg QL (1 jeringuilla / 30 días)	5	QL
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	4	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	3	
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg QL (2 inyecciones / 28 días)	4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg QL (2 inyecciones / 28 días)	5	QL
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 días)	3	QL
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	GC
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	4	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	3	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	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
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg QL (6 inyecciones / 3 días)	4	QL
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg QL (2 viales / 28 días)	4	QL PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg QL (2 viales / 28 días)	5	QL PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg QL (1 vial / 28 días)	5	QL PA
<b>TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD</b>		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 5 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 10 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 15 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 20 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 25 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 30 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 5 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i> QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i> QL (60 caps / 30 días)	4	QL
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i> QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i> QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i> QL (30 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	QL PA
<i>metadate er TBCR 20mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>methylphenidate hcl CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i> QL (1800 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml</i> QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl TABS 20mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl TBCR 10mg, 20mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CAPS 10mg, 20mg, 30mg</i> QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg</i> QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CHEW 10mg, 20mg, 30mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CHEW 40mg, 50mg, 60mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
<b>HIPNÓTICOS</b>		
<i>BELSOMRA TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>doxepin hcl (sleep) TABS 3mg, 6mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>HETLIOZ CAPS 20mg</i> QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
<i>temazepam CAPS 7.5mg</i> 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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>temazepam</i> CAPS 15mg QL (60 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más después de un suministro de 90 días en un año	4	QL PA
<i>temazepam</i> CAPS 30mg QL (30 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más después de un suministro de 90 días en un año	2	GC QL PA
<b>MIGRAÑA</b>		
<i>AIMOVIG</i> SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml QL (1 pen / 30 días)	3	QL PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	5	
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml QL (8 mL / 30 días)	5	QL PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab</i> 1-100 mg QL (40 tabs / 28 días)	3	QL PA
<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 units / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act QL (12 units / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml QL (18 inyecciones / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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
<b>VARIOS</b>		
AUSTEDO TABS 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
GRALISE TABS 300mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
GRALISE TABS 600mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
INGREZZA CAPS 40mg, 60mg, 80mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
INGREZZA CAP 40-80MG QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	4	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg	1	GC
<i>lithium carbonate</i> TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	2	GC
NUDEXTA CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>pregabalin (once-daily)</i> TB24 82.5mg, 165mg, 330mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	3	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	4	
SAVELLA TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SAVELLA MIS TITR PAK	4	PA
tetrabenazine TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
tetrabenazine TABS 25mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
<b>AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>		
BETASERON KIT .3mg QL (14 jeringas / 28 días)	5	QL PA
dalfampridine TB12 10mg	3	PA
GILENYA CAPS .5mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
glatiramer acetate SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5	QL PA
glatiramer acetate SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA
glatopa SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5	QL PA
glatopa SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA
<b>AGENTES PARA LA TERAPIA MUSCULOESQUELETAL</b>		
baclofen TABS 10mg, 20mg	3	
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
<b>NARCOLEPSIA / CATAPLEJÍA</b>		
armodafinil TABS 50mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
armodafinil TABS 150mg, 200mg, 250mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
<b>PSICOTERAPÉUTICOS / VARIOS</b>		
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
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 QL (56 tabs / 28 días)	4	QL PA
CHANTIX CONTINUING MONTH TABS 1mg QL (56 tabs / 28 días)	4	QL PA
CHANTIX PAK 0.5& 1MG QL (106 tabs / año)	4	QL PA
disulfiram TABS 250mg, 500mg	3	

**PA** - Autorización Previa      **QL** - Cantidad Limitada      **ST** - Terapia Escalonada      **B/D** 41  
- 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>naloxone hcl</i> SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	2	GC
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	3	
NARCAN LIQD 4mg/0.1ml	3	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	4	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	
VIVITROL SUSR 380mg	5	
<b>ENDOCRINO Y METABÓLICO</b>		
<b>ANDRÓGENOS</b>		
ANDRODERM PT24 2mg/24hr, 4mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL PA
<i>oxandrolone</i> TABS 2.5mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>oxandrolone</i> TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	3	PA
<b>ANTIDIABÉTICOS</b>		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml 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
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glimepiride</i> TABS 4mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide</i> TABS 5mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>glipizide</i> TABS 10mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide</i> TB24 10mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-250 mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-500 mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 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
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, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	3	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

**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
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
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg QL (150 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg QL (75 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg QL (120 tabs / 30 días) (genérico de GLUCOPHAGE XR)	1	GC QL
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg QL (60 tabs / 30 días) (genérico de GLUCOPHAGE XR)	1	GC QL
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (2 pens / 28 días)	3	QL
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>repaglinide</i> TABS 2mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SYNJARDY TAB 5-500MG QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 12.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 12.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 10-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 12.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 25-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRADJENTA TABS 5mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml QL (4 pens / 28 días)	3	QL
VICTOZA SOPN 18mg/3ml QL (3 pens / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL

**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
XIGDUO XR TAB 10-500MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<b>ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS</b>		
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml SI	3	
BD ALCOHOL SWABS	3	
FIASP FLEX INJ TOUCH SI	3	
FIASP INJ 100/ML SI	3	
FIASP PENFIL INJ U-100 SI	3	
GAUZE PADS 2" X 2"	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml SI	5	B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml SI	5	
INSULIN SAFETY NEEDLES	3	
INSULIN SYRINGES: BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVI DIA/MHC	3	
LEVEMIR SOLN 100unit/ml SI	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml SI	3	
NOVOLIN INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN INJ 70/30 FP SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
NOVOLIN N FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG MIX INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
OMNIPOD KIT STARTER QL (1 kit / año)	4	QL PA
OMNIPOD MIS 5 PACK QL (10 pods / 30 días)	4	QL PA
PEN NEEDLES: NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/ TRIVIDIA	3	
SOLIQUA INJ 100/33 QL (10 pens / 30 días) SI	3	QL
TRESIBA SOLN 100unit/ml SI	3	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml SI	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
V-GO 20 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
V-GO 30 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
V-GO 40 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
XULTOPHY INJ 100/3.6 QL (5 pens / 30 días) SI	3	QL
<b>REGULADORES DE CALCIO</b>		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	4	
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	GC
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	3	B/D
FORTEO SOPN 620mcg/2.48ml	5	PA
FOSAMAX + D TAB 70-2800	4	ST
FOSAMAX + D TAB 70-5600	4	ST
<i>ibandronate sodium</i> SOLN 3mg/3ml QL (1 inyección / 90 días)	4	B/D QL
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	3	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	5	PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml; SOLR 30mg, 90mg	3	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 jeringuilla / 180 días)	4	QL
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg	3	
<i>risedronate sodium</i> TABS 30mg; TBEC 35mg	4	
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	5	PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	4	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>AGENTES QUELANTES</b>		
CHEMET CAPS 100mg	4	
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 90mg, 180mg, 360mg; TBSO 250mg, 500mg	5	PA
<i>deferasirox</i> TBSO 125mg	3	PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	5	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> <i>powder</i>	3	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	3	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	5	PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	4	PA
<b>ANTICONCEPTIVOS</b>		
<i>afirmelle</i>	2	GC
<i>altavera</i>	2	GC
<i>alyacen 1/35</i>	2	GC
<i>alyacen 7/7/7</i>	2	GC
<i>apri</i>	2	GC
<i>aranelle</i>	3	
<i>aubra eq</i>	2	GC
<i>aurovela 1/20</i>	2	GC
<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>	2	GC
<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>cyred 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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>desogest-eth estrad &amp; eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	3	
<i>desogestrel &amp; 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>elinest</i>	2	GC
<i>ELLA TABS 30mg</i>	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>emoquette</i>	2	GC
<i>enpresse-28</i>	2	GC
<i>enskyce</i>	2	GC
<i>errin TABS .35mg</i>	2	GC
<i>estarylla</i>	2	GC
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	2	GC
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr</i>	4	
<i>falmina</i>	2	GC
<i>femynor</i>	2	GC
<i>hailey 1.5/30</i>	2	GC
<i>heather TABS .35mg</i>	2	GC
<i>iclevia</i>	3	
<i>incassia TABS .35mg</i>	2	GC
<i>introvale</i>	3	
<i>isibloom</i>	2	GC
<i>jasmiel</i>	3	
<i>jolessa</i>	3	
<i>juleber</i>	2	GC
<i>junel 1.5/30</i>	2	GC
<i>junel 1/20</i>	2	GC
<i>junel fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>junel fe 1/20</i>	2	GC
<i>kariva</i>	3	
<i>kelnor 1/35</i>	2	GC
<i>kelnor 1/50</i>	3	
<i>kurvelo</i>	2	GC
<i>larin 1.5/30</i>	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>larin 1/20</i>	2	GC
<i>larin fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>larin fe 1/20</i>	2	GC
<i>larissia</i>	2	GC
<i>leena</i>	3	
<i>lessina</i>	2	GC
<i>levonest</i>	2	GC
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol (91-día) tab 0.15-0.03 mg</i>	3	
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	2	GC
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	2	GC
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	2	GC
<i>levora 0.15/30-28</i>	2	GC
<i>lillow</i>	2	GC
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	2	GC
<i>loestrin 1/20-21</i>	2	GC
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>loestrin fe 1/20</i>	2	GC
<i>loryna</i>	3	
<i>low-ogestrel</i>	2	GC
<i>luteru</i>	2	GC
<i>lyleq TABS .35mg</i>	2	GC
<i>lyza TABS .35mg</i>	2	GC
<i>marlissa</i>	2	GC
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	3	
<i>microgestin 1.5/30</i>	2	GC
<i>microgestin 1/20</i>	2	GC
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>microgestin fe 1/20</i>	2	GC
<i>mili</i>	2	GC
<i>mono-lynyah</i>	2	GC
<i>necon 0.5/35-28</i>	2	GC
<i>nikki</i>	3	
<i>nora-be TABS .35mg</i>	2	GC
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	2	GC

**PA** - Autorización Previa      **QL** - Cantidad Limitada      **ST** - Terapia Escalonada      **B/D** 46  
- 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>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	2	GC
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	2	GC
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	2	GC
<i>norgestimate &amp; ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	2	GC
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	3	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	2	GC
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	2	GC
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	GC
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	2	GC
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	2	GC
<i>nortrel 7/7/7</i>	2	GC
<i>nylia 7/7/7</i>	2	GC
<i>nymyo</i>	2	GC
<i>ocella</i>	3	
<i>orsythia</i>	2	GC
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea</i>	3	
<i>pirmella 1/35</i>	2	GC
<i>portia-28</i>	2	GC
<i>previfem</i>	2	GC
<i>reclipsen</i>	2	GC
<i>setlakin</i>	3	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	2	GC
<i>simliya</i>	3	
<i>sprintec 28</i>	2	GC
<i>sronyx</i>	2	GC
<i>syeda</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	2	GC
<i>tilia fe</i>	4	
<i>tri-estarylla</i>	2	GC
<i>tri-legest fe</i>	4	
<i>tri-linyah</i>	2	GC
<i>tri-lo-estarylla</i>	3	
<i>tri-lo-marzia</i>	3	
<i>tri-lo-mili</i>	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>tri-lo-sprintec</i>	3	
<i>tri-mili</i>	2	GC
<i>tri-nymyo</i>	2	GC
<i>tri-previfem</i>	2	GC
<i>tri-sprintec</i>	2	GC
<i>tri-vylibra</i>	2	GC
<i>tri-vylibra lo</i>	3	
<i>trivora-28</i>	2	GC
<i>velivet</i>	2	GC
<i>vestura</i>	3	
<i>vienva</i>	2	GC
<i>viorele</i>	3	
<i>vyfemla</i>	3	
<i>vylibra</i>	2	GC
<i>wera</i>	2	GC
<i>xulane</i>	4	
<i>zafemy</i>	4	
<i>zarah</i>	3	
<i>zovia 1/35</i>	2	GC
<i>zumandimine</i>	3	

### **ENDOMETRIOSIS**

<i>danazol CAPS 50mg, 100mg, 200mg</i>	4	
<i>SYNAREL SOLN 2mg/ml</i>	5	

### **ESTRÓGENOS**

<i>amabelz</i>	3	
<i>DELESTROGEN OIL 10mg/ml</i>	4	
<i>dotti PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr</i>	3	
<i>estradiol PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr</i>	3	
<i>estradiol TABS .5mg, 1mg, 2mg</i>	2	GC
<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	3	

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	3	
<i>estradiol vaginal CREA .1mg/gm</i>	3	
<i>estradiol vaginal TABS 10mcg</i>	4	
<i>estradiol valerate OIL 20mg/ml, 40mg/ml</i>	4	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	3	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	3	
<i>jinteli</i>	3	
<i>lyllana PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr</i>	3	
<i>mimvey</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	3	
<i>yuvafem TABS 10mcg</i>	4	
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>		
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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
<i>SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg</i>	4	
<b>AGENTES PARA ELEVAR LOS NIVELES DE GLUCOSA</b>		
<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	
<b>VARIOS</b>		
<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	

**PA** - Autorización Previa      **QL** - Cantidad Limitada      **ST** - Terapia Escalonada      **B/D** 48  
- 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>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	4	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	4	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	5	LA PA
GENOTROPIN SOLR 5mg, 12mg	5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK SOLR .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5	PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	5	LA PA
KORLYM TABS 300mg	5	LA PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml	4	B/D
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> TABS 330mg	3	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	5	LA PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	5	PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	5	PA
<i>miglustat</i> CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	5	LA PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg	5	PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml	4	PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml	5	PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	3	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5	LA PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	5	PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	LA PA
<b>AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO</b>		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg QL (360 caps / 30 días)	3	QL
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm QL (180 paquetes / 30 días)	4	QL
<i>sevelamer carbonate</i> PACK .8gm QL (540 paquetes / 30 días)	5	QL
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 800mg QL (540 tabs / 30 días)	4	QL
<b>PROGESTINAS</b>		
<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	
<b>AGENTES TIROIDEOS</b>		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	GC
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	GC

