

AvMed Medicare Formulario para 2021 Lista de medicamentos cubiertos

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

HPMS Approved Formulary File Submission
ID, 00021173 Version Number 16
H1016_PH237SP-092020_C

Este formulario resumido se actualizó el 10/01/2020. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed Medicare al 1-800-782- 8633 desde el 1ro de octubre al 31 de marzo: 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre: 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, y 9:00 am a 1:00 pm los sábados (para los usuarios de TTY, 711, los 7 días a la semana y las 24 horas del día) o visite www.avmed.org



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

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

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 10/01/2021. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2021 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de AvMed Medicare?

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

Normalmente, AvMed Medicare cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea 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 2021 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2021, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto es vigente a partir del 10/01/2021. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por AvMed Medicare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 9. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría

“Cardiovascular”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 9. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 66. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 9. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explica(n) nuestra(s) restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de AvMed Medicare

El formulario a continuación proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por AvMed Medicare. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 66.

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

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

Lista de Abreviaturas y Su Significado

B/D: Este medicamento por receta puede estar cubierto bajo la Parte B o la D del Medicare, dependiendo de las circunstancias. Para tomar determinación, puede ser que se necesite presentar información que describa el uso y las circunstancias del medicamento por favor llame al Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed al 7-800-782-8633 desde el 1ro de octubre al 31 de marzo: 8:00am a 8:00pm, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de Septiembre: 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, y 9:00 am a 1:00 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 Realizado. 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 10/01/2021

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANALGÉSICOS		
GOTA		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	2	GC
<i>colchicine</i> TABS .6mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>colchicine w/ probenecid tab</i> 0.5-500 mg	3	
MITIGARE CAPS .6mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<i>probenecid</i> TABS 500mg	3	
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg QL (240 caps / 30 días)	3	QL
<i>celecoxib</i> CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL
<i>celecoxib</i> CAPS 200mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg	3	
<i>diclofenac sodium</i> TBEC 25mg, 50mg, 75mg	2	GC
<i>diclofenac w/ misoprostol tab</i> <i>delayed release 50-0.2 mg</i>	4	
<i>diclofenac w/ misoprostol tab</i> <i>delayed release 75-0.2 mg</i>	4	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	3	
<i>ec-naproxen</i> TBEC 375mg, 500mg	2	GC
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	3	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	3	
<i>ibu</i> TABS 600mg, 800mg	1	GC
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	3	

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 9
 - 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
ANALGÉSICOS OPIÁCEOS, ACCIÓN CORTA		
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i> QL (2700 mL / 30 días)	3	QL
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i> QL (400 tabs / 30 días)	3	QL
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i> QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>butorphanol tartrate SOLN 1mg/ml, 2mg/ml</i>	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 LPOP 200mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg</i> QL (120 losanges / 30 días)	5	QL PA
<i>fentanyl citrate LPOP 400mcg</i> QL (120 losanges / 30 días)	4	QL PA
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i> QL (2700 mL / 30 días)	4	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i> QL (240 tabs / 30 días)	3	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL

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

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

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada
B/D - 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 w/ acetaminophen</i> tab 5-325 mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen</i> tab 7.5-325 mg QL (240 tabs / 30 días)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen</i> tab 10-325 mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg QL (240 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>tramadol-acetaminophen</i> tab 37.5-325 mg QL (240 tabs / 30 días)	3	QL
ANESTÉSICOS		
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	3	B/D
CONTRA INFECCIONES		
CONTRA INFECCIONES, VARIOS		
<i>albendazole</i> TABS 200mg	5	
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	4	
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	5	
<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</i> <i>hydrochloride</i> SOLR 75mg/5ml	4	
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 9gm/60ml, 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	3	
<i>clindamycin phosphate in d5w</i> <i>iv soln 300 mg/50ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w</i> <i>iv soln 600 mg/50ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w</i> <i>iv soln 900 mg/50ml</i>	4	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 / 365 días)	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</i> <i>intravenous for soln 250 mg</i>	4	
<i>imipenem-cilastatin</i> <i>intravenous for soln 500 mg</i>	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</i> <i>soln 600 mg/300ml-0.9%</i>	4	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	4	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	3	
<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	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>metronidazole in nacl 0.79% iv soln 500 mg/100ml</i>	3	
<i>neomycin sulfate TABS 500mg</i>	2	GC
<i>nitazoxanide TABS 500mg QL (6 tabs / 30 días)</i>	5	QL
<i>nitrofurantoin macrocrystal CAPS 50mg, 100mg</i>	3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro CAPS 100mg</i>	3	
<i>paromomycin sulfate CAPS 250mg</i>	4	
<i>pentamidine isethionate inh SOLR 300mg</i>	4	B/D
<i>pentamidine isethionate inj SOLR 300mg</i>	4	
<i>praziquantel TABS 600mg</i>	4	
<i>SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg</i>	5	
<i>streptomycin sulfate SOLR 1gm</i>	5	
<i>SULFADIAZINE TABS 500mg</i>	4	
<i>sulfamethoxazole- trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	4	
<i>sulfamethoxazole- trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	3	
<i>sulfamethoxazole- trimethoprim tab 400-80 mg</i>	1	GC
<i>sulfamethoxazole- trimethoprim tab 800-160 mg</i>	1	GC
<i>SYNERCID INJ 500MG</i>	5	
<i>tobramycin NEBU 300mg/5ml</i>	5	PA
<i>tobramycin sulfate SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	3	
<i>trimethoprim TABS 100mg</i>	2	GC
<i>vancomycin hcl CAPS 125mg QL (80 caps / 180 días)</i>	4	QL
<i>vancomycin hcl CAPS 250mg QL (160 caps / 180 días)</i>	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>vancomycin hcl SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg</i>	4	
<i>VANCOMYCIN INJ 1 GM</i>	4	
<i>VANCOMYCIN INJ 500MG</i>	4	
<i>VANCOMYCIN INJ 750MG</i>	4	
FUNGICIDAS		
<i>ABELCET SUSP 5mg/ml</i>	4	B/D
<i>AMBISOME SUSR 50mg</i>	5	B/D
<i>amphotericin b SOLR 50mg</i>	4	B/D
<i>casprofungin acetate SOLR 50mg, 70mg</i>	5	
<i>fluconazole SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 200mg</i>	3	
<i>fluconazole TABS 150mg</i>	2	GC
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	3	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	3	
<i>flucytosine CAPS 250mg, 500mg</i>	5	
<i>griseofulvin microsize SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize TABS 125mg, 250mg</i>	4	
<i>itraconazole CAPS 100mg</i>	4	PA
<i>ketoconazole TABS 200mg</i>	3	PA
<i>miconazole sodium SOLR 50mg, 100mg</i>	5	
<i>NOXAFIL SUSP 40mg/ml QL (630 mL / 30 días)</i>	5	QL
<i>nystatin TABS 500000unit</i>	3	
<i>posaconazole TBEC 100mg QL (93 tabs / 30 días)</i>	5	QL
<i>terbinafine hcl TABS 250mg QL (90 tabs / año)</i>	1	GC QL
<i>voriconazole SOLR 200mg; SUSR 40mg/ml</i>	5	PA
<i>voriconazole TABS 50mg QL (480 tabs / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>voriconazole TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)</i>	4	QL 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
ANTIPALÚDICOS		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 62.5-25 mg	4	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg	4	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	3	
COARTEM TAB 20-120MG	4	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	3	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	3	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	3	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	4	PA
AGENTES ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml	4	
<i>abacavir sulfate</i> TABS 300mg	3	
APTIVUS CAPS 250mg; SOLN 100mg/ml	5	
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	4	
CRIXIVAN CAPS 200mg, 400mg	4	
EDURANT TABS 25mg	5	
<i>efavirenz</i> CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	4	
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	3	
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	3	
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	5	
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	5	
FUZEON SOLR 90mg	5	
INTELENCE TABS 25mg	4	
INTELENCE TABS 100mg, 200mg	5	
INVIRASE TABS 500mg	5	
ISENTRESS CHEW 25mg; PACK 100mg	3	
ISENTRESS CHEW 100mg; TABS 400mg	5	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	
<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	3	
NORVIR PACK 100mg; SOLN 80mg/ml	4	
PIFELTRO TABS 100mg	5	
PREZISTA SUSP 100mg/ml QL (400 mL / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 75mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL
PREZISTA TABS 150mg QL (240 tabs / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 800mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
REYATAZ PACK 50mg	5	
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	3	
RUKOBIA TB12 600mg	5	
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg, 150mg, 300mg	5	
SELZENTRY TABS 25mg	3	
<i>stavudine</i> CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	3	
TIVICAY TABS 10mg	3	
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	5	
TIVICAY PD TBSO 5mg	3	
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	LA
TYBOST TABS 150mg	4	
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	