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>granisetron hcl</i> SOLN 4mg/4ml	4	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	4	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	2	GC
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml	3	
<i>metoclopramide hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	GC
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	3	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml	3	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml	4	B/D
<i>ondansetron hcl</i> TABS 4mg, 8mg, 24mg	3	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	4	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	4	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days QL (10 parches / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	QL PA
<b>ANTIESPASMÓDICOS</b>		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg	3	
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg, 2mg	3	
<b>ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA H2</b>		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml QL (300 mL / 30 días)	4	QL
<i>famotidine</i> TABS 20mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>famotidine</i> TABS 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	3	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	4	
<b>ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL</b>		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	3	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	4	PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	5	PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	4	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg QL (180 caps / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	4	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	4	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg	2	GC
<i>sulfasalazine</i> TBEC 500mg	3	
<b>LASANTES</b>		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	GC
<i>gavilyte-g</i>	2	GC
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	GC
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	3	
GOLYTELY SOL	3	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	3	
NULYTELY SOL LMN/LIME	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl- na sulfate for soln</i> 236 gm	2	GC
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> 420 gm	2	GC
PLENVU SOL	4	
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	4	
<b>VARIOS</b>		
<i>alose tron hcl</i> TABS 1mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>alose tron hcl</i> TABS .5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq</i> 2.5-0.025 mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab</i> 2.5-0.025 mg	3	
GATTEX KIT 5mg	5	LA PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	3	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	3	
MOVANTIK TABS 12.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
MOVANTIK TABS 25mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	5	PA
<i>sucralfate</i> TABS 1gm	3	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg	3	
<i>ursodiol</i> TABS 250mg, 500mg	4	
XERMELO TABS 250mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
XIFAXAN TABS 550mg	5	PA
<b>ENZIMAS PANCREÁTICAS</b>		
CREON CAP 3000UNIT	3	
CREON CAP 6000UNIT	3	
CREON CAP 12000UNT	3	

**PA** - Autorización Previa      **QL** - Cantidad Limitada      **ST** - Terapia Escalonada      **B/D** 51  
- 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
CREON CAP 24000UNT	3	
CREON CAP 36000UNT	3	
ZENPEP CAP 3000UNIT	4	
ZENPEP CAP 5000UNIT	4	
ZENPEP CAP 10000UNT	4	
ZENPEP CAP 15000UNT	4	
ZENPEP CAP 20000UNT	4	
ZENPEP CAP 25000	4	
ZENPEP CAP 40000	4	

### **INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES**

DEXILANT CPDR 30mg, 60mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
esomeprazole magnesium CPDR 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
lansoprazole CPDR 15mg, 30mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
lansoprazole TBDD 15mg, 30mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL ST
omeprazole CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
pantoprazole sodium SOLR 40mg	3	
pantoprazole sodium TBEC 20mg, 40mg	1	GC
PRILOSEC PACK 2.5mg, 10mg	4	
rabeprazole sodium TBEC 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL

### **GENITOURINARIAS**

#### **HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA**

alfuzosin hcl TB24 10mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
dutasteride CAPS .5mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
bethanechol chloride TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
potassium citrate (alkalinizer) TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	4	

### **ANTIESPASMÓDICOS URINARIO**

darifenacin hydrobromide TB24 7.5mg, 15mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
oxybutynin chloride SYRP 5mg/5ml; TABS 5mg	3	
oxybutynin chloride TB24 5mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
oxybutynin chloride TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
solifenacin succinate TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
tolterodine tartrate CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
tolterodine tartrate TABS 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL ST
TOVIAZ TB24 4mg, 8mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
trospium chloride TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL

### **ANTIINFECIOSOS VAGINALES**

clindamycin phosphate vaginal CREA 2%	3	
---------------------------------------	---	--

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PRADAXA CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
PRADAXA CAPS 110mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
XARELTO TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
XARELTO STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 días)	3	QL
<b>FACTORES DE CRECIMIENTO</b>		
<b>HEMATOPOYÉTICOS</b>		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	PA
<b>VARIOS</b>		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	4	
BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	2	GC
DOPTELET TABS 20mg	5	LA PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	3	
ENDARI PACK 5gm	5	LA PA
HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 viales / 30 días)	5	QL LA PA
HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 viales / 30 días)	5	QL LA PA
<i>icatibant acetate</i> SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	2	GC

**PA** - Autorización Previa      **QL** - Cantidad Limitada      **ST** - Terapia Escalonada      **B/D** 53  
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente      **LA** - Disponibilidad Limitada  
**ED** - Medicamento Excluido      **GC** - Cobertura de Brecha      **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).  
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml QL (2 jeringas / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 jeringas / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	5	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	5	PA
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 / 365 días)	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 (2 viales / 28 días)	5	QL LA PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
<b>FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (DMARD)</b>		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	3	
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	3	
TREXALL TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg	4	B/D
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	B/D
<b>INMUNOGLOBULINAS</b>		
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
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 25gm/500ml, 30gm/300ml	5	PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	5	LA PA
ARCALYST SOLR 220mg	5	PA
INTRON A SOLN 10mu/ml, 6000000unit/ml; SOLR 50mu	5	B/D
INTRON A SOLR 10mu	3	B/D
INTRON A SOLR 18mu	4	B/D
<b>INMUNOSUPRESORES</b>		
<i>azathioprine</i> TABS 50mg	3	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	5	PA
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	4	B/D
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
<i>everolimus</i> ( <i>immunosuppressant</i> ) TABS .25mg, .5mg, .75mg	5	B/D
<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	3	B/D

**PA** - Autorización Previa      **QL** - Cantidad Limitada      **ST** - Terapia Escalonada      **B/D** 55  
- 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>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	5	B/D
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	4	B/D
NULOJIX SOLR 250mg	5	B/D
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D
REZUROCK TABS 200mg	5	LA PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	3	B/D
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	5	B/D
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	4	B/D
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D
ZORTRESS TABS 1mg	5	B/D
<b>VACUNAS</b>		
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.) INJ 2.5unit/ml	3	B/D
INFANRIX INJ	3	
IPOL INJ INACTIVE	3	
IXIARO INJ	3	
KINRIX INJ	3	
M-M-R II INJ	3	
MENACTRA INJ	3	
MENQUADFI INJ	3	
MENVEO INJ	3	
PEDIARIX INJ 0.5ML	3	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 QL (2 viales por vida)	3	QL
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	

**SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS  
ELECTROLITOS/MINERALS,  
INJECTABLE**

D2.5W/NAACL INJ 0.45%	3	
D5W/LYTES INJ #48	4	
D10W/NAACL INJ 0.2%	3	
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 5% in lactated ringers	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	3	
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	
ISOLYTE-S INJ	4	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	4	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.2% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	3	
KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN NACL 0.45% INJ	4	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	3	
KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN NACL 0.9% INJ	4	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4	
<i>lactated ringer's solution</i>	3	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	3	
<i>magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	3	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	3	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	3	
PLASMA-LYTE INJ -148	4	
PLASMA-LYTE INJ -A	4	
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml</i>	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml, 20meq/50ml	4	
<i>potassium chloride SOLN 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml</i>	4	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	3	
<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	3	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
<b>ELECTROLITOS/MINERALS/VITAMINAS, ORAL</b>		
<i>klor-con PACK 20meq</i>	4	
<i>klor-con 8 TBCR 8meq</i>	2	GC
<i>klor-con 10 TBCR 10meq</i>	2	GC
<i>klor-con m10 TBCR 10meq</i>	2	GC
<i>klor-con m15 TBCR 15meq</i>	3	
<i>klor-con m20 TBCR 20meq</i>	2	GC
M-NATAL PLUS TAB	3	
<i>potassium chloride CPCR 8meq, 10meq</i>	3	
<i>potassium chloride PACK 20meq; SOLN 10%, 20%</i>	4	
<i>potassium chloride TBCR 8meq, 10meq, 20meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 20meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 15meq</i>	3	
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	3	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	2	GC
TRICARE TAB PRENATAL	3	
<b>NUTRICIÓN IV</b>		
AMINOSYN-PF INJ 7%	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	4	B/D

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CLINIMIX INJ 5%/D15W	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	4	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	4	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	3	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	3	B/D
FREAMINE 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
<b>OFTÁLMICO</b>		
<b>CONTRA INFECCIONES / ANTIINFLAMATORIOS</b>		
<i>bacitracin-polymyxin- neomycin-hc ophth oint 1%</i>	3	
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	4	
<i>neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	4	
<i>sulfacetamide sodium- prednisolone ophth soln 10- 0.23(0.25)%</i>	2	GC
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	3	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	
<b>CONTRA INFECCIONES</b>		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	3	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	2	GC
BESIVANCE SUSP .6%	3	
CILOXAN OINT .3%	3	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	2	GC
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	2	GC
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	3	
<i>gentak OINT .3%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	2	GC
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	3	
NATACYN SUSP 5%	4	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	3	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt- mg/ml</i>	3	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	2	GC
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	GC
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	3	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	1	GC
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	4	
ZIRGAN GEL .15%	4	
<b>ANTIINFLAMATORIOS</b>		
ALREX SUSP .2%	3	
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .09%</i>	4	
BROMSITE SOLN .075%	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	2	GC
DUREZOL EMUL .05%	3	
FLAREX SUSP .1%	4	
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	3	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	3	
ILEVRO SUSP .3%	3	
<i>ketorolac tromethamine</i> (ophth) SOLN .4%	3	
<i>ketorolac tromethamine</i> (ophth) SOLN .5%	2	GC
LOTEMAX OINT .5%	3	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	3	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	
PROLENSA SOLN .07%	3	
<b>ANTIALÉRGICOS</b>		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	3	
<i>bepotastine besilate</i> SOLN 1.5%	3	
BEPREVE SOLN 1.5%	3	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	1	GC
LASTACAFT SOLN .25%	4	
<i>olopatadine hcl</i> SOLN .1%	3	
ZERVIAE SOLN .24%	4	
<b>CONTRA EL GLAUCOMA</b>		
ALPHAGAN P SOLN .1%	3	
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	3	
BETOPTIC-S SUSP .25%	3	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	1	GC
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%	4	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	4	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	2	GC
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	2	GC
<i>dorzolamide hcl-timolol</i> <i>maleate ophth soln</i> 22.3-6.8 mg/ml	2	GC
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	2	GC
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	2	GC
LUMIGAN SOLN .01%	3	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLN .02%	3	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	3	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%	4	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLN .25%, .5%	1	GC
<i>timolol maleate (ophth) once-</i> <i>daily</i> SOLN .5%	4	
<i>travoprost</i> SOLN .004%	4	
VYZULTA SOLN .024%	4	
<b>VARIOS</b>		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	
CYSTADROPS SOLN .37%	5	LA PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	LA PA
ISOPTO ATROPINE SOLN 1%	3	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	3	
RESTASIS EMUL .05%	3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	
<b>ÓTICO</b>		
<b>ÓTICO AGENTS</b>		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	3	
CIPRO HC SUS ÓTICO	4	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> <i>otic susp</i> 0.3-0.1%	4	
<i>flac</i> OIL .01%	3	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i> <i>soln</i> 1%	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	3	
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</i>	4	
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5</b>		
<i>sildenafil citrate TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	3	ED QL QL (4 tabs / 30 días)
<i>tadalafil TABS 10mg, 20mg</i>	3	ED QL QL (4 tabs / 30 días)
<b>RESPIRATORIO</b>		
<b>COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICO / BETA AGONISTA</b>		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	QL QL (60 blisters / 30 días)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	3	QL QL (1 inhalador / 30 días)
BREZTRI AERO AER SPHERE	3	QL QL (1 inhalador / 30 días)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	3	QL QL (4 inhaladores / 28 días)
COMBIVENT AER 20-100	4	QL QL (2 inhaladores / 30 días)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	3	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	3	QL QL (60 blisters / 30 días)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	3	QL QL (60 blisters / 30 días)

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>ANTICOLINÉRGICOS</b>		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	4	QL QL (2 inhaladores / 30 días)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	3	QL QL (30 blisters / 30 días)
<i>ipratropium bromide SOLN .02%</i>	2	GC B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	3	
<b>ANTIISTAMÍNICOS</b>		
<i>azelastine hcl SOLN .1%, .15%</i>	3	
<i>cetirizine hcl SOLN 1mg/ml</i>	2	GC
<i>cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg</i>	3	PA Se aplica PA si tienen 70 años o más
<i>desloratadine TABS 5mg</i>	3	
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml</i>	3	
<i>hydroxyzine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml</i>	4	PA Se aplica PA si tienen 70 años o más
<i>hydroxyzine hcl SYRP 10mg/5ml</i>	3	PA Se aplica PA si tienen 70 años o más
<i>hydroxyzine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg</i>	2	GC PA Se aplica PA si tienen 70 años o más
<i>hydroxyzine pamoate CAPS 25mg, 50mg</i>	2	GC PA Se aplica PA si tienen 70 años o más
<i>levocetirizine dihydrochloride SOLN 2.5mg/5ml</i>	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride TABS 5mg</i>	3	
<i>olopatadine hcl (nasal) SOLN .6%</i>	4	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>BETA AGONISTAS</b>		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Proair HFA)	3	QL
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Proventil HFA)	3	QL
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Ventolin HFA)	3	QL
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	3	B/D
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%	2	GC B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml	2	GC
<i>albuterol sulfate</i> TABS 2mg, 4mg	4	
<i>arformoterol tartrate</i> NEBU 15mcg/2ml	4	B/D
BROVANA NEBU 15mcg/2ml	5	B/D
<i>formoterol fumarate</i> NEBU 20mcg/2ml	5	B/D
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	4	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhaladores / 30 días)	3	QL
<b>MODULADORES DE LOS LEUCOTRIENOS</b>		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg	3	
<i>montelukast sodium</i> PACK 4mg	4	
<i>montelukast sodium</i> TABS 10mg	1	GC
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	3	
<b>VARIOS</b>		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	3	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	LA PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	3	B/D
DALIRESP TABS 250mcg, 500mcg	4	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml (genérico de EpiPen)	3	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (genérico de Adrenaclick)	3	
ESBRIET CAPS 267mg QL (270 caps / 30 días)	5	QL PA
ESBRIET TABS 267mg QL (270 tabs / 30 días)	5	QL PA
ESBRIET TABS 801mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
FASENRA SOSY 30mg/ml	5	LA PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5	LA PA