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
zidovudine CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	4	
zidovudine TABS 300mg	3	
AGENTES ANTIRRETROVIRALES MIXTOS		
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg	3	
abacavir sulfate-lamivudine- zidovudine tab 300-150-300 mg	5	
BIKTARVY TAB	5	
CIMDUO TAB 300-300	5	
COMPLERA TAB	5	
DELSTRIGO TAB	5	
DESCOVY TAB 200/25MG	5	
DOVATO TAB 50-300MG	5	
efavirenz-emtricitabine- tenofovir df tab 600-200-300 mg	5	
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg	5	
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg	5	
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100- 150 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133- 200 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167- 250 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200- 300 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
EVOTAZ TAB 300-150	5	
GENVOYA TAB	5	
JULUCA TAB 50-25MG	5	
KALETRA TAB 100-25MG	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
KALETRA TAB 200-50MG	5	
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg	4	
lopinavir-ritonavir soln 400- 100 mg/5ml (80-20 mg/ml)	4	
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg	4	
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg	5	
ODEFSEY TAB	5	
PREZCOBIX TAB 800-150	5	
STRIBILD TAB	5	
SYMTUZA TAB	5	
TEMIXYS TAB 300-300	5	
TRIUMEQ TAB	5	
AGENTES ANTITUBERCULOSOS		
cycloserine CAPS 250mg	5	
ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg	3	
isoniazid SYRP 50mg/5ml	4	
isoniazid TABS 100mg, 300mg	1	GC
PASER PACK 4gm	4	
PRIFTIN TABS 150mg	4	
pyrazinamide TABS 500mg	4	
rifabutin CAPS 150mg	4	
rifampin CAPS 150mg, 300mg	3	
rifampin SOLR 600mg	4	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	5	LA PA
TRECTOR TABS 250mg	4	
ANTIVIRALES		
acyclovir CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg	2	GC
acyclovir SUSP 200mg/5ml	4	
acyclovir sodium SOLN 50mg/ml	4	B/D
adefovir dipivoxil TABS 10mg	5	
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	5	
entecavir TABS .5mg, 1mg	4	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
EPCLUSA TAB 200-50MG	5	PA
EPCLUSA TAB 400-100	5	PA
EPIVIR HBV SOLN 5mg/ml	4	
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	3	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	4	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	5	PA
HARVONI PAK 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 90-400MG	5	PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	4	
MAVYRET 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/0.5ml, 180mcg/ml	5	PA
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; TABS 450mg	3	
VEMLIDY TABS 25mg	5	PA
VOSEVI TAB	5	PA
CEFALOSPORINAS		
<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>cefoxitin 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, 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** 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>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5	
ERITROMICINAS / MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	3	
<i>azithromycin</i> TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	GC
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	4	
<i>clarithromycin</i> TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	3	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	5	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	4	
<i>erythrocin stearate</i> TABS 250mg	4	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	4	
FLUOROQUINOLONAS		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	4	
<i>ciprofloxacin</i> 200 mg/100ml in d5w	3	
<i>ciprofloxacin</i> 400 mg/200ml in d5w	3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 100mg	4	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
<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	
<i>moxifloxacin hcl</i> 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj	4	
MOXIFLOXACIN HYDROCHLORID SOLN 400mg/250ml	4	
PENICILINAS		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	1	GC
<i>amoxicillin</i> CHEW 125mg, 250mg	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> <i>chew tab</i> 200-28.5 mg	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> <i>chew tab</i> 400-57 mg	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate for</i> <i>susp</i> 200-28.5 mg/5ml	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate for</i> <i>susp</i> 250-62.5 mg/5ml	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate for</i> <i>susp</i> 400-57 mg/5ml	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate for</i> <i>susp</i> 600-42.9 mg/5ml	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 250-125 mg	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 500-125 mg	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 875-125 mg	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> <i>er</i> 12hr 1000-62.5 mg	4	
<i>ampicillin</i> CAPS 500mg	2	GC
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> <i>for inj</i> 1.5 (1-0.5) gm	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> <i>for inj</i> 3 (2-1) gm	4	

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>ampicillin & sulbactam sodium</i> for iv soln 1.5 (1-0.5) gm	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> for iv soln 3 (2-1) gm	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> for iv soln 15 (10-5) gm	4	
<i>ampicillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg	4	
BICILLIN L-A SUSP 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	4	
<i>dicloxacillin sodium</i> CAPS 250mg, 500mg	3	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 10gm	5	
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 10gm	5	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	4	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	4	
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml	4	
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 5000000unit	4	
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	GC
<i>penicillin v potassium</i> TABS 250mg, 500mg	1	GC
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam na</i> for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod</i> for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod</i> for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>piperacillin sod-tazobactam sod</i> for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod</i> for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)	4	
TETRACICLINAS		
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	4	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg	2	GC
<i>doxycycline (monohydrate)</i> TABS 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; TABS 20mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> SOLR 100mg	4	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>mondoxylene nl</i> CAPS 100mg	2	GC
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	4	PA
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	5	
TIGECYCLINE SOLR 50mg	5	
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS		
AGENTES ALQUILANTES		
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	5	B/D
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	3	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	3	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg	3	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml	5	B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 1gm, 2gm, 500mg	5	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	4	B/D
LEUKERAN TABS 2mg	5	
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	4	B/D

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>oxaliplatin</i> SOLR 50mg, 100mg	5	B/D
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	3	B/D
ANTIBIÓTICOS		
<i>adriamycin</i> SOLN 2mg/ml	4	B/D
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	4	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	5	B/D
<i>epirubicin hcl</i> SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	4	B/D
ANTIMETABOLITOS		
ALIMTA SOLR 100mg, 500mg	5	B/D
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	5	B/D
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	3	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	3	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	4	B/D
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	3	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	3	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	5	LA PA
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	5	
TABLOID TABS 40mg	4	
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg, 500mg	5	PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	1	GC
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	2	GC
EMCYT CAPS 140mg	4	
ERLEADA TABS 60mg	5	LA PA
<i>exemestane</i> TABS 25mg	4	
<i>flutamide</i> CAPS 125mg	3	
<i>fulvestrant</i> SOLN 250mg/5ml	5	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	2	GC
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	4	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	PA
LYSODREN TABS 500mg	5	
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	3	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	5	
NUBEQA TABS 300mg	5	LA PA
ORGOVYX TABS 120mg	5	LA PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	GC
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	5	
TRELSTAR MIXJECT SUSR 3.75mg, 11.25mg	5	PA
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	5	LA PA
ZYTIGA TABS 500mg	5	LA PA
INMUNOMODULADORES		
POMALYST CAPS 1mg, 2mg QL (21 caps / 21 días)	5	QL LA PA
POMALYST CAPS 3mg, 4mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
THALOMID CAPS 50mg, 100mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg QL (56 caps / 28 días)	5	QL PA
VARIOS		
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	5	PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	2	GC
INQOVI TAB 35-100MG	5	LA PA

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>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	4	B/D
KISQALI 200 PAK FEMARA	5	PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	5	PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	5	PA
LONSURF TAB 15-6.14	5	PA
LONSURF TAB 20-8.19	5	PA
MATULANE CAPS 50mg	5	LA
SYNRIBO SOLR 3.5mg	5	PA
<i>tratinol</i> (chemotherapy) CAPS 10mg	5	
INHIBIDORES MITÓTICOS		
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
AGENTES MOLECULARES OBJETIVO		
AFINITOR TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 2mg QL (150 tabs / 30 días)	5	QL PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
AFINITOR DISPERZ TBSO 5mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
ALECENSA CAPS 150mg	5	LA PA
ALUNBRIG TABS 30mg, 90mg, 180mg	5	LA PA
ALUNBRIG PAK	5	LA PA
AVASTIN SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
BALVERSA TABS 3mg, 4mg, 5mg	5	LA PA
BORTEZOMIB SOLR 3.5mg	5	PA
BOSULIF TABS 100mg, 400mg, 500mg	5	PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	5	LA PA
BRUKINSA CAPS 80mg	5	LA PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
CALQUENCE CAPS 100mg	5	LA PA
CAPRELSA TABS 100mg, 300mg	5	LA PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	5	LA PA
COMETRIQ KIT 100MG	5	LA PA
COMETRIQ KIT 140MG	5	LA PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	5	LA PA
COTELLIC TABS 20mg	5	LA PA
DAURISMO TABS 25mg, 100mg	5	LA PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	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

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
FARYDAK CAPS 10mg, 15mg, 20mg	5	LA PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
GAVRETO CAPS 100mg	5	LA PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	5	LA PA
HERCEP HYLEC SOL 60- 10000	5	PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
ICLUSIG TABS 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
IMBRUVICA CAPS 70mg QL (56 caps / 28 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA TABS 140mg QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA TABS 280mg QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA TABS 420mg, 560mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INLYTA TABS 1mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
INLYTA TABS 5mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INREBIC CAPS 100mg	5	LA PA
IRESSA TABS 250mg	5	LA PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	B/D
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	PA
KISQALI TBPK 200mg	5	PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	5	PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	LA PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	LA PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	LA PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	LA PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	LA PA
LENVIMA CAP 14 MG	5	LA PA
LENVIMA CAP 18 MG	5	LA PA
LENVIMA CAP 24 MG	5	LA PA
LORBRENA TABS 25mg, 100mg	5	LA PA
LUMAKRAS TABS 120mg	5	LA PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
MEKINIST TABS .5mg, 2mg	5	LA PA
MEKTOVI TABS 15mg	5	LA PA
MONJUVI SOLR 200mg	5	LA PA
MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA
NERLYNX TABS 40mg	5	LA PA
NEXAVAR TABS 200mg	5	LA PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	5	PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	5	LA PA
RUXIENCE SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
RYDAPT CAPS 25mg	5	PA
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	5	PA
STIVARGA TABS 40mg	5	LA PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA
SUTENT CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	5	PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TAGRISSE TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS .25mg, 1mg	5	LA PA
TASIGNA CAPS 50mg, 150mg, 200mg	5	PA
TAZVERIK TABS 200mg	5	LA PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	5	LA PA
TEPMETKO TABS 225mg	5	LA PA
TIBSOVO TABS 250mg	5	LA PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	5	PA
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
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	5	LA PA
VITRAKVI CAPS 25mg, 100mg; SOLN 20mg/ml	5	LA PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	5	LA PA
VOTRIENT TABS 200mg	5	LA PA

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
XALKORI CAPS 200mg, 250mg	5	LA PA
XOSPATA TABS 40mg	5	LA PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	5	LA PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	5	LA PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 60mg	5	LA PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	5	LA PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 50mg	5	LA PA
ZEJULA CAPS 100mg	5	LA PA
ZELBORAF TABS 240mg	5	LA PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	PA
ZOLINZA CAPS 100mg	5	PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	5	LA PA
ZYKADIA TABS 150mg	5	LA PA
AGENTES PROTECTORES		
<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	
CARDIOVASCULAR COMBINACIONES DEL INHIBIDOR DE LA ECA		
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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 & hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg</i>	1	GC
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg</i>	1	GC
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	GC
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	1	GC
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	GC

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

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
COMBINACIONES DE ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
<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** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
 Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>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 & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	GC