**PA** - Autorización Previa      **QL** - Cantidad Limitada      **ST** - Terapia Escalonada      **B/D** 61  
- 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
KALYDECO PACK 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	5	LA PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	5	PA
SYMDEKO TAB 50-75MG QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMDEKO TAB 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	4	
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	4	
<i>theophylline</i> SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg	4	
<i>theophylline</i> TB24 400mg, 600mg	3	
TRIKAFTA TAB 50-25- 37.5MG & 75MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	5	LA PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>ESTEROIDES NASALES</b>		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025% QL (3 botellas / 30 días)	3	QL
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act QL (1 botella / 30 días)	2	GC QL
<i>mometasone furoate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
OMNARIS SUSP 50mcg/act QL (1 inhalador / 30 días)	4	QL
<b>ESTEROIDES INHALADOS</b>		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalaciones / 30 días)	3	QL
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	4	B/D
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist QL (180 inhalaciones / 30 días)	3	QL
FLOVENT DISKUS AEPB 100mcg/blist, 250mcg/blist QL (240 inhalaciones / 30 días)	3	QL
FLOVENT HFA AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
PULMICORT FLEXHALER AEPB 90mcg/act QL (3 inhaladores / 30 días)	4	QL
PULMICORT FLEXHALER AEPB 180mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>COMBINACIONES DE ESTEROIDES / BETA AGONISTA</b>		
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
<b>DE USO TÓPICO</b>		
<b>DERMATOLOGÍA, ACNÉ</b>		
accutane CAPS 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
amnesteem CAPS 10mg, 20mg, 40mg	4	PA
avita CREA .025%; GEL .025% QL (45 gm / 30 días)	4	QL PA
benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3% QL (46.6 gm / 30 días)	4	QL
claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
clindamycin phosphate (topical) GEL 1% QL (75 gm / 30 días)	4	QL
clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
ery PADS 2% QL (60 pledgets / 30 días)	3	QL
erythromycin (acne aid) SOLN 2% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
myorisan CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10% QL (118 mL / 30 días)	4	QL
tretinoin CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025% QL (45 gm / 30 días)	4	QL PA
zenatane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
<b>DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS</b>		
gentamicin sulfate (topical) CREA .1% QL (30 gm / 30 días)	4	QL
gentamicin sulfate (topical) OINT .1% QL (30 gm / 30 días)	3	QL
mupirocin OINT 2% QL (220 gm / 30 días)	2	GC QL
silver sulfadiazine CREA 1%	2	GC
ssd CREA 1%	2	GC
SULFAMYLON CREA 85mg/gm QL (453.6 gm / 30 días)	4	QL
<b>DERMATOLOGÍA, FUNGICIDAS</b>		
ciclopirox olamine CREA .77% QL (90 gm / 30 días)	3	QL
ciclopirox olamine SUSP .77% QL (60 mL / 30 días)	3	QL

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1% QL (45 gm / 30 días)	3	QL
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1% QL (30 mL / 30 días)	3	QL
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1- 0.05%</i> QL (45 gm / 30 días)	3	QL
<i>ketoconazole (topical)</i> CREA 2% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm QL (30 gm / 30 días)	3	QL
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<b>DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS</b>		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	4	PA
<i>calcipotriene</i> OINT .005% QL (120 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005% QL (120 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>calcitrene</i> OINT .005% QL (120 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>tazarotene</i> CREA .1% QL (60 gm / 30 días)	3	QL PA
<i>TAZORAC</i> CREA .05% QL (60 gm / 30 días)	4	QL PA
<b>DERMATOLOGÍA, CONTRA LA SEBORREICA</b>		
<i>ketoconazole (topical)</i> SHAM 2% QL (120 mL / 30 días)	2	GC QL
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES</b>		
<i>ala-cort</i> CREA 1%	1	GC
<i>ala-cort</i> CREA 2.5%	2	GC
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05% QL (120 mL / 30 días)	3	QL
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> OINT .05% QL (120 gm / 30 días)	4	QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	2	GC QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> GEL .05%; OINT .05% QL (120 gm / 30 días)	4	QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05% QL (120 mL / 30 días)	4	QL
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1% QL (120 mL / 30 días)	3	QL
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<i>clobetasol propionate</i> GEL .05% QL (60 gm / 30 días)	4	QL
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05% QL (50 mL / 30 días)	3	QL
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<i>ENSTILAR</i> AER QL (120 gm / 30 días)	4	QL PA

**PA** - Autorización Previa      **QL** - Cantidad Limitada      **ST** - Terapia Escalonada      **B/D** 64  
- 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>fluocinolone acetonide</i> CREA .01% QL (60 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .025% QL (120 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01% QL (118.28 mL / 30 días)	3	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> OINT .025% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01% QL (90 mL / 30 días)	4	QL
<i>fluocinonide</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluocinonide</i> SOLN .05% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	3	QL
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%	1	GC
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	2	GC
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	3	QL
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .1% QL (454 gm / 30 días)	2	GC QL
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .5%; OINT .025%, .1%, .5%	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%	3	
<i>triderm</i> CREA .5%	2	GC
<b>DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
<i>glydo</i> PRSY 2% QL (60 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>lidocaine</i> OINT 5% QL (50 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5% QL (3 parches / 1 día)	4	QL PA
<i>lidocaine hcl</i> GEL 2% QL (30 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4% QL (50 mL / 30 días)	3	QL PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5% QL (30 gm / 30 días)	3	QL PA
<b>DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LAS MEMBRANAS MUCOSAS</b>		
<i>azelaic acid</i> GEL 15% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1% QL (1000 gm / 30 días)	3	QL PA
FINACEA FOAM 15% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5% QL (40 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5% QL (10 mL / 30 días)	3	QL
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 2.5%	2	GC
<i>imiquimod</i> CREA 5% QL (24 paquetes / 30 días)	3	QL
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%	2	GC
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> LOTN 12%	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75% QL (45 gm / 30 días)	4	QL
<i>metronidazole (topical)</i> GEL .75% QL (45 gm / 30 días)	3	QL
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75% QL (59 mL / 30 días)	4	QL
NORITATE CREA 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL
PANRETIN GEL .1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA
<i>podofilox</i> SOLN .5% QL (7 mL / 28 días)	3	QL
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>procto-pak</i> CREA 1%	3	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	3	
RECTIV OINT .4% QL (30 gm / 30 días)	4	QL
<i>rosadan</i> CREA .75% QL (45 gm / 30 días)	4	QL
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1% QL (100 gm / 30 días)	4	QL
TARGRETIN GEL 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA
VALCHLOR GEL .016% QL (60 gm / 30 días)	5	QL LA PA
ZYCLARA PUMP CREA 2.5% QL (15 gm / 30 días)	5	QL
<b>DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y CONTRA LA PEDICULOSIS</b>		
<i>malathion</i> LOTN .5% QL (59 mL / 30 días)	4	QL
<i>permethrin</i> CREA 5% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<b>DERMATOLOGÍA, AGENTES PARA EL CUIDAD DE HERIDAS</b>		
REGANEX GEL .01% QL (30 gm / 30 días)	5	QL PA
SANTYL OINT 250unit/gm QL (180 gm / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	3	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	2	GC
<b>AGENTES PARA LA BOCA / GARGANTA / DENTALES</b>		
<i>cevimeline hcl</i> CAPS 30mg	4	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	1	GC
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg QL (150 losanges / 30 días)	4	QL
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	2	GC
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	3	
<i>perigard</i> SOLN .12%	1	GC
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	3	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	3	
<b>VITAMINAS COMPLEJO DE VITAMINA B</b>		
<i>cyanocobalamin</i> SOLN 1000mcg/ml	2	ED GC
<i>folic acid</i> TABS 1mg QL (30 tabs / 30 días)	1	ED GC QL
<b>VITAMINA D</b>		
<i>ergocalciferol</i> CAPS 50000unit QL (4 caps / 28 días)	2	ED GC QL
<b>ACTIVIDAD DE LA VITAMINA K</b>		
<i>phytonadione</i> TABS 5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	ED QL

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

# ÍNDICE

<b>A</b>		
<i>abacavir sulfate</i> .....	14	
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i> .....	15	
<i>abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg</i> ....	15	
ABELCET .....	13	
ABILIFY MAINTENA.....	36	
<i>abiraterone acetate</i> .....	19	
ABRAXANE INJ 100MG .20		
<i>acamprosate calcium</i> .....	41	
<i>acarbose</i> .....	42	
<i>accutane</i> .....	63	
<i>acebutolol hcl</i> .....	28	
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i> ....	11	
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i> .....	11	
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i> .....	11	
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i> .....	11	
<i>acetazolamide</i> .....	29	
<i>acetic acid</i> .....	52	
<i>acetic acid (otic)</i> .....	59	
<i>acetylcysteine</i> .....	61	
<i>acitretin</i> .....	64	
ACTHIB INJ .....	56	
ACTIMMUNE .....	55	
<i>acyclovir</i> .....	15	
<i>acyclovir sodium</i> .....	15	
ADACEL INJ.....	56	
<i>adefovir dipivoxil</i> .....	15	
ADEMPAS .....	30	
ADRENALIN .....	29	
<i>adriamycin</i> .....	18	
ADVAIR DISKU AER 100/50 .....	63	
ADVAIR DISKU AER 250/50 .....	63	
ADVAIR DISKU AER 500/50 .....	63	
ADVAIR HFA AER 115/21 .....	63	
ADVAIR HFA AER 230/21 .....	63	
ADVAIR HFA AER 45/21	63	
AFINITOR.....	20	
AFINITOR DISPERZ .....	20	
<i>afirmelle</i> .....	45	
AIMOVIG .....	40	
<i>ala-cort</i> .....	64	
<i>albendazole</i> .....	12	
<i>albuterol sulfate</i> .....	61	
<i>alclometasone dipropionate</i> .....	64	
ALDURAZYME .....	48	
ALECENSA .....	20	
<i>alendronate sodium</i> .....	45	
<i>alfuzosin hcl</i> .....	52	
ALIMTA.....	19	
<i>aliskiren fumarate</i> .....	29	
<i>allopurinol</i> .....	10	
<i>alosetron hcl</i> .....	51	
ALPHAGAN P.....	59	
<i>alprazolam</i> .....	30	
ALREX.....	58	
<i>altavera</i> .....	45	
ALTOPREV .....	27	
ALUNBRIG .....	20	
ALUNBRIG PAK .....	20	
<i>alyacen 1/35</i> .....	45	
<i>alyacen 7/7/7</i> .....	45	
<i>amabelz</i> .....	47	
<i>amantadine hcl</i> .....	35	
AMBISOME .....	13	
<i>ambrisentan</i> .....	30	
<i>amikacin sulfate</i> .....	12	
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i> .....	29	
<i>amiloride hcl</i> .....	29	
AMINOSYN-PF INJ 7% ..57		
<i>amiodarone hcl</i> .....	26	
<i>amitriptyline hcl</i> .....	34	
<i>amlodipine besylate</i> .....	28	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-10 mg</i> .....	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-20 mg</i> .....	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg</i> .....	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg</i> .....	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg</i> .....	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg</i> .....	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg</i> .....	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg</i> .....	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg</i> .....	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg</i> .....	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-80 mg</i> .....	29	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i> .....	23	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i> .....	23	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i> .....	23	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i> .....	23	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i> .....	23	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i> .....	23	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i> .....	24	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i> .....	24	

amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg.....24	amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml .....17	amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg.....39
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg.....24	amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg.....17	amphotericin b.....13
amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg .....24	amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg.....17	ampicillin.....17
amlodipine besylate- valsartan tab 10-320 mg .....24	amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg.....17	ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm.....17
amlodipine besylate- valsartan tab 5-160 mg24	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg.....38	ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm .....17
amlodipine besylate- valsartan tab 5-320 mg24	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg.....38	ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1- 0.5) gm.....17
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10-160-12.5 mg.....24	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg.....38	ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10- 5) gm.....17
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg.....25	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg.....38	ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm.....17
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10-320-25 mg.....25	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg.....38	ampicillin sodium.....18
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 5-160-12.5 mg.....24	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg.....38	anagrelide hcl.....53
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 5-160-25 mg.....24	amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg.....39	anastrozole.....19
amnestem.....63	amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg.....39	ANDRODERM.....42
amoxapine.....34	amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg.....39	ANORO ELLIPT AER 62.5- 25.....60
amoxicillin.....17	amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg.....39	aprepitant.....50
amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg.17	amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg.....39	aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg.....50
amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg....17	amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg.....38	apri.....45
amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml .....17		APTIOM.....31
amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml .....17		APTIVUS.....14
amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml .....17		ARALAST NP.....61
		aranelle.....45
		ARCALYST.....55
		arformoterol tartrate.....61
		aripiprazole.....36
		ARISTADA.....36
		ARISTADA INITIO.....36
		armodafinil.....41
		ARNUITY ELLIPTA.....62
		asenapine maleate.....36
		aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg.....54
		atazanavir sulfate.....14
		atenolol.....28
		atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg.....27

<i>atenolol &amp; chlorthalidone</i>	<i>benazepril &amp;</i>	<i>blisovi fe 1.5/30</i> .....45
<i>tab 50-25 mg</i> .....27	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	BOOSTRIX INJ.....56
<i>atomoxetine hcl</i> .....39	20-12.5 mg.....23	BORTEZOMIB.....20
<i>atorvastatin calcium</i> .....27	<i>benazepril &amp;</i>	<i>bosentan</i> .....30
<i>atovaquone</i> .....12	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	BOSULIF.....20
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	20-25 mg.....23	BRAFTOVI.....20
<i>tab 250-100 mg</i> .....14	BENAZEPRIL &	BREO ELLIPTA INH 100-
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	HYDROCHLOROTHAZI	25.....63
<i>tab 62.5-25 mg</i> .....14	DE TAB 5-6.25MG.....23	BREO ELLIPTA INH 200-
ATROPINE SULFATE...59	<i>benazepril hcl</i> .....24	25.....63
ATROVENT HFA.....60	BENDEKA.....18	BREZTRI AERO AER
<i>aubra eq</i> .....45	BENLYSTA.....55	SPHERE.....60
<i>aurovela 1/20</i> .....45	<i>benzoyl peroxide-</i>	BREZTRI AERO AER
<i>aurovela fe 1.5/30</i> .....45	<i>erythromycin gel 5-3%</i> 63	SPHERE
<i>aurovela fe 1/20</i> .....45	<i>benztropine mesylate</i> .....35	(INSTITUTIONAL PACK)
AUSTEDO.....40	<i>bepotastine besilate</i> .....59	.....60
AVASTIN.....20	BEPREVE.....59	<i>briellyn</i> .....45
<i>aviane</i> .....45	BERINERT.....53	BRILINTA.....54
<i>avita</i> .....63	BESIVANCE.....58	<i>brimonidine tartrate</i> .....59
<i>ayuna</i> .....45	<i>betamethasone</i>	<i>brinzolamide</i> .....59
AYVAKIT.....20	<i>dipropionate (topical)</i> ...64	BRIVIACT.....31
<i>azacitidine</i> .....19	<i>betamethasone</i>	<i>bromfenac sodium (ophth)</i>
<i>azathioprine</i> .....55	<i>dipropionate augmented</i>	.....58
<i>azelaic acid</i> .....65	.....64	<i>bromocriptine mesylate</i> ...35
<i>azelastine hcl</i> .....60	<i>betamethasone valerate</i> .64	BROMSITE.....58
<i>azelastine hcl (ophth)</i> .....59	BETASERON.....41	BROVANA.....61
<i>azithromycin</i> .....17	<i>betaxolol hcl (ophth)</i> .....59	BRUKINSA.....20
<i>aztreonam</i> .....12	<i>bethanechol chloride</i> .....52	<i>budesonide</i> .....51
<i>azurette</i> .....45	BETOPTIC-S.....59	<i>budesonide (inhalation)</i> ..62
<b>B</b>	BEVESPI AER 9-4.8MCG	<i>bumetanide</i> .....29
<i>bacitracin (ophthalmic)</i> ...58	.....60	<i>buprenorphine hcl</i> .....41
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	<i>bexarotene</i> .....19	<i>buprenorphine hcl-</i>
<i>ophth oint</i> .....58	BEXSERO INJ.....56	<i>naloxone hcl sl film 12-3</i>
<i>bacitracin-polymyxin-</i>	<i>bicalutamide</i> .....19	<i>mg (base equiv)</i> .....41
<i>neomycin-hc ophth oint</i>	BICILLIN L-A.....18	<i>buprenorphine hcl-</i>
1%.....58	BIKTARVY TAB.....15	<i>naloxone hcl sl film 2-0.5</i>
<i>baclofen</i> .....41	<i>bisoprolol &amp;</i>	<i>mg (base equiv)</i> .....41
<i>balsalazide disodium</i> .....51	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>buprenorphine hcl-</i>
BALVERSA.....20	10-6.25 mg.....28	<i>naloxone hcl sl film 4-1</i>
<i>balziva</i> .....45	<i>bisoprolol &amp;</i>	<i>mg (base equiv)</i> .....41
BARACLUDE.....15	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>buprenorphine hcl-</i>
BASAGLAR KWIKPEN...44	2.5-6.25 mg.....27	<i>naloxone hcl sl film 8-2</i>
BCG VACCINE INJ.....56	<i>bisoprolol &amp;</i>	<i>mg (base equiv)</i> .....41
BD ALCOHOL SWABS...44	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>buprenorphine hcl-</i>
<i>bekyree</i> .....45	5-6.25 mg.....27	<i>naloxone hcl sl tab 2-0.5</i>
BELSOMRA.....39	<i>bisoprolol fumarate</i> .....28	<i>mg (base equiv)</i> .....41
<i>benazepril &amp;</i>	BIVIGAM.....55	<i>buprenorphine hcl-</i>
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	<i>naloxone hcl sl tab 8-2</i>
10-12.5 mg.....23	.....58	<i>mg (base equiv)</i> .....41

<i>bupropion hcl</i> .....34	<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	CEFTAZIDIME/ SOL D5W
<i>bupropion hcl (smoking</i>	25-250 mg.....35	2GM ..... 16
<i>deterrent)</i> .....41	<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	<i>ceftriaxone sodium</i> .....16
<i>buspirone hcl</i> .....30	<i>er 25-100 mg</i> .....35	<i>cefuroxime axetil</i> .....16
<i>butorphanol tartrate</i> .....11	<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	<i>cefuroxime sodium</i> .....16
BYDUREON BCISE.....42	<i>er 50-200 mg</i> .....35	<i>celecoxib</i> .....10
BYETTA.....42	<i>carbidopa-levodopa-</i>	CELONTIN.....31
BYSTOLIC.....28	<i>entacapone tabs 12.5-</i>	<i>cephalexin</i> .....16
<b>C</b>	50-200 mg.....35	CERDELGA .....48
<i>cabergoline</i> .....48	<i>carbidopa-levodopa-</i>	CEREZYME .....48
CABOMETYX .....20	<i>entacapone tabs 18.75-</i>	<i>cetirizine hcl</i> .....60
<i>calcipotriene</i> .....64	75-200 mg.....35	<i>cevimeline hcl</i> .....66
<i>calcitonin (salmon) spray</i>	<i>carbidopa-levodopa-</i>	CHANTIX.....41
<i>calcitrene</i> .....64	<i>entacapone tabs 25-100-</i>	CHANTIX CONTINUING
<i>calcitriol</i> .....50	200 mg.....36	MONTH.....41
<i>calcium acetate (phosphate</i>	<i>carbidopa-levodopa-</i>	CHANTIX PAK 0.5& 1MG
<i>binder)</i> .....49	<i>entacapone tabs 31.25-</i>	.....41
CALQUENCE .....20	125-200 mg.....36	<i>chateal</i> .....45
<i>camila</i> .....45	<i>carbidopa-levodopa-</i>	CHEMET.....45
<i>candesartan cilexetil</i> .....26	<i>entacapone tabs 37.5-</i>	<i>chlorhexidine gluconate</i>
<i>candesartan cilexetil-</i>	150-200 mg.....36	(mouth-throat) .....66
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>chloroquine phosphate</i> ...14
16-12.5 mg.....25	<i>entacapone tabs 50-200-</i>	<i>chlorpromazine hcl</i> .....36
<i>candesartan cilexetil-</i>	200 mg.....36	CHLORPROMAZINE
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>carboplatin</i> .....18	HYDROCHLOR.....36
32-12.5 mg.....25	<i>carteolol hcl (ophth)</i> .....59	<i>chlorthalidone</i> .....29
<i>candesartan cilexetil-</i>	<i>cartia xt</i> .....28	<i>cholestyramine</i> .....27
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>carvedilol</i> .....28	<i>cholestyramine light</i> .....27
32-25 mg.....25	<i>casprofungin acetate</i> .....13	<i>choline fenofibrate</i> .....26
CAPLYTA .....36	CAYSTON .....12	<i>ciclopirox olamine</i> .....63
CAPRELSA .....20	<i>caziant</i> .....45	<i>cilostazol</i> .....53
<i>captopril</i> .....24	<i>cefaclor</i> .....16	CILOXAN.....58
CARB/LEVO ORALLY	CEFACLOR ER .....16	CIMDUO TAB 300-300 ...15
DISINTEGRATING TAB	<i>cefadroxil</i> .....16	<i>cinacalcet hcl</i> .....48
10-100MG .....35	CEFAZOLIN INJ	CIPRO .....17
CARB/LEVO ORALLY	1GM/50ML .....16	CIPRO HC SUS OTIC ...59
DISINTEGRATING TAB	<i>cefazolin sodium</i> .....16	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml</i>
25-100MG .....35	CEFAZOLIN SOLN	<i>in d5w</i> .....17
CARB/LEVO ORALLY	2GM/100ML-4% .....16	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml</i>
DISINTEGRATING TAB	<i>cefdinir</i> .....16	<i>in d5w</i> .....17
25-250MG .....35	<i>cefepime hcl</i> .....16	<i>ciprofloxacin hcl</i> .....17
CARBAGLU.....48	<i>cefixime</i> .....16	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..58
<i>carbamazepine</i> .....31	<i>cefoxitin sodium</i> .....16	<i>ciprofloxacin-</i>
<i>carbidopa</i> .....35	<i>cefpodoxime proxetil</i> .....16	<i>dexamethasone otic susp</i>
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	<i>cefprozil</i> .....16	0.3-0.1%.....59
10-100 mg.....35	<i>ceftazidime</i> .....16	<i>cisplatin</i> .....18
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	CEFTAZIDIME/ SOL D5W	<i>citalopram hydrobromide</i>
25-100 mg.....35	1GM .....16	34
		<i>claravis</i> .....63
		<i>clarithromycin</i> .....17

<i>clindamycin hcl</i> .....12	<i>colchicine</i> .....10	D2.5W/NAACL INJ 0.45%.56
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> .....12	<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i> .....10	D5W/LYTES INJ #48 .....56
<i>clindamycin phosphate</i> ...12	<i>colesevelam hcl</i> .....27	<i>dalfampridine</i> .....41
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> .....63	<i>colestipol hcl</i> .....27	DALIRESP .....61
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i> .....12	<i>colistimethate sodium</i> .....12	<i>danazol</i> .....47
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i> .....12	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%.....59	<i>dantrolene sodium</i> .....41
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i> .....12	COMBIVENT AER 20-100.....60	<i>dapsone</i> .....12
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> .....52	COMETRIQ (60MG DOSE).....20	DAPTACEL INJ .....56
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML.....12	COMETRIQ KIT 100MG .20	<i>daptomycin</i> .....12
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML.....12	COMETRIQ KIT 140MG .20	DAPTOMYCIN.....12
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML.....12	COMPLERA TAB.....15	<i>darifenacin hydrobromide</i> .....52
CLINIMIX INJ 4.25/D10 ..57	<i>compro</i> .....50	<i>dasetta 1/35</i> .....45
CLINIMIX INJ 4.25/D5W .57	<i>constulose</i> .....51	<i>dasetta 7/7/7</i> .....45
CLINIMIX INJ 5%/D15W .58	COPIKTRA .....20	DAURISMO .....20
CLINIMIX INJ 5%/D20W .58	CORLANOR .....30	<i>deblitane</i> .....45
CLINIMIX INJ 6/5.....58	COTELIC .....20	<i>deferasirox</i> .....45
CLINIMIX INJ 8/10.....58	CREON CAP 12000UNT 51	DELESTROGEN.....47
CLINIMIX INJ 8/14.....58	CREON CAP 24000UNT 52	DELSTRIGO TAB .....15
<i>clinisol sf 15%</i> .....58	CREON CAP 3000UNIT .51	DESCOVY TAB 200/25MG.....15
CLINOLIPID EMU 20%...58	CREON CAP 6000UNIT .51	<i>desipramine hcl</i> .....34
<i>clobazam</i> .....31	<i>cromolyn sodium</i> .....61	<i>desloratadine</i> .....60
<i>clobetasol propionate</i> .....64	<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> .....51	<i>desmopressin acetate</i> ....48
<i>clobetasol propionate e</i> ..64	<i>cromolyn sodium (ophth)</i> 59	<i>desmopressin acetate spray</i> .....49
<i>clomipramine hcl</i> .....34	<i>cryselle-28</i> .....45	<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> .....49
<i>clonazepam</i> .....31	<i>cyanocobalamin</i> .....66	<i>desogest-eth estrad &amp; eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i> .....46
<i>clonidine</i> .....30	<i>cyclafem 1/35</i> .....45	<i>desogestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i> .....46
<i>clonidine hcl</i> .....30	<i>cyclafem 7/7/7</i> .....45	<i>desvenlafaxine succinate</i> 34
<i>clopidogrel bisulfate</i> .....54	<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....41	<i>dexamethasone</i> .....48
<i>clorazepate dipotassium</i> .31	<i>cyclophosphamide</i> .....18	DEXAMETHASONE INTENSOL .....48
<i>clotrimazole</i> .....66	CYCLOPHOSPHAMIDE .18	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> .....48
<i>clotrimazole (topical)</i> .....64	<i>cycloserine</i> .....15	<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> .....58
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i> .....64	<i>cyclosporine</i> .....55	DEXILANT .....52
<i>clozapine</i> .....36, 37	<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> .....55	<i>dexmethylphenidate hcl</i> ..39
COARTEM TAB 20-120MG.....14	<i>cyproheptadine hcl</i> .....60	<i>dextrose</i> .....58
	<i>cyred eq</i> .....45	<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i> .....57
	CYSTADANE POW .....48	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i> .....56
	CYSTADROPS.....59	
	CYSTAGON.....48	
	CYSTARAN.....59	
	<i>cytarabine</i> .....19	
	<b>D</b>	
	D10W/NAACL INJ 0.2%...56	

<i>dextrose 5% in lactated ringers</i> .....	56	DIP/TET PED INJ 25-5LFU .....	56	EDARBYCLOR TAB 40-12.5 .....	25
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i> .....	56	<i>diphenhydramine hcl</i> .....	60	EDARBYCLOR TAB 40-25MG .....	25
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> .....	56	<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i> ....	51	EDURANT .....	14
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i> .....	56	<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i> .....	51	<i>efavirenz</i> .....	14
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i> .....	56	<i>dipyridamole</i> .....	54	<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i> .....	15
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i> .....	56	<i>disopyramide phosphate</i> .....	26	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i> .....	15
DIACOMIT .....	31	<i>disulfiram</i> .....	41	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i> .....	15
<i>diazepam</i> .....	31	<i>divalproex sodium</i> .....	31	<i>elinest</i> .....	46
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> .....	31	<i>docetaxel</i> .....	20	ELIQUIS .....	53
<i>diazepam inj</i> .....	31	DOCETAXEL .....	20	ELIQUIS STARTER PACK .....	53
<i>diazoxide</i> .....	48	<i>dofetilide</i> .....	26	ELLA.....	46
<i>diclofenac potassium</i> .....	10	<i>donepezil hydrochloride</i> ..	33	<i>eluryng</i> .....	46
<i>diclofenac sodium</i> .....	10	DOPELET .....	53	EMCYT .....	19
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> .....	59	<i>dorzolamide hcl</i> .....	59	<i>emoquette</i> .....	46
<i>diclofenac sodium (topical)</i> .....	65	<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i> .....	59	EMSAM .....	34
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 50-0.2 mg</i> .....	10	<i>dotti</i> .....	47	<i>emtricitabine</i> .....	14
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 75-0.2 mg</i> .....	10	DOVATO TAB 50-300MG .....	15	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i> .....	15
<i>dicloxacillin sodium</i> .....	18	<i>doxazosin mesylate</i> .....	24	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i> .....	15
<i>dicyclomine hcl</i> .....	50	<i>doxepin hcl</i> .....	34	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i> .....	15
DIFICID.....	17	<i>doxepin hcl (sleep)</i> .....	39	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i> .....	15
<i>diflunisal</i> .....	10	<i>doxercalciferol</i> .....	50	EMTRIVA.....	14
<i>digitek</i> .....	30	<i>doxorubicin hcl</i> .....	18	EMVERM .....	12
<i>digox</i> .....	30	<i>doxorubicin hcl liposomal</i> .....	19	<i>enalapril maleate</i> .....	24
<i>digoxin</i> .....	30	<i>doxy 100</i> .....	18	<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i> .....	23
<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	40	<i>doxycycline (monohydrate)</i> .....	18	<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i> .....	23
DILANTIN .....	31	<i>doxycycline hyclate</i> .....	18	ENBREL .....	54
DILANTIN INFATABS.....	31	DRIZALMA SPRINKLE ...	34	ENBREL MINI.....	54
DILANTIN-125 .....	31	<i>dronabinol</i> .....	50	ENBREL SURECLICK ...	54
<i>diltiazem hcl</i> .....	28	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i> .....	46		
<i>diltiazem hcl coated beads</i> .....	28	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i> .....	46		
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> .....	28	DROXIA .....	53		
<i>dilt-xr</i> .....	28	<i>droxidopa</i> .....	30		
		<i>duloxetine hcl</i> .....	34		
		DUREZOL .....	59		
		<i>dutasteride</i> .....	52		
		<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i> .....	52		
		<b>E</b>			
		<i>ec-naproxen</i> .....	10		
		EDARBI .....	26		