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
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA		
<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
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml</i>	2	GC
<i>amiodarone hcl 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>	2	GC
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS		
<i>ANTARA CAPS 30mg, 90mg</i>	4	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 25
- 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>choline fenofibrate</i> CPDR 45mg, 135mg	3	
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	3	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	3	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	1	GC
ANTILIPÉMICOS, LOS INHIBIDORES DE LA HMG-COA REDUCTASA		
ALTOPREV TB24 20mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL ST
ALTOPREV TB24 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL ST
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
EZALLOR SPRINKLE CPSP 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
<i>fluvastatin sodium</i> CAPS 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>fluvastatin sodium</i> TB24 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
LIVALO TABS 1mg, 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<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
ANTILIPÉMICOS, VARIOS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	4	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm	4	
<i>colestipol hcl</i> TABS 1gm	3	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	3	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10- 10 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10- 20 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10- 40 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10- 80 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
JUXTAPID CAPS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	5	LA PA
<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	
BETABLOQUEANTE / DIURÉTICO COMBINACIONES		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	2	GC
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5- 6.25 mg</i>	2	GC

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>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	2	GC
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	3	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	3	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	3	
BETABLOQUEANTE		
<i>acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg</i>	2	GC
<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>	3	
<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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>propranolol hcl TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	2	GC
<i>timolol maleate TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	3	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<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	

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

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

PA - Autorización Previa QL - Cantidad Limitada ST - Terapia Escalonada B/D 28
- 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 10-20 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg</i>	1	GC
<i>clonidine</i> PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	4	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	GC
CORLANOR SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 7.5mg	4	
<i>digitek</i> TABS .125mg, .25mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>digox</i> TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	4	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL PA
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml	4	
<i>hydralazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
<i>methyldopa</i> TABS 250mg, 500mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA
<i>metirosine</i> CAPS 250mg	5	PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	3	
<i>midodrine hcl</i> TABS 10mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	2	GC
NORTHERA CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
NORTHERA CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL LA PA
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	4	
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	3	
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 40mg	5	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	GC
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	GC
<i>minitran</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr	3	
NITRO-BID OINT 2%	3	
NITRO-DUR PT24 .3mg/hr, .8mg/hr	4	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	3	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>bosentan</i> TABS 125mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
OPSUMIT TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	LA PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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
<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, 500mg; PACK 250mg, 500mg	5	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	

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>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	
<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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	3	
<i>levetiracetam</i> SOLN 500mg/5ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	4	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> TABS 150mg, 300mg, 600mg	3	
PEGANONE TABS 250mg	4	
<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

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>pregabalin</i> CAPS 200mg QL (90 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 250mg	2	GC
<i>roweepra</i> TABS 500mg	3	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml; TABS 200mg, 400mg	5	PA
SPRITAM TB3D 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg	4	
<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
<i>vigadrone</i> PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VIMPAT SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 días)	5	QL
VIMPAT SOLN 200mg/20ml	5	
VIMPAT TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
VIMPAT TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 50mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 días)	4	QL
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 50-200MG QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
CONTRA LA DEMENCIA		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	2	GC
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	4	
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL

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

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
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
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	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>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	GC
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	GC
<i>paroxetine hcl</i> TB24 12.5mg, 25mg, 37.5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
PAXIL SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	3	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	4	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml	3	
<i>sertraline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	4	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	GC
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg QL (240 caps / 30 días)	4	QL
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 50mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
TRINTELLIX TABS 5mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
TRINTELLIX TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
TRINTELLIX TABS 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	GC
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	
VIIBRYD TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 34
- 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 TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg</i>	1	GC
<i>pramipexole dihydrochloride TB24 .375mg, .75mg, 1.5mg, 2.25mg, 3mg, 3.75mg, 4.5mg</i>	4	
<i>rasagiline mesylate TABS 1mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>rasagiline mesylate TABS .5mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	2	GC
<i>ropinirole hydrochloride TB24 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 12mg</i>	4	
<i>selegiline hcl CAPS 5mg</i>	4	
<i>selegiline hcl TABS 5mg</i>	3	
<i>trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg</i> Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANTIPSIÓTICOS		
ABILIFY MANTENA PRSY 300mg, 400mg; SRER 300mg, 400mg QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
<i>aripiprazole SOLN 1mg/ml</i> QL (900 mL / 30 días)	5	QL
<i>aripiprazole TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>aripiprazole TBDP 10mg, 15mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 inyección / 56 días)	5	QL
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	
<i>asenapine maleate SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
CAPLYTA CAPS 42mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>chlorpromazine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	4	
<i>clozapine TABS 25mg, 50mg</i>	3	
<i>clozapine TABS 100mg</i> QL (270 tabs / 30 días)	4	QL
<i>clozapine TABS 200mg</i> QL (135 tabs / 30 días)	4	QL
<i>clozapine TBDP 12.5mg, 25mg</i>	4	PA
<i>clozapine TBDP 100mg</i> QL (270 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>clozapine TBDP 150mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	5	QL PA

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **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** 35
LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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, 3 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 inyección / 28 días)	4	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.875ml, 410mg/1.315ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.625ml QL (1 inyección / 90 días)	5	QL
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
LATUDA TABS 80mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 inyección / 30 días)	5	QL
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	4	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	3	
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg QL (2 inyecciones / 28 días)	4	QL

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
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
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg QL (1 vial / 28 días)	5	QL PA
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 5 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 10 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 15 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 20 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 25 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 30 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA

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 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
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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
HIPNÓTICOS		
<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>	5	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
<i>temazepam CAPS 15mg</i> 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 CAPS 30mg</i> QL (30 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	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>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más después de un suministro de 90 días en un año	2	GC QL PA
MIGRAÑA		
<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	3	
<i>frovatriptan succinate</i> TABS 2.5mg QL (18 tabs / 30 días)	4	QL
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 días)	3	QL
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg QL (18 tabs / 30 días)	3	QL
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act QL (24 inhaladores / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act QL (12 inhaladores / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml QL (18 inyecciones / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml QL (12 inyecciones / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (12 tabs / 30 días)	2	GC QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>UBRELVY</i> TABS 50mg, 100mg QL (16 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>zolmitriptan</i> TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg QL (12 tabs / 30 días)	4	QL
VARIOS		
<i>AUSTEDO</i> TABS 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>AUSTEDO</i> TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>GRALISE</i> TABS 300mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>GRALISE</i> TABS 600mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>INGREZZA</i> CAPS 40mg, 60mg, 80mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA
<i>INGREZZA</i> CAP 40-80MG QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
<i>LITHIUM</i> 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
<i>LYRICA</i> CR TB24 82.5mg, 165mg, 330mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>NUDEXTA</i> CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>pregabalin (once-daily)</i> TB24 82.5mg, 165mg, 330mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	3	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	4	
<i>SAVELLA</i> TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>SAVELLA</i> MIS TITR PAK	4	PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA

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
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
BETASERON KIT .3mg QL (14 jeringas / 28 días)	5	QL PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	3	PA
GILENYA CAPS .5mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA
AGENTES PARA LA TERAPIA MUSCULOESQUELETAL		
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	3	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	4	
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	2	GC
NARCOLEPSIA / CATAPLEJÍA		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>modafinil</i> TABS 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>modafinil</i> TABS 200mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
XYREM SOLN 500mg/ml QL (540 mL / 30 días)	5	QL LA PA
PSICOTERAPÉUTICOS / VARIOS		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	4	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i> QL (90 films / 30 días)	4	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i> QL (90 films / 30 días)	4	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i> QL (90 films / 30 días)	4	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i> QL (60 films / 30 días)	4	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i> QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i> QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	3	
CHANTIX TABS .5mg, 1mg	4	PA
CHANTIX CONTINUING MONTH TABS 1mg	4	PA
CHANTIX PAK 0.5& 1MG	4	PA
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	3	
<i>naloxone hcl</i> SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	2	GC
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	3	
NARCAN LIQD 4mg/0.1ml	3	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	4	

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
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	
VIVITROL SUSR 380mg	5	
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
ANDRÓGENOS		
ANDRODERM PT24 2mg/24hr, 4mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL PA
<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
ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml QL (4 pens / 28 días)	3	QL
BYDUREON PEN PEN 2mg QL (4 pens / 28 días)	3	QL
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml QL (1 pen / 30 días)	4	QL
FARXIGA TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<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
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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
JENTADUETO TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
SYNJARDY TAB 5-500MG QL (120 tabs / 30 días)	3	QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 boxes / 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	
V-GO 20 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
V-GO 30 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
V-GO 40 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
XULTOPHY INJ 100/3.6 QL (5 pens / 30 días)	3	QL
SI		
REGULADORES DE CALCIO		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	4	
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	GC
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	3	B/D
FORTEO SOPN 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 inyección / 180 días)	4	QL
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 30mg, 35mg, 150mg; TBEC 35mg	4	
TYMLOS SOPN 3120mcg/1.56ml	5	PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	5	PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	4	B/D
AGENTES QUELANTES		
CHEMET CAPS 100mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 90mg, 180mg, 360mg	5	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
ANTICONCEPTIVOS		
<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>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>aurovela fe 1/20</i>	2	GC
<i>aviane</i>	2	GC
<i>ayuna</i>	2	GC
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>bekyree</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>briellyn</i>	3	
<i>camila</i> TABS .35mg	2	GC
<i>caziant</i>	3	
<i>chateal</i>	2	GC
<i>cryselle-28</i>	2	GC
<i>cyclafem 1/35</i>	2	GC
<i>cyclafem 7/7/7</i>	2	GC
<i>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
<i>desogest-eth estrad & eth</i> <i>estrاد tab 0.15-0.02/0.01</i> <i>mg(21/5)</i>	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
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	2	GC
<i>drosiprenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	3	
<i>drosiprenone-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 & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	3	
<i>ethynodiol diacetate & 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>gianvi</i>	3	
<i>hailey 1.5/30</i>	3	
<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>	3	
<i>junel 1/20</i>	3	
<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>	3	
<i>kelnor 1/50</i>	3	
<i>kurvelo</i>	2	GC
<i>larin 1.5/30</i>	3	
<i>larin 1/20</i>	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>larin fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>larin fe 1/20</i>	2	GC
<i>larissia</i>	2	GC
<i>leena</i>	3	
<i>lessina</i>	2	GC
<i>levonest</i>	2	GC
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-día) tab 0.15-0.03 mg</i>	3	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	2	GC
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	2	GC
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	2	GC
<i>levora 0.15/30-28</i>	2	GC
<i>lillow</i>	2	GC
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	3	
<i>loestrin 1/20-21</i>	3	
<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>luteria</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>	3	
<i>microgestin 1/20</i>	3	
<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>	3	
<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**
- 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 & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	3	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	3	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	2	GC
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	2	GC
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	3	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	2	GC
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	2	GC
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	3	
<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>	3	
<i>tri-estarylla</i>	2	GC
<i>tri-legest fe</i>	3	
<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>tulana TABS .35mg</i>	2	GC
<i>velivet</i>	3	
<i>vestura</i>	3	
<i>vienna</i>	2	GC
<i>viorele</i>	3	
<i>vyfemla</i>	3	
<i>vylibra</i>	2	GC
<i>wera</i>	3	
<i>xulane</i>	4	
<i>zafemy</i>	4	
<i>zarah</i>	3	
<i>zovia 1/35e</i>	3	
<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 & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	3	

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>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	3	
<i>estradiol vaginal CREA .1mg/gm</i>	3	
<i>estradiol vaginal TABS 10mcg</i>	4	
<i>estradiol valerate OIL 20mg/ml, 40mg/ml</i>	4	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	3	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	3	
<i>jinteli</i>	3	
<i>lopreeza</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	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>cortisone acetate TABS 25mg</i>	4	
<i>dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	3	
<i>DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml</i>	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml</i>	3	
<i>fludrocortisone acetate TABS .1mg</i>	2	GC
<i>hydrocortisone TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	3	
<i>methylprednisolone TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg</i>	3	B/D
<i>methylprednisolone TBPK 4mg</i>	2	GC
<i>methylprednisolone acetate SUSP 40mg/ml, 80mg/ml</i>	3	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>methylprednisolone sod succ SOLR 40mg, 125mg, 1000mg</i>	3	B/D
<i>prednisolone SOLN 15mg/5ml</i>	2	GC B/D
<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 5mg/5ml, 25mg/5ml</i>	3	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 15mg/5ml</i>	2	GC B/D
<i>prednisone SOLN 5mg/5ml</i>	4	B/D
<i>prednisone TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg</i>	2	GC B/D
<i>prednisone TBPK 5mg, 10mg</i>	3	
<i>PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml</i>	4	B/D
<i>SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg</i>	4	
AGENTES PARA ELEVAR LOS NIVELES DE GLUCOSA		
<i>diazoxide SUSP 50mg/ml</i>	5	
<i>GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml</i>	3	
<i>GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml</i>	3	
VARIOS		
<i>ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml</i>	5	LA PA
<i>cabergoline TABS .5mg</i>	3	
<i>CARBAGLU TABS 200mg</i>	5	LA PA
<i>CERDELGA CAPS 84mg</i>	5	PA
<i>CEREZYME SOLR 400unit</i>	5	LA PA
<i>cinacalcet hcl TABS 30mg QL (120 tabs / 30 días)</i>	4	B/D QL
<i>cinacalcet hcl TABS 60mg QL (60 tabs / 30 días)</i>	5	B/D QL
<i>cinacalcet hcl TABS 90mg QL (120 tabs / 30 días)</i>	5	B/D QL
<i>CYSTADANE POW</i>	5	LA
<i>CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg</i>	4	LA PA
<i>desmopressin acetate SOLN 4mcg/ml</i>	5	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	3	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	4	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	4	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	5	LA PA
GENOTROPIN 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; TABS 330mg	4	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	5	LA PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	5	PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	5	PA
<i>miglustat</i> CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	5	LA PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg	5	PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml	4	PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml	5	PA
OSPHEHA TABS 60mg	3	PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	3	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5	LA PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	PA

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
STIMATE SOLN 1.5mg/ml	5	
AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO		
AURYXIA TABS 210mg QL (360 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg QL (360 caps / 30 días)	3	QL
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg QL (360 tabs / 30 días)	4	QL
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm QL (180 paquetes / 30 días)	5	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
PROGESTINAS		
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	3	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	4	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	3	
AGENTES TIROIDEOS		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	2	GC

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>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	GC
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	GC
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	2	GC
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	3	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	1	GC
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	3	
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	2	GC
ANÁLOGOS DE VITAMINA D		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	2	GC B/D
<i>calcitriol</i> SOLN 1mcg/ml	4	B/D
<i>doxercalciferol</i> CAPS .5mcg, 1mcg, 2.5mcg	4	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	4	B/D
RAYALDEE CPCR 30mcg	5	
GASTROINTESTINAL ANTIEMÉTICOS		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	4	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	4	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>compro</i> SUPP 25mg	4	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 caps / 30 días)	4	B/D QL
EMEND SUSR 125mg/5ml	4	B/D
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	3	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	4	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	2	GC
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml	3	
<i>metoclopramide hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	GC
<i>ondansetron</i> TBP 4mg, 8mg	3	B/D
<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
SANCUSO PTCH 3.1mg/24hr QL (4 parches / 28 días)	5	QL
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days QL (10 parches / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	QL PA
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg, 2mg	3	
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA H2		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	3	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml QL (300 mL / 30 días)	4	QL
<i>famotidine</i> TABS 20mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>famotidine</i> TABS 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	3	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	3	
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	3	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	4	
<i>budesonide</i> TB24 9mg	5	
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	4	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg QL (180 caps / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	4	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	4	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg	2	GC
<i>sulfasalazine</i> TBEC 500mg	3	
LASANTES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	GC
<i>gavilyte-g</i>	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	GC
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	3	
GOLYTELY SOL	3	
KRISTALOSE PACK 10gm, 20gm	4	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	3	
NULYTELY SOL LMN/LIME	3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln</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	
VARIOS		
<i>alosetron hcl</i> TABS 1mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>amoxicillin cap-clarithro tab-lansopraz cap dr therapy pack</i>	4	
<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	

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
TRULANCE TABS 3mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
ursodiol CAPS 300mg	3	
ursodiol TABS 250mg, 500mg	4	
XIFAXAN TABS 550mg	5	PA
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON CAP 3000UNIT	3	
CREON CAP 6000UNIT	3	
CREON CAP 12000UNT	3	
CREON CAP 24000UNT	3	
CREON CAP 36000UNT	3	
ZENPEP CAP 3000UNIT	4	
ZENPEP CAP 5000UNIT	4	
ZENPEP CAP 10000UNT	4	
ZENPEP CAP 15000UNT	4	
ZENPEP CAP 20000UNT	4	
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
omeprazole CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
pantoprazole sodium SOLR 40mg	4	
pantoprazole sodium TBEC 20mg, 40mg	1	GC
PRILOSEC PACK 2.5mg, 10mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
rabeprazole sodium TBEC 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
GENITOURINARIAS		
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA		
alfuzosin hcl TB24 10mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
dutasteride CAPS .5mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
finasteride TABS 5mg	1	GC
silodosin CAPS 4mg, 8mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
tamsulosin hcl CAPS .4mg	2	GC
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
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
OXYTROL PTTW 3.9mg/24hr	4	
solifenacin succinate TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL ST
TOVIAZ TB24 4mg, 8mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>tropium chloride</i> TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate</i> <i>vaginal</i> CREA 2%	3	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	3	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3	
<i>vandazole</i> GEL .75%	3	
HEMATOLÓGICOS ANTICOAGULANTES		
ELIQUIS TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
ELIQUIS TABS 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 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	
FRAGMIN SOLN 2500unit/0.2ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
FRAGMIN SOLN 5000unit/0.2ml, 7500unit/0.3ml, 10000unit/ml, 12500unit/0.5ml, 15000unit/0.6ml, 18000unt/0.72ml, 95000unit/3.8ml	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</i> <i>unit/ml in d5w</i>	3	
<i>heparin sodium (porcine)-</i> <i>dextrose iv sol 20000</i> <i>unit/500ml-5%</i>	3	
<i>heparin sodium (porcine)-</i> <i>dextrose iv sol 25000</i> <i>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
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

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
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICOS		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	PA
VARIOS		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	4	
BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	2	GC
DOPTELET TABS 20mg	5	LA PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	3	
ENDARI PACK 5gm	5	LA PA
HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 viales / 30 días)	5	QL LA PA
HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 viales / 30 días)	5	QL LA PA
<i>icatibant acetate</i> SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	2	GC
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>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml	4	
<i>tranexamic acid</i> TABS 650mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin-dipyridamole cap er</i> 12hr 25-200 mg	4	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	4	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	1	GC
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	
AGENTES INMUNOLÓGICOS AUTOIMMUNE AGENTS		
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml; SOLR 25mg QL (16 viales / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml QL (2 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml QL (6 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.8ml QL (6 jeringas / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	5	PA

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
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	5	PA
REMICADE SOLR 100mg	5	PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	5	LA PA
RINVOQ TB24 15mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
SKYRIZI PSKT 75mg/0.83ml QL (7 kits / año)	5	QL PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (7 jeringas / año)	5	QL PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (7 pens / año)	5	QL PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 días)	5	QL LA PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml QL (3 jeringas / 28 días)	5	QL LA PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 24 días)	5	QL PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (DMARD)		
hydroxychloroquine sulfate TABS 200mg	3	
leflunomide TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
methotrexate sodium TABS 2.5mg	3	
TREXALL TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg	4	B/D
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	B/D
INMUNOGLOBULINAS		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml	5	PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	PA
GAMASTAN INJ	4	B/D
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	5	PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 25gm/500ml, 30gm/300ml	5	PA