ENDARI.....	53	esomeprazole magnesium	42	FARXIGA.....	42
endocet tab 10-325mg....	11	.....	52	FARYDAK.....	20
endocet tab 2.5-325mg...	11	estarylla .....	46	FASENRA.....	61
endocet tab 5-325mg.....	11	estradiol.....	47	FASENRA PEN .....	61
endocet tab 7.5-325mg...	11	estradiol & norethindrone	47	febuxostat.....	10
ENGERIX-B.....	56	acetate tab 0.5-0.1 mg	47	felbamate.....	32
enoxaparin sodium .....	53	estradiol & norethindrone	48	felodipine .....	28
enpresse-28.....	46	acetate tab 1-0.5 mg ...	48	femynor.....	46
enskyce .....	46	estradiol vaginal.....	48	fenofibrate.....	27
ENSTILAR AER.....	64	estradiol valerate .....	48	fenofibrate micronized ....	27
entacapone.....	36	ethambutol hcl .....	15	fentanyl.....	10
entecavir.....	15	ethosuximide.....	32	fentanyl citrate .....	11
ENTRESTO TAB 24-26MG	25	ethynodiol diacetate &	34	FETZIMA .....	34
.....	25	ethinyl estradiol tab 1	34	FETZIMA CAP TITRATIO	34
ENTRESTO TAB 49-51MG	25	mg-35 mcg.....	46	.....	34
.....	25	ethynodiol diacetate &	44	FIASP FLEX INJ TOUCH44	44
ENTRESTO TAB 97-	25	ethinyl estradiol tab 1	44	FIASP INJ 100/ML.....	44
103MG .....	25	mg-50 mcg.....	46	FIASP PENFIL INJ U-100	44
enulose.....	51	etodolac.....	10	.....	44
EPCLUSA TAB 200-50MG	15	etonogestrel-ethinyl	65	FINACEA .....	65
.....	15	estradiol va ring 0.120-	52	finasteride .....	52
EPCLUSA TAB 400-100.	15	0.015 mg/24hr.....	32	FINTEPLA.....	32
EPIDIOLEX.....	31	etoposide.....	59	flac.....	59
epinephrine (anaphylaxis)	61	etravirine.....	59	FLAREX.....	59
.....	61	euthyrox.....	55	FLEBOGAMMA DIF.....	55
epirubicin hcl.....	19	everolimus .....	26	flecainide acetate.....	26
epitol.....	31	everolimus	62	FLOVENT DISKUS.....	62
EPIVIR HBV .....	15	(immunosuppressant) .	62	FLOVENT HFA.....	62
eplerenone.....	24	EVOTAZ TAB 300-150 ...	13	fluconazole.....	13
ergocalciferol .....	66	exemestane .....	13	fluconazole in nacl 0.9% inj	13
ergotamine w/ caffeine tab	40	EZALLOR SPRINKLE....	13	200 mg/100ml .....	13
1-100 mg.....	40	ezetimibe .....	13	fluconazole in nacl 0.9% inj	13
ERIVEDGE .....	20	ezetimibe-simvastatin tab	13	400 mg/200ml .....	13
ERLEADA.....	19	10-10 mg.....	13	flucytosine.....	13
erlotinib hcl .....	20	ezetimibe-simvastatin tab	48	fludrocortisone acetate ...	48
errin .....	46	10-20 mg.....	62	flunisolide (nasal).....	62
ertapenem sodium.....	12	ezetimibe-simvastatin tab	65	fluocinolone acetamide ....	65
ery.....	63	10-40 mg.....	59	fluocinolone acetamide	59
ery-tab .....	17	ezetimibe-simvastatin tab	65	(otic).....	59
ERYTHROCIN	17	10-80 mg.....	65	fluocinonide.....	65
LACTOBIONATE .....	17	<b>F</b>	65	fluocinonide emulsified	65
erythrocin stearate.....	17	FABRAZYME.....	65	base .....	65
erythromycin (acne aid) ..	63	falmina .....	59	fluorometholone (ophth)..	59
erythromycin (ophth).....	58	famciclovir.....	19	fluorouracil.....	19
erythromycin base .....	17	famotidine .....	65	fluorouracil (topical) .....	65
erythromycin ethylsuccinate	17	famotidine in nacl 0.9% iv	34	fluoxetine hcl.....	34
.....	17	soln 20 mg/50ml.....	37	fluphenazine decanoate..	37
ESBRIET .....	61	FANAPT .....	37	fluphenazine hcl.....	37
escitalopram oxalate.....	34	FANAPT PAK .....	10	flurbiprofen.....	10

<i>flurbiprofen sodium</i> .....	59	GATTEX .....	51	GOLYTELY SOL.....	51
<i>flutamide</i> .....	19	GAUZE PADS 2.....	44	GRALISE .....	40
<i>fluticasone propionate</i> .....	65	<i>gavilyte-c</i> .....	51	<i>granisetron hcl</i> .....	50
<i>fluticasone propionate</i>		<i>gavilyte-g</i> .....	51	<i>griseofulvin microsize</i> ....	13
( <i>nasal</i> ) .....	62	<i>gavilyte-n/flavor pack</i> .....	51	<i>griseofulvin ultramicrosi</i>	
<i>fluvastatin sodium</i> .....	27	GAVRETO .....	20	.....	13
<i>fluvoxamine maleate</i> .....	31	<i>gemcitabine hcl</i> .....	19	<i>guanfacine hcl</i> .....	30
<i>folic acid</i> .....	66	<i>gemfibrozil</i> .....	27	<i>guanfacine hcl (adhd)</i> ....	39
<i>fondaparinux sodium</i> .....	53	<i>generlac</i> .....	51	GVOKE HYPOPEN 2-	
<i>formoterol fumarate</i> .....	61	<i>gengraf</i> .....	55	PACK .....	48
FORTEO.....	45	GENOTROPIN.....	49	GVOKE PFS .....	48
FOSAMAX + D TAB 70-		GENOTROPIN MINIQUICK		<b>H</b>	
2800 .....	45	.....	49	HAEGARDA.....	53
FOSAMAX + D TAB 70-		<i>gentak</i> .....	58	<i>hailey 1.5/30</i> .....	46
5600 .....	45	<i>gentamicin in saline inj 0.8</i>		<i>halobetasol propionate</i> ...	65
<i>fosamprenavir calcium</i> ....	14	<i>mg/ml</i> .....	12	<i>haloperidol</i> .....	37
<i>fosinopril sodium</i> .....	24	<i>gentamicin in saline inj 1</i>		<i>haloperidol decanoate</i> ....	37
<i>fosinopril sodium &amp;</i>		<i>mg/ml</i> .....	12	<i>haloperidol lactate</i> .....	37
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>gentamicin in saline inj 1.2</i>		HARVONI PAK 33.75-	
10-12.5 <i>mg</i> .....	23	<i>mg/ml</i> .....	12	150MG .....	16
<i>fosinopril sodium &amp;</i>		<i>gentamicin in saline inj 1.6</i>		HARVONI PAK 45-200MG	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>mg/ml</i> .....	12	.....	16
20-12.5 <i>mg</i> .....	23	<i>gentamicin in saline inj 2</i>		HARVONI TAB 45-200MG	
FOTIVDA .....	20	<i>mg/ml</i> .....	12	.....	16
FREAMINE HBC INJ 6.9%		<i>gentamicin sulfate</i> .....	12	HARVONI TAB 90-400MG	
.....	58	<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>		.....	16
FREAMINE III INJ 10%...58		.....	58	HAVRIX .....	56
<i>fulvestrant</i> .....	19	<i>gentamicin sulfate (topical)</i>		<i>heather</i> .....	46
<i>furosemide</i> .....	29	.....	63	HEP SOD/NAACL INJ	
<i>furosemide inj</i> .....	29	GENVOYA TAB.....	15	25000UNT.....	53
FUZEON .....	14	GILENYA .....	41	<i>heparin sodium (porcine)</i> 53	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>		GILOTRIF .....	21	<i>heparin sodium (porcine)</i>	
.....	48	<i>glatiramer acetate</i> .....	41	100 <i>unit/ml in d5w</i> .....	53
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i> ....	48	<i>glatopa</i> .....	41	<i>heparin sodium (porcine)-</i>	
FYCOMPA .....	32	<i>glimepiride</i> .....	42	<i>dextrose iv sol 20000</i>	
<b>G</b>		<i>glipizide</i> .....	42	<i>unit/500ml-5%</i> .....	53
<i>gabapentin</i> .....	32	<i>glipizide xl</i> .....	42	<i>heparin sodium (porcine)-</i>	
<i>galantamine hydrobromide</i>		<i>glipizide-metformin hcl tab</i>		<i>dextrose iv sol 25000</i>	
.....	33	2.5-250 <i>mg</i> .....	42	<i>unit/500ml-5%</i> .....	53
GAMASTAN INJ .....	55	<i>glipizide-metformin hcl tab</i>		HEPARIN/NAACL INJ	
GAMMAGARD LIQUID...55		2.5-500 <i>mg</i> .....	42	25000UNT.....	53
GAMMAGARD S/D IGA		<i>glipizide-metformin hcl tab</i>		<i>hepatamine</i> .....	58
LESS TH .....	55	5-500 <i>mg</i> .....	42	HERCEP HYLEC SOL 60-	
GAMMAKED.....	55	<i>glycopyrrolate</i> .....	50	10000 .....	21
GAMMAPLEX.....	55	<i>glydo</i> .....	65	HERCEPTIN .....	21
GAMUNEX-C.....	55	GLYXAMBI TAB 10-5 MG		HERZUMA .....	21
<i>ganciclovir sodium</i> .....	16	.....	42	HETLIOZ.....	39
GARDASIL 9 INJ .....	56	GLYXAMBI TAB 25-5 MG		HIBERIX .....	56
<i>gatifloxacin (ophth)</i> .....	58	.....	42	HUMIRA.....	54

HUMIRA PEDIA INJ	<i>ibu</i> .....10	<i>irbesartan-</i>
CROHNS .....54	<i>ibuprofen</i> .....10	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
HUMIRA PEDIATRIC	<i>icatibant acetate</i> .....53	150-12.5 mg.....25
CROHNS D .....54	<i>iclevia</i> .....46	<i>irbesartan-</i>
HUMIRA PEN .....54	ICLUSIG .....21	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
HUMIRA PEN KIT PS/UV	IDHIFA.....21	300-12.5 mg.....25
.....54	ILEVRO .....59	IRESSA .....21
HUMIRA PEN-CD/UC/HS	<i>imatinib mesylate</i> .....21	<i>irinotecan hcl</i> .....19
START .....54	IMBRUVICA.....21	ISENTRESS .....14
HUMIRA PEN-PEDIATRIC	<i>imipenem-cilastatin</i>	ISENTRESS HD .....14
UC S .....54	<i>intravenous for soln 250</i>	<i>isibloom</i> .....46
HUMIRA PEN-PS/UV	mg.....12	ISOLYTE-P INJ /D5W.....57
STARTER .....54	<i>imipenem-cilastatin</i>	ISOLYTE-S INJ.....57
HUMULIN R U-500	<i>intravenous for soln 500</i>	ISOLYTE-S INJ PH 7.4...57
(CONCENTR.....44	mg.....12	<i>isoniazid</i> .....15
HUMULIN R U-500	<i>imipramine hcl</i> .....34	ISOPTO ATROPINE .....59
KWIKPEN .....44	<i>imiquimod</i> .....65	<i>isosorbide dinitrate</i> .....30
<i>hydralazine hcl</i> .....30	IMOVAX RABIES	<i>isosorbide mononitrate</i> ...30
<i>hydrochlorothiazide</i> .....29	(H.D.C.V.).....56	<i>isotretinoin</i> .....63
<i>hydrocodone bitartrate</i> ...10	<i>incassia</i> .....46	<i>isradipine</i> .....28
<i>hydrocodone-</i>	INCRELEX.....49	<i>itraconazole</i> .....13
<i>acetaminophen soln 7.5-</i>	INCRUSE ELLIPTA .....60	<i>ivermectin</i> .....12
325 mg/15ml .....11	<i>indapamide</i> .....29	IXIARO INJ .....56
<i>hydrocodone-</i>	INFANRIX INJ.....56	<b>J</b>
<i>acetaminophen tab 10-</i>	INGREZZA .....40	JAKAFI .....21
325 mg.....11	INGREZZA CAP 40-80MG	<i>jantoven</i> .....53
<i>hydrocodone-</i>	.....40	JANUMET TAB 50-1000.42
<i>acetaminophen tab 5-325</i>	INLYTA .....21	JANUMET TAB 50-500MG
mg.....11	INQOVI TAB 35-100MG .19	.....42
<i>hydrocodone-</i>	INREBIC .....21	JANUMET XR TAB 100-
<i>acetaminophen tab 7.5-</i>	INSULIN SAFETY	1000 .....42
325 mg.....11	NEEDLES .....44	JANUMET XR TAB 50-
<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i>	INSULIN SYRINGES:	1000 .....42
7.5-200 mg.....11	BD/ULTIMED/ALLISON/	JANUMET XR TAB 50-
<i>hydrocortisone</i> .....48	TRIVIDIA/MHC.....44	500MG .....42
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	INTELENCE.....14	JANUVIA.....42
.....51	INTRALIPID.....58	JARDIANCE .....42
<i>hydrocortisone (rectal)</i> ...65	INTRON A .....55	<i>jasmiel</i> .....46
<i>hydrocortisone (topical)</i> ..65	<i>introvale</i> .....46	JENTADUETO TAB 2.5-
<i>hydromorphone hcl</i> .....11	INVEGA SUSTENNA.....37	1000 .....43
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	INVEGA TRINZA .....37	JENTADUETO TAB 2.5-
.....55	INVIRASE .....14	500 .....42
<i>hydroxyurea</i> .....19	IPOL INJ INACTIVE.....56	JENTADUETO TAB 2.5-
<i>hydroxyzine hcl</i> .....60	<i>ipratropium bromide</i> .....60	850 .....42
<i>hydroxyzine pamoate</i> .....60	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	JENTADUETO TAB XR
HYSINGLA ER.....10	.....60	2.5-1000MG .....43
<b>I</b>	<i>ipratropium-albuterol nebu</i>	JENTADUETO TAB XR 5-
<i>ibandronate sodium</i> .....45	<i>soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i> 60	1000MG .....43
IBRANCE.....21	<i>irbesartan</i> .....26	<i>jinteli</i> .....48