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
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	5	LA PA
ARCALYST SOLR 220mg	5	PA
INTRON A SOLN 10mu/ml, 6000000unit/ml; SOLR 10mu, 18mu, 50mu	5	B/D
INMUNOSUPRESORES		
azathioprine TABS 50mg	3	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOLR 120mg, 400mg; SOSY 200mg/ml	5	PA
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	4	B/D
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
everolimus (immunosuppressant) TABS .5mg, .75mg	5	B/D
everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg	4	B/D
gengraf CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
mycophenolate mofetil CAPS 250mg; TABS 500mg	3	B/D
mycophenolate mofetil SUSR 200mg/ml	5	B/D
mycophenolate sodium TBEC 180mg, 360mg	4	B/D
NULOJIX SOLR 250mg	5	B/D
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	3	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
sirolimus SOLN 1mg/ml; TABS 2mg	5	B/D
sirolimus TABS .5mg, 1mg	4	B/D
tacrolimus CAPS .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D
ZORTRESS TABS 1mg	5	B/D
VACUNAS		
ACTHIB INJ	3	
ADACEL INJ	3	
BCG VACCINE INJ	3	
BEXSERO INJ	3	
BOOSTRIX INJ	3	
DAPTACEL INJ	3	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	3	B/D
ENGERIX-B SUSP 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	3	B/D
GARDASIL 9 INJ	3	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	3	
HIBERIX SOLR 10mcg	3	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) 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	
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	

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
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	
ZOSTAVAX SUSR 19400unt/0.65ml QL (1 vial por vida)	3	QL
SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS ELECTROLITOS/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	3	
D5W/LYTES INJ #48	4	
D5W/NACL INJ 0.3%	3	
D10W/NACL INJ 0.2%	3	
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 5% in lactated ringers	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	3	
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	
ISOLYTE-S INJ	4	
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj	3	
kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4	
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2	4	
lactated ringer's solution	3	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	3	
magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	3	
magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml	3	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	3	
PLASMA-LYTE INJ -148	4	
PLASMA-LYTE INJ -A	4	
POT CHL/NACL INJ 20MEQ/L	3	
POT CHL/NACL INJ 40MEQ/L	3	
potassium chloride SOLN 2meq/ml	3	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	4	
potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj	3	
sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	3	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 56
- 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
ELECTROLITOS/MINERALS/VITAMINAS, ORAL		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	4	
<i>klor-con 8</i> TBCR 8meq	2	GC
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	2	GC
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	2	GC
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	2	GC
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	2	GC
M-NATAL PLUS TAB	3	
PNV FOLIC AC TAB + IRON	3	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq	3	
<i>potassium chloride</i> PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	4	
<i>potassium chloride</i> TBCR 8meq, 10meq, 20meq	2	GC
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 10meq, 20meq	2	GC
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	3	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	2	GC
TRICARE TAB PRENATAL	3	
NUTRICIÓN IV		
AMINOSYN-PF INJ 7%	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	4	B/D
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</i> SOLN 5%, 10%	3	
<i>dextrose</i> SOLN 50%, 70%	3	B/D
FREAMINE HBC INJ 6.9%	4	B/D
FREAMINE III INJ 10%	4	B/D
<i>hepatamine</i>	4	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	4	B/D
<i>plenamine</i>	4	B/D
PREMASOL SOL 10%	4	B/D
PROCALAMINE INJ 3%	4	B/D
PROSOL INJ 20%	4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	4	B/D
OFTÁLMICO CONTRA INFECCIONES / ANTIINFLAMATORIOS		
<i>bacitracin-polymyxin- neomycin-hc ophth oint 1%</i>	3	
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	4	
<i>neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	4	
<i>sulfacetamide sodium- prednisolone ophth soln 10- 0.23(0.25)%</i>	2	GC
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	3	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	4	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	
CONTRA INFECCIONES		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	3	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	2	GC
BESIVANCE SUSP .6%	3	
CILOXAN OINT .3%	3	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	2	GC
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	2	GC

PA - Autorización Previa QL - Cantidad Limitada ST - Terapia Escalonada B/D 57
- 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
gatifloxacin (ophth) SOLN .5%	3	
gentak OINT .3%	3	
gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%	2	GC
moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%	3	
NATACYN SUSP 5%	4	
neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin	3	
neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml	3	
ofloxacin (ophth) SOLN .3%	2	GC
polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%	2	GC
sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%	3	
tobramycin (ophth) SOLN .3%	2	GC
trifluridine SOLN 1%	4	
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTIINFLAMATORIOS		
ALREX SUSP .2%	3	
bromfenac sodium (ophth) SOLN .09%	4	
BROMSITE SOLN .075%	4	
dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%	3	
diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%	2	GC
DUREZOL EMUL .05%	3	
FLAREX SUSP .1%	4	
fluorometholone (ophth) SUSP .1%	3	
flurbiprofen sodium SOLN .03%	3	
ILEVRO SUSP .3%	3	
ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%	3	
ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .5%	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
LOTEMAX OINT .5%	3	
prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%	3	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	
PROLENSA SOLN .07%	3	
ANTIALÉRGICOS		
azelastine hcl (ophth) SOLN .05%	3	
bepotastine besilate SOLN 1.5%	3	
BEPREVE SOLN 1.5%	3	
cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%	1	GC
LASTACFT SOLN .25%	4	
olopatadine hcl SOLN .1%, .2%	3	
PAZEO SOLN .7%	3	
ZERVIATE SOLN .24%	4	
CONTRA EL GLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .1%	3	
AZOPT SUSP 1%	3	
betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%	3	
BETOPTIC-S SUSP .25%	3	
brimonidine tartrate SOLN .2%	1	GC
brimonidine tartrate SOLN .15%	4	
brinzolamide SUSP 1%	3	
carteolol hcl (ophth) SOLN 1%	2	GC
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	
dorzolamide hcl SOLN 2%	2	GC
dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml	2	GC
latanoprost SOLN .005%	2	GC
levobunolol hcl SOLN .5%	2	GC
LUMIGAN SOLN .01%	3	
pilocarpine hcl SOLN 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLN .02%	3	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 58
- 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
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	3	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%	4	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLN .25%, .5%	1	GC
<i>timolol maleate (ophth) once-daily</i> SOLN .5%	4	
VYZULTA SOLN .024%	4	
VARIOS		
ATROPINE SULFATE 1%	SOLN 3	
CYSTADROPS SOLN .37%	5	LA PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	LA PA
ISOPTO ATROPINE 1%	SOLN 3	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	3	
RESTASIS EMUL .05%	3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	
XIIDRA SOLN 5%	3	
Productos Vitamínicos / Minerales de Receta		
Productos Vitamínicos / Minerales de Receta		
<i>cyanocobalamin</i> SOLN 1000mcg/ml	2	ED GC
<i>ergocalciferol</i> CAPS 50000unit QL (4 caps / 28 días)	2	ED GC QL
<i>folic acid</i> TABS 1mg QL (30 tabs / 30 días)	1	ED GC QL
<i>phytonadione</i> TABS 5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	ED QL
RESPIRATORIO		
COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICO / BETA AGONISTA		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25 QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
BEVESPI AER 9-4.8MCG QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL

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

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 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
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml (genérico de EpiPen)	3	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (genérico de Adrenaclick)	3	
ESBRIET CAPS 267mg QL (270 caps / 30 días)	5	QL PA
ESBRIET TABS 267mg QL (270 tabs / 30 días)	5	QL PA
ESBRIET TABS 801mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
FASENRA SOSY 30mg/ml	5	LA PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5	LA PA
KALYDECO PACK 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	5	LA PA
PULMOZYME SOLN 1mg/ml	5	PA
SYMDEKO TAB 50-75MG QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMDEKO TAB 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	4	
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>theophylline</i> SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg	4	
<i>theophylline</i> TB24 400mg, 600mg	3	
TRIKAFTA TAB 50-25- 37.5MG & 75MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	5	LA PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg	5	LA PA
ESTEROIDES NAALES		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025% QL (3 botellas / 30 días)	3	QL
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act QL (1 botella / 30 días)	2	GC QL
OMNARIS SUSP 50mcg/act QL (1 inhalador / 30 días)	4	QL
ESTEROIDES INHALADOS		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalaciones / 30 días)	3	QL
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	4	B/D
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist QL (180 inhalaciones / 30 días)	3	QL
FLOVENT DISKUS AEPB 100mcg/blist, 250mcg/blist QL (240 inhalaciones / 30 días)	3	QL
FLOVENT HFA AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL

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
PULMICORT FLEXHALER AEPB 90mcg/act QL (3 inhaladores / 30 días)	4	QL
PULMICORT FLEXHALER AEPB 180mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
COMBINACIONES DE ESTEROIDES / BETA AGONISTA		
ADVAIR DISKU AER 100/50 QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
ADVAIR DISKU AER 250/50 QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
ADVAIR DISKU AER 500/50 QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
ADVAIR HFA AER 45/21 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
ADVAIR HFA AER 115/21 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
ADVAIR HFA AER 230/21 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
BREO ELLIPTA INH 100-25 QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
BREO ELLIPTA INH 200-25 QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
SYMBICORT AER 80-4.5 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
SYMBICORT AER 160-4.5 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
Agentes de la Disfunción Sexual		
Agentes de la Disfunción Sexual		
<i>sildenafil citrate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (4 tabs / 30 días)	3	ED QL
<i>tadalafil</i> TABS 10mg, 20mg QL (4 tabs / 30 días)	3	ED QL

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

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** 62
LA - Disponibilidad Limitada

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

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 63
- 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
ENSTILAR AER QL (120 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%, .025%; OINT .025%	3	
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01%	4	
<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	
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%	1	GC
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	2	GC
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	3	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> AERS .147mg/gm	4	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .1% QL (454 gm / 30 días)	2	GC QL
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .5%; OINT .025%, .1%, .5%	2	GC
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%	3	
<i>triderm</i> CREA .5%	2	GC

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

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
NORITATE CREA 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL
PANRETIN GEL .1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA
PICATO GEL .05% QL (2 tubos / 30 días)	4	QL
PICATO GEL .015% QL (3 tubos / 30 días)	4	QL
podofilox SOLN .5%	3	
procto-med hc CREA 2.5%	3	
procto-pak CREA 1%	3	
proctosol hc CREA 2.5%	3	
proctozone-hc CREA 2.5%	3	
RECTIV OINT .4% QL (30 gm / 30 días)	4	QL
rosadan CREA .75%	4	
tacrolimus (topical) 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

DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y CONTRA LA PEDICULOSIS

malathion LOTN .5%	4	
permethrin CREA 5%	3	

DERMATOLOGÍA, AGENTES PARA EL CUIDAD DE HERIDAS

REGRANEX GEL .01% QL (30 gm / 30 días)	5	QL PA
SANTYL OINT 250unit/gm	4	
sodium chloride (gu irrigant) SOLN .9%	3	
water for irrigation, sterile irrigation soln	2	GC

AGENTES PARA LA BOCA / GARGANTA / DENTALES

cevimeline hcl CAPS 30mg	4	
--------------------------	---	--

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%	1	GC
clotrimazole TROC 10mg QL (150 losanges / 30 días)	4	QL
lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%	2	GC
nystatin (mouth-throat) SUSP 100000unit/ml	3	
paroex SOLN .12%	1	GC
periogard SOLN .12%	1	GC
pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg	4	
triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%	3	

ÓTICO

acetic acid (otic) SOLN 2%	3	
CIPRO HC SUS ÓTICO	4	
ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%	3	
flac OIL .01%	4	
fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%	4	
neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%	3	
neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml- 1%	3	
ofloxacin (otic) SOLN .3%	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.