<i>jolessa</i> .....	46	KISQALI 200 PAK		LENVIMA 4 MG DAILY	
<i>juleber</i> .....	46	FEMARA .....	19	DOSE .....	21
JULUCA TAB 50-25MG..	15	KISQALI 400 DOSE.....	21	LENVIMA 8 MG DAILY	
<i>junel 1.5/30</i> .....	46	KISQALI 400 PAK		DOSE .....	21
<i>junel 1/20</i> .....	46	FEMARA .....	20	LENVIMA CAP 14 MG ....	21
<i>junel fe 1.5/30</i> .....	46	KISQALI 600 DOSE.....	21	LENVIMA CAP 18 MG ....	21
<i>junel fe 1/20</i> .....	46	KISQALI 600 PAK		LENVIMA CAP 24 MG ....	21
<b>K</b>		FEMARA .....	20	<i>lessina</i> .....	46
KADCYLA.....	21	<i>klor-con</i> .....	57	<i>letrozole</i> .....	19
KALYDECO .....	62	<i>klor-con 10</i> .....	57	<i>leucovorin calcium</i> .....	23
KANJINTI.....	21	<i>klor-con 8</i> .....	57	LEUKERAN .....	18
<i>kariva</i> .....	46	<i>klor-con m10</i> .....	57	<i>leuprolide acetate</i> .....	19
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in</i>		<i>klor-con m15</i> .....	57	<i>levalbuterol hcl</i> .....	61
<i>dextrose 5% &amp; nacl</i>		<i>klor-con m20</i> .....	57	<i>levalbuterol tartrate</i> .....	61
<i>0.45% inj</i> .....	57	KORLYM .....	49	LEVEMIR.....	44
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>		<i>kurvelo</i> .....	46	LEVEMIR FLEXTOUCH .44	
<i>dextrose 5% &amp; nacl 0.2%</i>		KYNMOBI .....	36	<i>levetiracetam</i> .....	32
<i>inj</i> .....	57	<b>L</b>		<i>levetiracetam in sodium</i>	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>		<i>labetalol hcl</i> .....	28	<i>chloride iv soln 1000</i>	
<i>dextrose 5% &amp; nacl</i>		<i>lactated ringer's solution</i> .57		<i>mg/100ml</i> .....	32
<i>0.45% inj</i> .....	57	<i>lactic acid (ammonium</i>		<i>levetiracetam in sodium</i>	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>		<i>lactate)</i> .....	65	<i>chloride iv soln 1500</i>	
<i>dextrose 5% &amp; nacl 0.9%</i>		<i>lactulose</i> .....	51	<i>mg/100ml</i> .....	32
<i>inj</i> .....	57	<i>lactulose (encephalopathy)</i>		<i>levetiracetam in sodium</i>	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i>		.....	51	<i>chloride iv soln 500</i>	
<i>0.45% inj</i> .....	57	<i>lamivudine</i> .....	14	<i>mg/100ml</i> .....	32
KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN		<i>lamivudine (hbv)</i> .....	16	<i>levobunolol hcl</i> .....	59
NACL 0.45% INJ .....	57	<i>lamivudine-zidovudine tab</i>		<i>levocarnitine (metabolic</i>	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i>		<i>150-300 mg</i> .....	15	<i>modifiers)</i> .....	49
<i>0.9% inj</i> .....	57	<i>lamotrigine</i> .....	32	<i>levocetirizine</i>	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in</i>		<i>lansoprazole</i> .....	52	<i>dihydrochloride</i> .....	60
<i>dextrose 5% &amp; nacl</i>		<i>lapatinib ditosylate</i> .....	21	<i>levofloxacin</i> .....	17
<i>0.45% inj</i> .....	57	<i>larin 1.5/30</i> .....	46	<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>		<i>larin 1/20</i> .....	46	<i>250 mg/50ml</i> .....	17
<i>dextrose 5% &amp; nacl</i>		<i>larin fe 1.5/30</i> .....	46	<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	
<i>0.45% inj</i> .....	57	<i>larin fe 1/20</i> .....	46	<i>500 mg/100ml</i> .....	17
KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN		<i>larissia</i> .....	46	<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	
NACL 0.9% INJ .....	57	LASTACAFT .....	59	<i>750 mg/150ml</i> .....	17
KCL/D5W/NACL INJ		<i>latanoprost</i> .....	59	<i>levonest</i> .....	46
<i>0.3/0.9%</i> .....	57	LATUDA .....	37	<i>levonorgestrel &amp; ethinyl</i>	
<i>kelnor 1/35</i> .....	46	<i>leena</i> .....	46	<i>estradiol (91-day) tab</i>	
<i>kelnor 1/50</i> .....	46	<i>leflunomide</i> .....	55	<i>0.15-0.03 mg</i> .....	46
<i>ketoconazole</i> .....	13	LENVIMA 10 MG DAILY		<i>levonorgestrel &amp; ethinyl</i>	
<i>ketoconazole (topical)</i> .....	64	DOSE .....	21	<i>estradiol tab 0.1 mg-20</i>	
<i>ketorolac tromethamine</i>		LENVIMA 12MG DAILY		<i>mcg</i> .....	46
<i>(ophth)</i> .....	59	DOSE .....	21	<i>levonorgestrel &amp; ethinyl</i>	
KEYTRUDA.....	21	LENVIMA 20 MG DAILY		<i>estradiol tab 0.15 mg-30</i>	
KINRIX INJ .....	56	DOSE .....	21	<i>mcg</i> .....	46
KISQALI 200 DOSE.....	21				

<i>levonorgestrel-eth estra tab</i> 0.05-30/0.075-40/0.125- 30mg-mcg.....46	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-</i> 50 mg.....15	MAVYRET TAB 100-40MG .....16
<i>levora 0.15/30-28</i> .....46	<i>lorazepam</i> .....31	<i>meclizine hcl</i> .....50
<i>levo-t</i> .....49	<i>lorazepam intensol</i> .....31	<i>medroxyprogesterone</i> <i>acetate</i> .....49
<i>levothyroxine sodium</i> .....50	LORBRENA.....21	<i>medroxyprogesterone</i> <i>acetate (contraceptive)</i> 46
<i>levoxyl</i> .....50	<i>loryna</i> .....46	<i>mefloquine hcl</i> .....14
LEXIVA.....14	<i>losartan potassium</i> .....26	<i>megestrol acetate</i> .....19, 49
<i>lidocaine</i> .....65	<i>losartan potassium &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 100-12.5 mg.....25	<i>megestrol acetate</i> <i>(appetite)</i> .....49
<i>lidocaine hcl</i> .....65	<i>losartan potassium &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg.....25	MEKINIST.....21
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> .....12	<i>losartan potassium &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 50-12.5 mg.....25	MEKTOVI.....21
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> .....66	LOTEMAX.....59	<i>meloxicam</i> .....10
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%.....65	<i>lovastatin</i> .....27	<i>memantine hcl</i> .....34
<i>lillow</i> .....46	<i>low-ogestrel</i> .....46	MENACTRA INJ.....56
<i>linezolid</i> .....12	<i>loxapine succinate</i> .....37	MENQUADFI INJ.....56
<i>linezolid in sodium chloride</i> <i>iv soln 600 mg/300ml-</i> 0.9%.....12	LUMAKRAS.....21	MENVEO INJ.....56
LINZESS.....51	LUMIGAN.....59	<i>mercaptopurine</i> .....19
<i>liothyronine sodium</i> .....50	LUMIZYME.....49	<i>meropenem</i> .....13
<i>lisinopril</i> .....24	LUPRON DEPOT (1- MONTH).....19	<i>mesalamine</i> .....51
<i>lisinopril &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg.....24	LUPRON DEPOT (3- MONTH).....19	<i>mesalamine w/ cleanser</i> .51
<i>lisinopril &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg.....24	LUPRON DEPOT-PED (1- MONTH).....49	MESNEX.....23
<i>lisinopril &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 20-25 mg.....24	LUPRON DEPOT-PED (3- MONTH).....49	<i>metadate er</i> .....39
LITHIUM.....40	<i>lutea</i> .....46	<i>metformin hcl</i> .....43
<i>lithium carbonate</i> .....40	<i>lyleq</i> .....46	<i>methadone hcl</i> .....10
LIVALO.....27	<i>lyllana</i> .....48	<i>methadone hydrochloride i</i> .....11
<i>loestrin 1.5/30-21</i> .....46	LYNPARZA.....21	<i>methazolamide</i> .....29
<i>loestrin 1/20-21</i> .....46	LYSODREN.....19	<i>methenamine hippurate</i> ..13
<i>loestrin fe 1.5/30</i> .....46	<i>lyza</i> .....46	<i>methimazole</i> .....50
<i>loestrin fe 1/20</i> .....46	<b>M</b>	<i>methotrexate sodium</i> 19, 55
LOKELMA.....45	<i>magnesium sulfate</i> .....57	METHYLDOPA.....30
LONSURF TAB 15-6.14 .19	MAGNESIUM SULFATE 57	<i>methylphenidate hcl</i> .....39
LONSURF TAB 20-8.19 .19	<i>magnesium sulfate in</i> <i>dextrose 5% iv soln 1</i> <i>gm/100ml</i> .....57	<i>methylprednisolone</i> .....48
<i>loperamide hcl</i> .....51	<i>malathion</i> .....66	<i>methylprednisolone acetate</i> .....48
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-</i> 100 mg/5ml (80-20 mg/ml).....15	<i>marlissa</i> .....46	<i>methylprednisolone sod</i> <i>succ</i> .....48
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-</i> 25 mg.....15	MARPLAN.....34	<i>metoclopramide hcl</i> .....50
	MATULANE.....20	<i>metolazone</i> .....29
	<i>matzim la</i> .....28	<i>metoprolol &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg.....28
		<i>metoprolol &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 100-50 mg.....28

<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab</i>	<i>mycophenolate mofetil...55,</i>	<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1% .....</i>
<i>50-25 mg.....28</i>	<i>56</i>	<i>59</i>
<i>metoprolol succinate.....28</i>	<i>mycophenolate sodium...56</i>	<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1% .....</i>
<i>metoprolol tartrate.....28</i>	<i>myorisan.....63</i>	<i>60</i>
<i>metronidazole.....13</i>	<i>MYRBETRIQ.....52</i>	<i>NERLYNX.....22</i>
<i>metronidazole (topical) ...66</i>	<b>N</b>	<i>NEUPRO.....36</i>
<i>metronidazole in nacl 0.79% iv soln 500 mg/100ml.....13</i>	<i>nabumetone.....10</i>	<i>nevirapine.....14</i>
<i>metronidazole vaginal.....53</i>	<i>nadolol.....28</i>	<i>NEXAVAR.....22</i>
<i>metyrosine.....30</i>	<i>nafcillin sodium.....18</i>	<i>niacin (antihyperlipidemic) .....</i>
<i>MG SO4/D5W INJ 10MG/ML.....57</i>	<i>NAGLAZYME.....49</i>	<i>.....27</i>
<i>micafungin sodium.....13</i>	<i>nalbuphine hcl.....11</i>	<i>nicardipine hcl.....28</i>
<i>microgestin 1.5/30.....46</i>	<i>naloxone hcl.....42</i>	<i>NICOTROL INHALER.....42</i>
<i>microgestin 1/20.....46</i>	<i>naltrexone hcl.....42</i>	<i>NICOTROL NS.....42</i>
<i>microgestin fe 1.5/30.....46</i>	<i>NAMZARIC CAP 14-10MG.....34</i>	<i>nifedipine.....28</i>
<i>microgestin fe 1/20.....46</i>	<i>NAMZARIC CAP 21-10MG.....34</i>	<i>nikki.....46</i>
<i>midodrine hcl.....30</i>	<i>NAMZARIC CAP 28-10MG.....34</i>	<i>nilutamide.....19</i>
<i>miglustat.....49</i>	<i>NAMZARIC CAP 7-10MG.....34</i>	<i>nimodipine.....28</i>
<i>mili.....46</i>	<i>NAMZARIC CAP PACK.....34</i>	<i>NINLARO.....22</i>
<i>mimvey.....48</i>	<i>naproxen.....10</i>	<i>nisoldipine.....28</i>
<i>minitran.....30</i>	<i>naproxen sodium.....10</i>	<i>nitazoxanide.....13</i>
<i>minocycline hcl.....18</i>	<i>naratriptan hcl.....40</i>	<i>nitisinone.....49</i>
<i>minoxidil.....30</i>	<i>NARCAN.....42</i>	<i>NITRO-BID.....30</i>
<i>mirtazapine.....34</i>	<i>NATACYN.....58</i>	<i>nitrofurantoin macrocrystal .....</i>
<i>misoprostol.....51</i>	<i>nateglinide.....43</i>	<i>.....13</i>
<i>MITIGARE.....10</i>	<i>NATPARA.....45</i>	<i>nitrofurantoin monohyd macro.....13</i>
<i>M-M-R II INJ.....56</i>	<i>NAYZILAM.....32</i>	<i>nitroglycerin.....30</i>
<i>M-NATAL PLUS TAB.....57</i>	<i>necon 0.5/35-28.....46</i>	<i>nizatidine.....51</i>
<i>modafinil.....41</i>	<i>nefazodone hcl.....35</i>	<i>nora-be.....46</i>
<i>moexipril hcl.....24</i>	<i>neomycin sulfate.....13</i>	<i>norethindrone (contraceptive).....46</i>
<i>molindone hcl.....37</i>	<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin.....58</i>	<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg.....47</i>
<i>mometasone furoate.....65</i>	<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml.....58</i>	<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg.....47</i>
<i>mometasone furoate (nasal).....62</i>	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%.....58</i>	<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg.....47</i>
<i>mondoxylene nl.....18</i>	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%.....58</i>	<i>norethindrone acetate.....49</i>
<i>MONJUVI.....21</i>	<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp.....58</i>	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg.....48</i>
<i>mono-lynyah.....46</i>		<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg.....48</i>
<i>montelukast sodium.....61</i>		
<i>morphine sulfate.....11</i>		
<i>MORPHINE SULFATE...11</i>		
<i>MOVANTIK.....51</i>		
<i>moxifloxacin hcl.....17</i>		
<i>moxifloxacin hcl (ophth)..58</i>		
<i>MULTAQ.....26</i>		
<i>mupirocin.....63</i>		
<i>MVASI.....22</i>		