ÍNDICE

A		
<i>abacavir sulfate</i>	13	
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	14	
<i>abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg</i>	14	
ABELCET	12	
ABILIFY MAINTENA.....	35	
<i>abiraterone acetate</i>	18	
ABRAXANE INJ 100MG .	19	
<i>acamprosate calcium</i>	40	
<i>acarbose</i>	41	
<i>accutane</i>	62	
<i>acebutolol hcl</i>	27	
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	10	
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	10	
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	10	
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	10	
<i>acetazolamide</i>	28	
<i>acetic acid</i>	51	
<i>acetic acid (otic)</i>	65	
<i>acetylcysteine</i>	60	
<i>acitretin</i>	63	
ACTHIB INJ	55	
ACTIMMUNE	55	
<i>acyclovir</i>	14	
<i>acyclovir sodium</i>	14	
ADACEL INJ.....	55	
<i>adefovir dipivoxil</i>	14	
ADEMPAS	29	
ADRENALIN	28	
<i>adriamycin</i>	18	
ADVAIR DISKU AER 100/50	62	
ADVAIR DISKU AER 250/50	62	
ADVAIR DISKU AER 500/50	62	
ADVAIR HFA AER 115/21	62	
ADVAIR HFA AER 230/21	62	
ADVAIR HFA AER 45/21	62	
AFINITOR.....	19	
AFINITOR DISPERZ	19	
<i>afirmelle</i>	44	
AIMOVIG	39	
<i>ala-cort</i>	63	
<i>albendazole</i>	11	
<i>albuterol sulfate</i>	60	
<i>alclometasone dipropionate</i>	63	
ALDURAZYME	47	
ALECENSA	19	
<i>alendronate sodium</i>	44	
<i>alfuzosin hcl</i>	51	
ALIMTA.....	18	
<i>aliskiren fumarate</i>	28	
<i>allopurinol</i>	9	
<i>alose tron hcl</i>	50	
ALPHAGAN P.....	58	
<i>alprazolam</i>	30	
ALREX.....	58	
<i>altavera</i>	44	
ALTOPREV	26	
ALUNBRIG	19	
ALUNBRIG PAK	19	
<i>alyacen 1/35</i>	44	
<i>alyacen 7/7/7</i>	44	
<i>amabelz</i>	46	
<i>amantadine hcl</i>	34	
AMBISOME	12	
<i>ambrisentan</i>	29	
<i>amikacin sulfate</i>	11	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	28	
<i>amiloride hcl</i>	28	
AMINOSYN-PF INJ 7% ..	57	
<i>amiodarone hcl</i>	25	
<i>amitriptyline hcl</i>	33	
<i>amlodipine besylate</i>	27	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-10 mg</i>	28	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-20 mg</i>	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg</i>	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg</i>	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg</i>	28	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg</i>	28	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg</i>	28	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg</i>	28	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg</i>	28	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg</i>	28	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-80 mg</i>	28	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	22	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	22	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	22	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	22	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	22	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	22	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	23	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	23	

<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>.....23	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>.....16	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg</i>.....37
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>.....23	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>.....16	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>.....37
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg</i>.....23	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>.....16	<i>amphotericin b</i>.....12
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-320 mg</i>.....23	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>.....16	<i>ampicillin</i>.....16
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-160 mg</i> 23	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>.....16	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>.....16
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-320 mg</i> 23	<i>amoxicillin cap-clarithro tab-lansopraz cap dr therapy pack</i>.....50	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>.....16
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10-160-12.5 mg</i>.....23	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>.....37	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1- 0.5) gm</i>.....17
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg</i>.....24	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>.....37	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10- 5) gm</i>.....17
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10-320-25 mg</i>.....24	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>.....37	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>.....17
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 5-160-12.5 mg</i>.....23	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>.....37	<i>ampicillin sodium</i>.....17
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 5-160-25 mg</i>.....23	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>.....37	<i>anagrelide hcl</i>.....53
<i>amnestem</i>.....62	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>.....37	<i>anastrozole</i>.....18
<i>amoxapine</i>.....33	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>.....37	<i>ANDRODERM</i>.....41
<i>amoxicillin</i>.....16	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>.....37	<i>ANORO ELLIPT AER 62.5- 25</i>.....59
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i> .16	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>.....37	<i>ANTARA</i>.....25
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i> ...16	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg</i>.....37	<i>APOKYN</i>.....34
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>.....16	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>.....37	<i>aprepitant</i>.....49
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>.....16	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg</i>.....38	<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>.....49
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>.....16	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg</i>.....38	<i>apri</i>.....44
	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg</i>.....38	<i>APTIOM</i>.....30
		<i>APTIVUS</i>.....13
		<i>ARALAST NP</i>.....60
		<i>aranelle</i>.....44
		<i>ARCALYST</i>.....55
		<i>arformoterol tartrate</i>.....60
		<i>aripiprazole</i>.....35
		<i>ARISTADA</i>.....35
		<i>ARISTADA INITIO</i>.....35
		<i>armodafinil</i>.....40
		<i>ARNUITY ELLIPTA</i>.....61
		<i>asenapine maleate</i>.....35
		<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>.....53

<i>atazanavir sulfate</i>	13	BCG VACCINE INJ.....	55	<i>bisoprolol &</i>	
<i>atenolol</i>	27	BD ALCOHOL SWABS...	43	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>atenolol & chlorthalidone</i>		<i>bekyree</i>	44	5-6.25 mg.....	27
<i>tab 100-25 mg</i>	26	BELSOMRA.....	38	<i>bisoprolol fumarate</i>	27
<i>atenolol & chlorthalidone</i>		<i>benazepril &</i>		BIVIGAM.....	54
<i>tab 50-25 mg</i>	26	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	
<i>atomoxetine hcl</i>	38	10-12.5 mg.....	22	.....	57
<i>atorvastatin calcium</i>	26	<i>benazepril &</i>		<i>blisovi fe 1.5/30</i>	44
<i>atovaquone</i>	11	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		BOOSTRIX INJ.....	55
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>		20-12.5 mg.....	22	BORTEZOMIB.....	19
<i>tab 250-100 mg</i>	13	<i>benazepril &</i>		<i>bosentan</i>	29
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		BOSULIF	19
<i>tab 62.5-25 mg</i>	13	20-25 mg.....	22	BRAFTOVI.....	19
ATROPINE SULFATE ...	59	BENAZEPRIL &		BREO ELLIPTA INH 100-	
ATROVENT HFA.....	59	HYDROCHLOROTHIAZI		25.....	62
<i>aubra eq</i>	44	DE TAB 5-6.25MG	22	BREO ELLIPTA INH 200-	
<i>aurovela 1/20</i>	44	<i>benazepril hcl</i>	23	25.....	62
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	44	BENDEKA	17	BREZTRI AERO AER	
<i>aurovela fe 1/20</i>	44	BENLYSTA.....	55	SPHERE	59
AURYXIA.....	48	<i>benzoyl peroxide-</i>		BREZTRI AERO AER	
AUSTEDO	39	<i>erythromycin gel 5-3%</i> 62		SPHERE	
AVASTIN	19	<i>benztropine mesylate</i>	34	(INSTITUTIONAL PACK)	
<i>aviane</i>	44	<i>bepotastine besilate</i>	58	.....	59
<i>avita</i>	62	BEPREVE.....	58	<i>briellyn</i>	44
<i>ayuna</i>	44	BERINERT	53	BRILINTA.....	53
AYVAKIT	19	BESIVANCE	57	<i>brimonidine tartrate</i>	58
<i>azacitidine</i>	18	<i>betamethasone</i>		<i>brinzolamide</i>	58
<i>azathioprine</i>	55	<i>dipropionate (topical)</i> ...63		BRIVIACT	30
<i>azelaic acid</i>	64	<i>betamethasone</i>		<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	
<i>azelastine hcl</i>	59	<i>dipropionate augmented</i>		.....	58
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	58	.....	63	<i>bromocriptine mesylate</i> ...34	
<i>azithromycin</i>	16	<i>betamethasone valerate</i> .63		BROMSITE	58
AZOPT.....	58	BETASERON.....	40	BROVANA	60
<i>aztreonam</i>	11	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	58	BRUKINSA	19
<i>azurette</i>	44	<i>bethanechol chloride</i>	51	<i>budesonide</i>	50
B		BETOPTIC-S	58	<i>budesonide (inhalation)</i> ..61	
<i>bacitracin (ophthalmic)</i> ...57		BEVESPI AER 9-4.8MCG		<i>bumetanide</i>	28
<i>bacitracin-polymyxin b</i>		.....	59	<i>buprenorphine hcl</i>	40
<i>ophth oint</i>	57	<i>bexarotene</i>	18	<i>buprenorphine hcl-</i>	
<i>bacitracin-polymyxin-</i>		BEXSERO INJ.....	55	<i>naloxone hcl sl film 12-3</i>	
<i>neomycin-hc ophth oint</i>		<i>bicalutamide</i>	18	mg (base equiv)	40
1%.....	57	BICILLIN L-A.....	17	<i>buprenorphine hcl-</i>	
<i>baclofen</i>	40	BIKTARVY TAB.....	14	<i>naloxone hcl sl film 2-0.5</i>	
<i>balsalazide disodium</i>	50	<i>bisoprolol &</i>		mg (base equiv)	40
BALVERSA.....	19	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>buprenorphine hcl-</i>	
<i>balziva</i>	44	10-6.25 mg.....	27	<i>naloxone hcl sl film 4-1</i>	
BANZEL.....	30	<i>bisoprolol &</i>		mg (base equiv)	40
BARACLUDE.....	14	<i>hydrochlorothiazide tab</i>			
BASAGLAR KWIKPEN...43		2.5-6.25 mg.....	26		