<i>norgestimate &amp; ethinyl</i>	<b>O</b>	ORGOVYX.....19
<i>estradiol tab 0.25 mg-35</i>	<i>ocella</i> .....47	ORKAMBI GRA 100-125 62
<i>mcg</i> .....47	OCTAGAM .....55	ORKAMBI GRA 150-188 62
<i>norgestimate-eth estrad tab</i>	<i>octreotide acetate</i> .....49	ORKAMBI TAB 100-125 .62
<i>0.18-25/0.215-25/0.25-25</i>	ODEFSEY TAB.....15	ORKAMBI TAB 200-125 .62
<i>mg-mcg</i> .....47	ODOMZO .....22	<i>orsythia</i> .....47
<i>norgestimate-eth estrad tab</i>	OFEV .....62	<i>oseltamivir phosphate</i> .....16
<i>0.18-35/0.215-35/0.25-35</i>	<i>ofloxacin (ophth)</i> .....58	<i>oxacillin sodium</i> .....18
<i>mg-mcg</i> .....47	<i>ofloxacin (otic)</i> .....60	<i>oxaliplatin</i> .....18
NORITATE .....66	OGIVRI .....22	<i>oxandrolone</i> .....42
<i>norlyroc</i> .....47	OGIVRI INJ 420MG .....22	<i>oxaprozin</i> .....10
NORPACE CR.....26	<i>olanzapine</i> .....37	<i>oxcarbazepine</i> .....32
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....47	<i>olmesartan medoxomil</i> ...26	<i>oxybutynin chloride</i> .....52
<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....47	<i>olmesartan medoxomil-</i>	<i>oxycodone hcl</i> .....11, 12
<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....47	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>oxycodone w/</i>
<i>nortrel 7/7/7</i> .....47	20-12.5 mg.....25	<i>acetaminophen tab 10-</i>
<i>nortriptyline hcl</i> .....35	<i>olmesartan medoxomil-</i>	325 mg .....12
NORVIR.....14	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>oxycodone w/</i>
NOVOLIN INJ 70/30 .....44	40-12.5 mg.....25	<i>acetaminophen tab 2.5-</i>
NOVOLIN INJ 70/30 FP..44	<i>olmesartan medoxomil-</i>	325 mg .....12
NOVOLIN N.....44	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>oxycodone w/</i>
NOVOLIN N FLEXPEN...44	40-25 mg.....25	<i>acetaminophen tab 5-325</i>
NOVOLIN R.....44	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	mg .....12
NOVOLIN R FLEXPEN...44	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>oxycodone w/</i>
NOVOLOG .....44	20-5-12.5 mg.....25	<i>acetaminophen tab 7.5-</i>
NOVOLOG FLEXPEN ...44	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	325 mg .....12
NOVOLOG MIX INJ 70/30	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	OZEMPIC (0.25 OR
.....44	40-10-12.5 mg.....25	0.5MG/DOSE) .....43
NOVOLOG MIX INJ	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	OZEMPIC (1MG/DOSE) .43
FLEXPEN.....44	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<b>P</b>
NOVOLOG PENFILL .....44	40-10-25 mg.....25	<i>pacerone</i> .....26
NOXAFIL .....13	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	<i>paclitaxel</i> .....20
NUBEQA .....19	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>paliperidone</i> .....37
NUDEXTA CAP 20-10MG	40-5-12.5 mg.....25	<i>pamidronate disodium</i> ...45
.....40	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	PAMIDRONATE
NULOJIX .....56	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	DISODIUM .....45
NULYTELY SOL	40-5-25 mg.....25	PANRETIN.....66
LMN/LIME .....51	<i>olopatadine hcl</i> .....59	<i>pantoprazole sodium</i> .....52
NUPLAZID.....37	<i>olopatadine hcl (nasal)</i> ...60	PANZYGA.....55
NUTRILIPID.....58	<i>omeprazole</i> .....52	<i>paraplatin</i> .....18
<i>nyamyc</i> .....64	OMNARIS .....62	<i>paricalcitol</i> .....50
<i>nylia 7/7/7</i> .....47	OMNIPOD KIT STARTER	<i>paromomycin sulfate</i> .....13
NYMALIZE.....28	.....44	<i>paroxetine hcl</i> .....35
<i>nymyo</i> .....47	OMNIPOD MIS 5 PACK .44	PASER .....15
<i>nystatin</i> .....13	<i>ondansetron</i> .....50	PAXIL .....35
<i>nystatin (mouth-throat)</i> ...66	<i>ondansetron hcl</i> .....50	PEDIARIX INJ 0.5ML.....56
<i>nystatin (topical)</i> .....64	ONTRUZANT.....22	PEDVAX HIB .....56
<i>nystop</i> .....64	ONUREG .....19	
	OPSUMIT .....30	

<i>peg 3350-kcl-na bicarb- nacl-na sulfate for soln 236 gm</i> .....51	<i>pioglitazone hcl</i> .....43	<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....36
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb- nacl for soln 420 gm</i> ....51	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3- 0.375 gm)</i> .....18	<i>prasugrel hcl</i> .....54
PEGASYS .....16	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12- 1.5 gm)</i> .....18	<i>pravastatin sodium</i> .....27
PEMAZYRE.....22	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2- 0.25 gm)</i> .....18	<i>praziquantel</i> .....13
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML .....18	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i> .....18	<i>prazosin hcl</i> .....24
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML .....18	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36- 4.5 gm)</i> .....18	<i>prednisolone</i> .....48
PEN NEEDLES: NOVO/BD/ULTIMED/OW EN/TRIVIDIA.....44	PIQRAY 200MG DAILY DOSE .....22	<i>prednisolone acetate (ophth)</i> .....59
<i>penicillamine</i> .....45	PIQRAY 250MG TAB DOSE .....22	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP.....59
<i>penicillin g potassium</i> .....18	PIQRAY 300MG DAILY DOSE .....22	<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....48
PENICILLIN G PROCAINE .....18	<i>pirmella 1/35</i> .....47	<i>prednisone</i> .....48
<i>penicillin g sodium</i> .....18	<i>piroxicam</i> .....10	PREDNISONE INTENSOL .....48
<i>penicillin v potassium</i> .....18	PLASMA-LYTE INJ -148 57	<i>pregabalin</i> .....32
PENTACEL INJ .....56	PLASMA-LYTE INJ -A ...57	<i>pregabalin (once-daily)</i> ...40
<i>pentamidine isethionate inh</i> .....13	<i>plenamine</i> .....58	PREMASOL SOL 10% ...58
<i>pentamidine isethionate inj</i> .....13	PLENVU SOL .....51	PRENATAL TAB 27-1MG .....57
<i>pentoxifylline</i> .....53	<i>podofilox</i> .....66	PRENATAL TAB PLUS ..57
<i>perindopril erbumine</i> .....24	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml- 0.1%</i> .....58	PRENATAL VIT TAB LOW IRON .....57
<i>periogard</i> .....66	POMALYST .....19	<i>prevalite</i> .....27
<i>permethrin</i> .....66	<i>portia-28</i> .....47	<i>previfem</i> .....47
<i>perphenazine</i> .....37	<i>posaconazole</i> .....13	PREVYMIS .....16
PERSERIS .....37	<i>potassium chloride</i> .....57	PREZCOBIX TAB 800-150 .....15
<i>pfizerpen</i> .....18	POTASSIUM CHLORIDE .....57	PREZISTA .....14
<i>phenelzine sulfate</i> .....35	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i> .....57	PRIFTIN.....15
<i>phenobarbital</i> .....32	<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> .....57	PRIOSEC.....52
<i>phenobarbital sodium</i> ....32	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....52	<i>primaquine phosphate</i> ....14
PHENYTEK .....32	PRADAXA .....53	PRIMAQUINE PHOSPHATE .....14
<i>phenytoin</i> .....32	PRALUENT.....27	<i>primidone</i> .....33
<i>phenytoin sodium</i> .....32		PRIVIGEN.....55
<i>phenytoin sodium extended</i> .....32		<i>probenecid</i> .....10
PHESGO SOL .....22		PROCALAMINE INJ 3% .58
<i>philith</i> .....47		<i>prochlorperazine</i> .....50
<i>phytonadione</i> .....66		<i>prochlorperazine edisylate</i> .....50
PIFELTRO .....14		<i>prochlorperazine maleate</i> .....50
<i>pilocarpine hcl</i> .....59		PROCRIT.....53
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....66		<i>procto-med hc</i> .....66
<i>pimozide</i> .....37		<i>procto-pak</i> .....66
<i>pimtreea</i> .....47		<i>proctozone-hc</i> .....66
<i>pindolol</i> .....28		PROGRAF .....56

PROLASTIN-C.....	62	RENFLEXIS.....	54	scopolamine.....	50
PROLENSA.....	59	<i>repaglinide</i> .....	43	SECUADO.....	38
PROLIA.....	45	RESTASIS.....	59	<i>selegiline hcl</i> .....	36
PROMACTA.....	54	RESTASIS MULTIDOSE	59	<i>selenium sulfide</i> .....	64
<i>promethazine hcl</i> .....	50	RETEVMO.....	22	SELZENTRY.....	14
<i>propafenone hcl</i> .....	26	REVLIMID.....	19	SEREVENT DISKUS.....	61
<i>propracaine hcl</i> .....	59	REXULTI.....	37, 38	<i>sertraline hcl</i> .....	35
<i>propranolol hcl</i> .....	28	REYATAZ.....	14	<i>setlakin</i> .....	47
<i>propylthiouracil</i> .....	50	REZUROCK.....	56	<i>sevelamer carbonate</i> .....	49
PROQUAD INJ.....	56	RHOPRESSA.....	59	<i>sharobel</i> .....	47
PROSOL INJ 20%.....	58	RIABNI.....	22	SHINGRIX.....	56
<i>protriptyline hcl</i> .....	35	<i>ribavirin (hepatitis c)</i> .....	16	SIGNIFOR.....	49
PULMICORT FLEXHALER		<i>rifabutin</i> .....	15	<i>sildenafil citrate</i> .....	60
.....	62	<i>rifampin</i> .....	15	<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>	
PULMOZYME.....	62	<i>riluzole</i> .....	40	<i>hypertension)</i> .....	30
PURIXAN.....	19	<i>rimantadine hydrochloride</i>		<i>silodosin</i> .....	52
<i>pyrazinamide</i> .....	15	.....	16	<i>silver sulfadiazine</i> .....	63
<i>pyridostigmine bromide</i> ..	40	RINVOQ.....	54	SIMBRINZA SUS 1-0.2%..	59
<b>Q</b>		<i>risedronate sodium</i> .....	45	<i>simliya</i> .....	47
QINLOCK.....	22	RISPERDAL CONSTA ..	38	<i>simvastatin</i> .....	27
QUADRACEL INJ.....	56	<i>risperidone</i> .....	38	<i>sirolimus</i> .....	56
<i>quetiapine fumarate</i> .....	37	<i>ritonavir</i> .....	14	SIRTURO.....	15
<i>quinapril hcl</i> .....	24	RITUXAN.....	22	SIVEXTRO.....	13
<i>quinapril-</i>		RITUXAN INJ HYCELA ..	22	SKYRIZI.....	54
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>rivastigmine</i> .....	34	SKYRIZI PEN.....	54
<i>10-12.5 mg</i> .....	24	<i>rivastigmine tartrate</i> .....	34	<i>sodium chloride</i> .....	57
<i>quinapril-</i>		<i>rizatriptan benzoate</i> .....	40	<i>sodium chloride (gu</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>ropinirole hydrochloride</i> ..	36	<i>irrigant)</i> .....	66
<i>20-12.5 mg</i> .....	24	<i>rosadan</i> .....	66	<i>sodium fluoride chew; tab;</i>	
<i>quinapril-</i>		<i>rosuvastatin calcium</i> .....	27	<i>1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i> ..	57
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		ROTARIX SUS.....	56	<i>sodium phenylbutyrate</i> ....	49
<i>20-25 mg</i> .....	24	ROTATEQ SOL.....	56	<i>sodium polystyrene</i>	
<i>quinidine sulfate</i> .....	26	<i>roweepra</i> .....	33	<i>sulfonate powder</i> .....	45
<i>quinine sulfate</i> .....	14	ROZLYTREK.....	22	<i>solifenacin succinate</i> .....	52
<b>R</b>		RUBRACA.....	22	SOLIQUA INJ 100/33.....	44
RABAVERT INJ.....	56	<i>rufinamide</i> .....	33	SOLTAMOX.....	19
<i>rabeprazole sodium</i> .....	52	RUKOBIA.....	14	SOLU-CORTEF.....	48
<i>raloxifene hcl</i> .....	49	RUXIENCE.....	22	SOMATULINE DEPOT ..	49
<i>ramipril</i> .....	24	RYBELSUS.....	43	SOMAVERT.....	49
<i>ranolazine</i> .....	30	RYDAPT.....	22	<i>sorine</i> .....	26
<i>rasagiline mesylate</i> .....	36	<b>S</b>		<i>sotalol hcl</i> .....	26
RAYALDEE.....	50	<i>sajazir</i> .....	54	<i>sotalol hcl (afib/af)</i> .....	26
<i>reclipsen</i> .....	47	SANDIMMUNE.....	56	<i>spironolactone</i> .....	24
RECOMBIVAX HB.....	56	SANTYL.....	66	<i>spironolactone &amp;</i>	
RECTIV.....	66	<i>sapropterin dihydrochloride</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
REGRANEX.....	66	.....	49	<i>25-25 mg</i> .....	29
RELENZA DISKHALER..	16	SAVELLA.....	40	<i>sprintec 28</i> .....	47
RELISTOR.....	51	SAVELLA MIS TITR PAK		SPRITAM.....	33
REMICADE.....	54	.....	41	SPRYCEL.....	22