<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>.....40	CARB/LEVO ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-100MG .....34	<i>cefazolin sodium</i>.....15
<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>.....40	CARB/LEVO ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-250MG .....34	CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%.....15
<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>.....40	CARBAGLU.....47	<i>cefdinir</i>.....15
<i>bupropion hcl</i>.....33	<i>carbamazepine</i>.....30	<i>cefepime hcl</i>.....15
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>.....40	<i>carbidopa</i>.....34	<i>cefixime</i>.....15
<i>bupirone hcl</i>.....30	<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>.....34	<i>cefoxitin sodium</i>.....15
<i>butorphanol tartrate</i>.....10	<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>.....34	<i>cefpodoxime proxetil</i>.....15
BYDUREON BCISE.....41	<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>.....34	<i>cefprozil</i>.....15
BYDUREON PEN.....41	<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>.....34	<i>ceftazidime</i>.....15
BYETTA.....41	<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>.....34	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM .....15
BYSTOLIC.....27	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 12.5- 50-200 mg</i>.....34	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM .....15
C	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 18.75- 75-200 mg</i>.....34	<i>ceftriaxone sodium</i>.....15
<i>cabergoline</i>.....47	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 25-100- 200 mg</i>.....35	<i>cefuroxime axetil</i>.....15
CABOMETRYX.....19	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 31.25- 125-200 mg</i>.....35	<i>cefuroxime sodium</i>.....15
<i>calcipotriene</i>.....63	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 37.5- 150-200 mg</i>.....35	<i>celecoxib</i>.....9
<i>calcipotriene- betamethasone dipropionate susp 0.005- 0.064%</i>.....63	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 50-200- 200 mg</i>.....35	CELONTIN.....30
<i>calcitonin (salmon) spray</i> 44	<i>carboplatin</i>.....17	<i>cephalexin</i>.....15
<i>calcitrene</i>.....63	<i>carteolol hcl (ophth)</i>.....58	CERDELGA.....47
<i>calcitriol</i>.....49	<i>cartia xt</i>.....27	CEREZYME.....47
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i>.....48	<i>carvedilol</i>.....27	<i>cetirizine hcl</i>.....59
CALQUENCE.....19	<i>casprofungin acetate</i>.....12	<i>cevimeline hcl</i>.....65
<i>camila</i>.....44	CAYSTON.....11	CHANTIX.....40
<i>candesartan cilexetil</i>.....25	<i>caziant</i>.....44	CHANTIX CONTINUING MONTH.....40
<i>candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>.....24	<i>cefaclor</i>.....15	CHANTIX PAK 0.5& 1MG.....40
<i>candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>.....24	CEFACLOR ER.....15	<i>chateal</i>.....44
<i>candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>.....24	<i>cefadroxil</i>.....15	CHEMET.....44
CAPLYTA.....35	CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML .....15	<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>.....65
CAPRELSA.....19		<i>chloroquine phosphate</i> ...13
<i>captopril</i>.....23		<i>chlorpromazine hcl</i>.....35
CARB/LEVO ORALLY DISINTEGRATING TAB 10-100MG .....34		<i>chlorthalidone</i>.....28
		<i>cholestyramine</i>.....26
		<i>cholestyramine light</i>.....26
		<i>choline fenofibrate</i>.....26
		<i>ciclopirox olamine</i>.....63
		<i>cilostazol</i>.....53
		CILOXAN.....57
		CIMDUO TAB 300-300...14
		<i>cinacalcet hcl</i>.....47
		CIPRO.....16
		CIPRO HC SUS OTIC...65
		<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>.....16

<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>.....16	<i>clonidine hcl</i>.....29	<i>cycloserine</i>.....14
<i>ciprofloxacin hcl</i>.....16	<i>clopidogrel bisulfate</i>.....53	<i>cyclosporine</i>.....55
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..57	<i>clorazepate dipotassium</i> .30	<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>.....55
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>.....65	<i>clotrimazole</i> .....65	<i>cyproheptadine hcl</i>.....59
<i>cisplatin</i>.....17	<i>clotrimazole (topical)</i>.....63	<i>cyred eq</i>.....44
<i>citalopram hydrobromide</i> 33	<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>.....63	CYSTADANE POW .....47
<i>claravis</i> .....62	<i>clozapine</i> .....35, 36	CYSTADROPS .....59
<i>clarithromycin</i> .....16	COARTEM TAB 20-120MG .....13	CYSTAGON.....47
<i>clindamycin hcl</i> .....11	<i>colchicine</i>.....9	CYSTARAN .....59
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>.....11	<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>.....9	<i>cytarabine</i> .....18
<i>clindamycin phosphate</i> ...11	<i>colesevelam hcl</i> .....26	D
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> .....62	<i>colestipol hcl</i>.....26	D10W/NACL INJ 0.2%....56
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i> .....11	<i>colistimethate sodium</i> ....11	D2.5W/NACL INJ 0.45%.56
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i> .....11	COMBIGAN SOL 0.2/0.5% .....58	D5W/LYTES INJ #48 .....56
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i> .....11	COMBIVENT AER 20-100 .....59	D5W/NACL INJ 0.3%.....56
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>.....52	COMETRIQ (60MG DOSE) .....19	<i>dalfampridine</i> .....40
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML .....11	COMETRIQ KIT 100MG .19	DALIRESP .....60
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML .....11	COMETRIQ KIT 140MG .19	<i>danazol</i> .....46
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML .....11	COMPLERA TAB.....14	<i>dantrolene sodium</i> .....40
CLINIMIX INJ 4.25/D10 ..57	<i>compro</i>.....49	<i>dapsone</i>.....11
CLINIMIX INJ 4.25/D5W .57	<i>constulose</i> .....50	DAPTACEL INJ .....55
CLINIMIX INJ 5%/D15W .57	COPIKTRA .....19	<i>daptomycin</i> .....11
CLINIMIX INJ 5%/D20W .57	CORLANOR .....29	DAPTOMYCIN.....11
CLINIMIX INJ 6/5.....57	<i>cortisone acetate</i> .....47	<i>darifenacin hydrobromide</i> .....51
CLINIMIX INJ 8/10.....57	COTELLIC .....19	<i>dasetta 1/35</i>.....44
CLINIMIX INJ 8/14.....57	CREON CAP 12000UNT 51	<i>dasetta 7/7/7</i> .....44
<i>clinisol sf 15%</i>.....57	CREON CAP 24000UNT 51	DAURISMO .....19
CLINOLIPID EMU 20%...57	CREON CAP 3000UNIT .51	<i>deblitane</i> .....44
<i>clobazam</i> .....30	CREON CAP 36000UNT 51	<i>deferasirox</i>.....44
<i>clobetasol propionate</i>.....63	CREON CAP 6000UNIT .51	DELESTROGEN.....46
<i>clobetasol propionate e</i> ...63	CRIXIVAN.....13	DELSTRIGO TAB .....14
<i>clomipramine hcl</i>.....33	<i>cromolyn sodium</i>.....60	DESCOVY TAB 200/25MG .....14
<i>clonazepam</i> .....30	<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>.....50	<i>desipramine hcl</i>.....33
<i>clonidine</i> .....29	<i>cromolyn sodium (ophth)</i> 58	<i>desloratadine</i> .....59
	<i>cryselle-28</i> .....44	<i>desmopressin acetate</i> ...47, 48
	<i>cyanocobalamin</i>.....59	<i>desmopressin acetate spray</i> .....48
	<i>cyclafem 1/35</i>.....44	<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>.....48
	<i>cyclafem 7/7/7</i>.....44	<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>.....44
	<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....40	<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i> .....45
	<i>cyclophosphamide</i>.....17	
	CYCLOPHOSPHAMIDE .17	