<i>sps</i> .....	45	SYNERCID INJ 500MG ..	13	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>	
<i>sronyx</i> .....	47	SYNJARDY TAB 12.5-		80-5 mg.....	25
<i>ssd</i> .....	63	1000MG .....	43	<i>telmisartan-</i>	
STELARA .....	54	SYNJARDY TAB 12.5-500		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
STIVARGA .....	22	.....	43	40-12.5 mg.....	26
<i>streptomycin sulfate</i> .....	13	SYNJARDY TAB 5-		<i>telmisartan-</i>	
STRIBILD TAB.....	15	1000MG .....	43	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>subvenite</i> .....	33	SYNJARDY TAB 5-500MG		80-12.5 mg.....	26
<i>sucralfate</i> .....	51	.....	43	<i>telmisartan-</i>	
<i>sulfacetamide sodium</i>		SYNJARDY XR TAB 10-		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
( <i>acne</i> ).....	63	1000 .....	43	80-25 mg.....	26
<i>sulfacetamide sodium</i>		SYNJARDY XR TAB 12.5-		<i>temazepam</i> .....	39, 40
( <i>ophth</i> ).....	58	1000MG .....	43	TEMIXYS TAB 300-300..	15
<i>sulfacetamide sodium-</i>		SYNJARDY XR TAB 25-		TENIVAC INJ 5-2LF .....	56
<i>prednisolone ophth soln</i>		1000 .....	43	<i>tenofovir disoproxil</i>	
10-0.23(0.25)% .....	58	SYNJARDY XR TAB 5-		<i>fumarate</i> .....	14
SULFADIAZINE .....	13	1000MG .....	43	TEPMETKO.....	22
<i>sulfamethoxazole-</i>		SYNRIBO .....	20	<i>terazosin hcl</i> .....	24
<i>trimethoprim iv soln 400-</i>		SYNTHROID.....	50	<i>terbinafine hcl</i> .....	13
80 mg/5ml .....	13	<b>T</b>		<i>terbutaline sulfate</i> .....	61
<i>sulfamethoxazole-</i>		TABLOID .....	19	<i>terconazole vaginal</i> .....	53
<i>trimethoprim susp 200-40</i>		TABRECTA.....	22	<i>testosterone</i> .....	42
mg/5ml .....	13	<i>tacrolimus</i> .....	56	<i>testosterone cypionate</i> ...	42
<i>sulfamethoxazole-</i>		<i>tacrolimus (topical)</i> .....	66	<i>testosterone enanthate</i> ...	42
<i>trimethoprim tab 400-80</i>		<i>tadalafil</i> .....	60	<i>tetrabenazine</i> .....	41
mg.....	13	TAFINLAR .....	22	<i>tetracycline hcl</i> .....	18
<i>sulfamethoxazole-</i>		TAGRISSO .....	22	THALOMID .....	19
<i>trimethoprim tab 800-160</i>		TALTZ.....	55	THEO-24.....	62
mg.....	13	TALZENNA.....	22	<i>theophylline</i> .....	62
SULFAMYLON .....	63	<i>tamoxifen citrate</i> .....	19	<i>thioridazine hcl</i> .....	38
<i>sulfasalazine</i> .....	51	<i>tamsulosin hcl</i> .....	52	<i>thiothixene</i> .....	38
<i>sulindac</i> .....	10	TARGRETIN.....	66	<i>tiadylt er</i> .....	29
<i>sumatriptan</i> .....	40	<i>tarina fe 1/20 eq</i> .....	47	<i>tiagabine hcl</i> .....	33
<i>sumatriptan succinate</i> ....	40	TASIGNA.....	22	TIBSOVO.....	22
<i>sunitinib malate</i> .....	22	<i>tazarotene</i> .....	64	<i>tigecycline</i> .....	18
SUPREP BOWEL SOL		<i>tazicef</i> .....	17	TIGECYCLINE .....	18
PREP KIT.....	51	TAZORAC .....	64	<i>tilia fe</i> .....	47
<i>syeda</i> .....	47	<i>taztia xt</i> .....	29	<i>timolol maleate</i> .....	28
SYMBICORT AER 160-4.5		TAZVERIK .....	22	<i>timolol maleate (ophth)</i> ...	59
.....	63	TDVAX INJ 2-2 LF .....	56	<i>timolol maleate (ophth)</i>	
SYMBICORT AER 80-4.5		TECENTRIQ.....	22	<i>once-daily</i> .....	59
.....	63	TEFLARO .....	17	TIVICAY.....	14
SYMDEKO TAB 100-15062		<i>telmisartan</i> .....	26	TIVICAY PD.....	14
SYMDEKO TAB 50-75MG		<i>telmisartan-amlodipine tab</i>		<i>tizanidine hcl</i> .....	41
.....	62	40-10 mg.....	25	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	
SYMJEPI .....	62	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>		.....	58
SYMPAZAN.....	33	40-5 mg.....	25	TOBRADEX ST SUS 0.3-	
SYMTUZA TAB.....	15	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>		0.05 .....	58
SYNAREL.....	47	80-10 mg.....	25	<i>tobramycin</i> .....	13

<i>tobramycin (ophth)</i> .....	58	<i>triderm</i> .....	65	TRUXIMA.....	22
<i>tobramycin sulfate</i> .....	13	<i>trientine hcl</i> .....	45	TUKYSA .....	22
<i>tobramycin-dexamethasone</i>		<i>tri-estarylla</i> .....	47	TURALIO .....	22
<i>ophth susp 0.3-0.1%</i> ...	58	<i>trifluoperazine hcl</i> .....	38	TWINRIX INJ .....	56
<i>tolterodine tartrate</i> .....	52	<i>trifluridine</i> .....	58	TYBOST .....	14
<i>topiramate</i> .....	33	<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	36	TYPHIM VI.....	56
<i>toposar</i> .....	20	TRIJARDY XR TAB ER		<b>U</b>	
<i>toremifene citrate</i> .....	19	24HR 10-5-1000MG ....	43	UBRELVY .....	40
<i>torse mide</i> .....	29	TRIJARDY XR TAB ER		UKONI Q .....	22
TOVIAZ.....	52	24HR 12.5-2.5-1000MG		<i>unithroid</i> .....	50
TPN ELECTROL INJ .....	57	.....	43	<i>ursodiol</i> .....	51
TRADJENTA .....	43	TRIJARDY XR TAB ER		<b>V</b>	
<i>tramadol hcl</i> .....	12	24HR 25-5-1000MG ....	43	<i>valacyclovir hcl</i> .....	16
<i>tramadol-acetaminophen</i>		TRIJARDY XR TAB ER		VALCHLOR .....	66
<i>tab 37.5-325 mg</i> .....	12	24HR 5-2.5-1000MG ...	43	<i>valganciclovir hcl</i> .....	16
<i>trandolapril</i> .....	24	TRIKAFTA TAB 100-50-		<i>valproate sodium</i> .....	33
<i>tranexamic acid</i> .....	54	75MG & 150MG .....	62	<i>valproic acid</i> .....	33
<i>tranylcypromine sulfate</i> ...	35	TRIKAFTA TAB 50-25-		<i>valsartan</i> .....	26
TRAVASOL INJ 10% .....	58	37.5MG & 75MG .....	62	<i>valsartan-</i>	
<i>travoprost</i> .....	59	<i>tri-legest fe</i> .....	47	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
TRAZIMERA.....	22	<i>tri-lynyah</i> .....	47	160-12.5 mg.....	26
<i>trazodone hcl</i> .....	35	<i>tri-lo-estarylla</i> .....	47	<i>valsartan-</i>	
TRECTOR.....	15	<i>tri-lo-marzia</i> .....	47	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
TRELEGY AER ELLIPTA		<i>tri-lo-mili</i> .....	47	160-25 mg.....	26
100-62.5-25 MCG .....	60	<i>tri-lo-sprintec</i> .....	47	<i>valsartan-</i>	
TRELEGY AER ELLIPTA		<i>trimethoprim</i> .....	13	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
200-62.5-25 MCG .....	60	<i>tri-mili</i> .....	47	320-12.5 mg.....	26
TRELSTAR MIXJECT....	19	<i>trimipramine maleate</i> .....	35	<i>valsartan-</i>	
<i>treprostinil</i> .....	30	TRINTELLIX .....	35	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
TRESIBA .....	44	<i>tri-nymyo</i> .....	47	320-25 mg.....	26
TRESIBA FLEXTOUCH..	44	<i>tri-previfem</i> .....	47	<i>valsartan-</i>	
<i>tretinoin</i> .....	63	<i>tri-sprintec</i> .....	47	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> ..	20	TRIUMEQ TAB .....	15	80-12.5 mg.....	26
TREXALL.....	55	<i>trivora-28</i> .....	47	VALTOCO.....	33
<i>triamcinolone acetonide</i>		<i>tri-vylibra</i> .....	47	<i>vancomycin hcl</i> .....	13
<i>(mouth)</i> .....	66	<i>tri-vylibra lo</i> .....	47	VANCOMYCIN INJ 1 GM13	
<i>triamcinolone acetonide</i>		TROGARZO .....	14	VANCOMYCIN INJ 500MG	
<i>(topical)</i> .....	65	TROPHAMINE INJ 10% ..	58	.....	13
<i>triamterene &amp;</i>		<i>trospium chloride</i> .....	52	VANCOMYCIN INJ 750MG	
<i>hydrochlorothiazide cap</i>		TRULICITY .....	43	.....	13
37.5-25 mg.....	29	TRUMENBA INJ .....	56	<i>vandazole</i> .....	53
<i>triamterene &amp;</i>		TRUSELTIQ 100 MG		VAQTA .....	56
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		DAILY DOSE.....	22	VARIVAX .....	56
37.5-25 mg.....	29	TRUSELTIQ 125 MG		VASCEPA.....	27
<i>triamterene &amp;</i>		DAILY DOSE.....	22	VELCADE .....	22
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		TRUSELTIQ 50 MG DAILY		<i>velivet</i> .....	47
75-50 mg.....	29	DOSE .....	22	VELTASSA .....	45
TRICARE TAB PRENATAL		TRUSELTIQ 75 MG DAILY		VEMLIDY.....	16
.....	57	DOSE .....	22	VENCLEXTA .....	22

VENCLEXTA TAB START	XARELTO.....	XYREM.....
PK.....	XARELTO STAR TAB	<b>Y</b>
<i>venlafaxine hcl</i> .....	15/20MG.....	YF-VAX INJ.....
VENTAVIS.....	XATMEP.....	<i>yuvafem</i> .....
VENTOLIN HFA.....	XCOPRI.....	<b>Z</b>
VENTOLIN HFA	XCOPRI PAK 100-150....	<i>zafemy</i> .....
(INSTITUTIONAL PACK)	XCOPRI PAK 12.5-25....	<i>zafirlukast</i> .....
.....	XCOPRI PAK 150-200MG	<i>zarah</i> .....
<i>verapamil hcl</i> .....	(MAINTENANCE).....	ZARXIO.....
VERSACLOZ.....	XCOPRI PAK 150-200MG	ZEJULA.....
VERZENIO.....	(TITRATION).....	ZELBORAF.....
<i>vestura</i> .....	XCOPRI PAK 50-100MG	ZEMAIRA.....
V-GO 20 KIT.....	XELJANZ.....	<i>zenatane</i> .....
V-GO 30 KIT.....	XELJANZ XR.....	ZENPEP CAP 10000UNT
V-GO 40 KIT.....	XERMELO.....	.....
VICTOZA.....	XGEVA.....	.....
<i>vienna</i> .....	XIFAXAN.....	ZENPEP CAP 15000UNT
<i>vigabatrin</i> .....	XIGDUO XR TAB 10-1000	.....
<i>vigadrone</i> .....	.....	ZENPEP CAP 20000UNT
VIIBRYD.....	XIGDUO XR TAB 10-	.....
VIIBRYD KIT STARTER.....	500MG.....	ZENPEP CAP 25000.....
VIMPAT.....	XIGDUO XR TAB 2.5-1000	ZENPEP CAP 3000UNIT.....
<i>vincristine sulfate</i> .....	.....	ZENPEP CAP 40000.....
<i>vinorelbine tartrate</i> .....	XIGDUO XR TAB 5-	ZENPEP CAP 5000UNIT.....
<i>viorele</i> .....	1000MG.....	ZERVIATE.....
VIRACEPT.....	XIGDUO XR TAB 5-500MG	<i>zidovudine</i> .....
VIREAD.....	.....	<i>ziprasidone hcl</i> .....
VITRAKVI.....	XOLAIR.....	<i>ziprasidone mesylate</i> .....
VIVITROL.....	XOSPATA.....	ZIRABEV.....
VIZIMPRO.....	XPOVIO 100 MG ONCE	ZIRGAN.....
<i>voriconazole</i> .....	WEEKLY.....	<i>zoledronic acid</i> .....
VOSEVI TAB.....	XPOVIO 40 MG ONCE	ZOLINZA.....
VOTRIENT.....	WEEKLY.....	<i>zolmitriptan</i> .....
VRAYLAR.....	XPOVIO 40 MG TWICE	<i>zolpidem tartrate</i> .....
VRAYLAR CAP 1.5-3MG.....	WEEKLY.....	<i>zonisamide</i> .....
<i>vyfemla</i> .....	XPOVIO 60 MG ONCE	ZORTRESS.....
<i>vylibra</i> .....	WEEKLY.....	<i>zovia 1/35</i> .....
VYVANSE.....	XPOVIO 60 MG TWICE	<i>zumandimine</i> .....
VYZULTA.....	WEEKLY.....	ZYCLARA PUMP.....
<b>W</b>	XPOVIO 80 MG ONCE	ZYDELIG.....
<i>warfarin sodium</i> .....	WEEKLY.....	ZYKADIA.....
<i>water for irrigation, sterile</i>	XPOVIO 80 MG TWICE	ZYLET SUS 0.5-0.3%.....
<i>irrigation soln</i> .....	WEEKLY.....	ZYPITAMAG.....
<i>wera</i> .....	XTANDI.....	ZYPREXA RELPREVV...38
<b>X</b>	<i>xulane</i> .....	
XALKORI.....	XULTOPHY INJ 100/3.6.....	

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