<i>desvenlafaxine succinate</i> 33	<i>digoxin</i> .....29	<i>drospirenone-ethinyl</i>
<i>dexamethasone</i> .....47	<i>dihydroergotamine</i>	<i>estradiol tab 3-0.03 mg</i> 45
DEXAMETHASONE	<i>mesylate</i>.....39	DROXIA .....53
INTENSOL .....47	DILANTIN .....30	<i>droxidopa</i> .....29
<i>dexamethasone sodium</i>	DILANTIN INFATABS .....30	<i>duloxetine hcl</i>.....33
<i>phosphate</i> .....47	DILANTIN-125 .....30	DUREZOL.....58
<i>dexamethasone sodium</i>	<i>diltiazem hcl</i>.....27	<i>dutasteride</i>.....51
<i>phosphate (ophth)</i>.....58	<i>diltiazem hcl coated beads</i>	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>
DEXILANT .....51	.....27	<i>cap 0.5-0.4 mg</i> .....51
<i>dexmethylphenidate hcl</i> ..38	<i>diltiazem hcl extended</i>	E
<i>dextrose</i>.....57	<i>release beads</i>.....27	<i>ec-naproxen</i>.....9
<i>dextrose 10% w/ sodium</i>	<i>dilt-xr</i>.....27	EDARBI .....25
<i>chloride 0.45%</i> .....56	DIP/TET PED INJ 25-5LFU	EDARBYCLOR TAB 40-
<i>dextrose 2.5% w/ sodium</i>	.....55	12.5.....24
<i>chloride 0.45%</i> .....56	<i>diphenhydramine hcl</i>.....59	EDARBYCLOR TAB 40-
<i>dextrose 5% in lactated</i>	<i>diphenoxylate w/ atropine</i>	25MG .....24
<i>ringers</i>.....56	<i>liq 2.5-0.025 mg/5ml</i> ...50	EDURANT .....13
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	<i>diphenoxylate w/ atropine</i>	<i>efavirenz</i> .....13
<i>chloride 0.2%</i> .....56	<i>tab 2.5-0.025 mg</i>.....50	<i>efavirenz-emtricitabine-</i>
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	<i>dipyridamole</i> .....53	<i>tenofovir df tab 600-200-</i>
<i>chloride 0.3%</i> .....56	<i>disopyramide phosphate</i> .25	300 mg .....14
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	<i>disulfiram</i> .....40	<i>efavirenz-lamivudine-</i>
<i>chloride 0.45%</i> .....56	<i>divalproex sodium</i>.....30, 31	<i>tenofovir df tab 400-300-</i>
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	<i>docetaxel</i>.....19	300 mg .....14
<i>chloride 0.9%</i> .....56	DOCETAXEL.....19	<i>efavirenz-lamivudine-</i>
DIACOMIT .....30	<i>dofetilide</i> .....25	<i>tenofovir df tab 600-300-</i>
<i>diazepam</i>.....30	<i>donepezil hydrochloride</i> ..32	300 mg .....14
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	DOPTELET.....53	<i>elinest</i> .....45
.....30	<i>dorzolamide hcl</i>.....58	ELIQUIS .....52
<i>diazepam inj</i> .....30	<i>dorzolamide hcl-timolol</i>	ELIQUIS STARTER PACK
<i>diazoxide</i> .....47	<i>maleate ophth soln 22.3-</i>	.....52
<i>diclofenac potassium</i> .....9	6.8 mg/ml .....58	ELLA .....45
<i>diclofenac sodium</i>.....9	<i>dotti</i>.....46	<i>eluryng</i>.....45
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	DOVATO TAB 50-300MG	EMCYT .....18
.....58	.....14	EMEND.....49
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	<i>doxazosin mesylate</i> .....23	<i>emoquette</i>.....45
.....64	<i>doxepin hcl</i> .....33	EMSAM .....33
<i>diclofenac w/ misoprostol</i>	<i>doxepin hcl (sleep)</i>.....38	<i>emtricitabine</i> .....13
<i>tab delayed release 50-</i>	<i>doxercalciferol</i>.....49	<i>emtricitabine-tenofovir</i>
0.2 mg .....9	<i>doxorubicin hcl</i>.....18	<i>disoproxil fumarate tab</i>
<i>diclofenac w/ misoprostol</i>	<i>doxorubicin hcl liposomal</i> 18	100-150 mg .....14
<i>tab delayed release 75-</i>	<i>doxy 100</i>.....17	<i>emtricitabine-tenofovir</i>
0.2 mg .....9	<i>doxycycline (monohydrate)</i>	<i>disoproxil fumarate tab</i>
<i>dicloxacillin sodium</i>.....17	.....17	133-200 mg .....14
<i>dicyclomine hcl</i> .....49, 50	<i>doxycycline hyclate</i>.....17	<i>emtricitabine-tenofovir</i>
DIFICID.....16	DRIZALMA SPRINKLE ...33	<i>disoproxil fumarate tab</i>
<i>diflunisal</i>.....9	<i>dronabinol</i>.....49	167-250 mg .....14
<i>digitek</i> .....29	<i>drospirenone-ethinyl</i>	
<i>digox</i>.....29	<i>estradiol tab 3-0.02 mg</i> 45	

<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	14	<i>erlotinib hcl</i>	19	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	26
EMTRIVA.....	13	<i>errin</i>	45	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	26
EMVERM.....	11	<i>ertapenem sodium</i>	11	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	26
<i>enalapril maleate</i>	23	<i>ery</i>	62	F	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	22	<i>ery-tab</i>	16	FABRAZYME.....	48
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	22	ERYTHROCIN LACTOBIONATE	16	<i>falmina</i>	45
ENBREL	53	<i>erythrocin stearate</i>	16	<i>famciclovir</i>	15
ENBREL MINI.....	53	<i>erythromycin (acne aid)</i> ..	62	<i>famotidine</i>	50
ENBREL SURECLICK...	53	<i>erythromycin (ophth)</i>	57	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	50
ENDARI	53	<i>erythromycin base</i>	16	FANAPT	36
<i>endocet tab 10-325mg</i>	10	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	16	FANAPT PAK	36
<i>endocet tab 2.5-325mg</i> ...	10	.....	16	FARXIGA.....	41
<i>endocet tab 5-325mg</i>	10	ESBRIET	61	FARYDAK.....	20
<i>endocet tab 7.5-325mg</i> ...	10	<i>escitalopram oxalate</i>	33	FASENRA.....	61
ENGERIX-B.....	55	<i>esomeprazole magnesium</i>	51	FASENRA PEN	61
<i>enoxaparin sodium</i>	52	.....	51	<i>felbamate</i>	31
<i>enpresse-28</i>	45	<i>estarylla</i>	45	<i>felodipine</i>	27
<i>enskyce</i>	45	<i>estradiol</i>	46	<i>femynor</i>	45
ENSTILAR AER.....	64	<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	46	<i>fenofibrate</i>	26
<i>entacapone</i>	35	<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i> ...	47	<i>fenofibrate micronized</i> ...	26
<i>entecavir</i>	14	<i>estradiol vaginal</i>	47	<i>fentanyl</i>	9
ENTRESTO TAB 24-26MG	24	<i>estradiol valerate</i>	47	<i>fentanyl citrate</i>	10
ENTRESTO TAB 49-51MG	24	<i>ethambutol hcl</i>	14	FETZIMA	33
ENTRESTO TAB 97-103MG	24	<i>ethosuximide</i>	31	FETZIMA CAP TITRATIO	33
<i>enulose</i>	50	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	45	FIASP FLEX INJ TOUCH43	43
EPCLUSA TAB 200-50MG	15	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	45	FIASP INJ 100/ML.....	43
EPCLUSA TAB 400-100.15		<i>etodolac</i>	9	FIASP PENFIL INJ U-100	43
EPIDIOLEX.....	31	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr</i>	45	FINACEA	64
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	61	<i>etoposide</i>	19	<i>finasteride</i>	51
<i>epirubicin hcl</i>	18	<i>etravirine</i>	13	FINTEPLA.....	31
<i>epitol</i>	31	<i>euthyrox</i>	48	<i>flac</i>	65
EPIVIR HBV	15	<i>everolimus</i>	19	FLAREX.....	58
<i>eplerenone</i>	23	<i>everolimus (immunosuppressant)</i> .	55	FLEBOGAMMA DIF.....	54
<i>ergocalciferol</i>	59	EVOTAZ TAB 300-150 ...	14	<i>flecainide acetate</i>	25
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	39	<i>exemestane</i>	18	FLOVENT DISKUS.....	61
ERIVEDGE	19	EZALLOR SPRINKLE....	26	FLOVENT HFA.....	61
ERLEADA.....	18	<i>ezetimibe</i>	26	<i>fluconazole</i>	12
		<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	26	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	12
				<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	12
				<i>flucytosine</i>	12
				<i>fludrocortisone acetate</i> ...	47

<i>flunisolide (nasal)</i>.....61	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>.....47	<i>glatiramer acetate</i> .....40
<i>fluocinolone acetonide</i> ...64	FYCOMPA .....31	<i>glatopa</i>.....40
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>.....65	G	<i>glimepiride</i> .....41
<i>fluocinonide</i> .....64	<i>gabapentin</i>.....31	<i>glipizide</i>.....41
<i>fluocinonide emulsified base</i>.....64	<i>galantamine hydrobromide</i> .....32	<i>glipizide xl</i>.....41
<i>fluorometholone (ophth)</i> ..58	GAMASTAN INJ .....54	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>.....41
<i>fluorouracil</i>.....18	GAMMAGARD LIQUID...54	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>.....41
<i>fluorouracil (topical)</i> .....64	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH .....54	<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>.....41
<i>fluoxetine hcl</i>.....33	GAMMAKED.....54	<i>glycopyrrolate</i> .....50
<i>fluphenazine decanoate</i> ..36	GAMMAPLEX.....54	<i>glydo</i>.....64
<i>fluphenazine hcl</i>.....36	GAMUNEX-C.....54	GLYXAMBI TAB 10-5 MG .....41
<i>flurbiprofen</i>.....9	<i>ganciclovir sodium</i> .....15	GLYXAMBI TAB 25-5 MG .....41
<i>flurbiprofen sodium</i> .....58	GARDASIL 9 INJ .....55	GOLYTELY SOL.....50
<i>flutamide</i>.....18	<i>gatifloxacin (ophth)</i> .....58	GRALISE .....39
<i>fluticasone propionate</i>.....64	GATTEX .....50	<i>granisetron hcl</i>.....49
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>.....61	GAUZE PADS 2.....43	<i>griseofulvin microsize</i> ....12
<i>fluvastatin sodium</i>.....26	<i>gavilyte-c</i> .....50	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....12
<i>fluvoxamine maleate</i>.....30	<i>gavilyte-g</i> .....50	<i>guanfacine hcl</i>.....29
<i>folic acid</i>.....59	<i>gavilyte-n/flavor pack</i>.....50	<i>guanfacine hcl (adhd)</i> .....38
<i>fondaparinux sodium</i> .....52	GAVRETO .....20	GVOKE HYPOPEN 2-PACK .....47
<i>formoterol fumarate</i> .....60	<i>gemcitabine hcl</i>.....18	GVOKE PFS .....47
FORTEO.....44	<i>gemfibrozil</i> .....26	H
FOSAMAX + D TAB 70-2800 .....44	<i>generlac</i>.....50	HAEGARDA.....53
FOSAMAX + D TAB 70-5600 .....44	<i>gengraf</i> .....55	<i>hailey 1.5/30</i> .....45
<i>fosamprenavir calcium</i>....13	GENOTROPIN.....48	<i>halobetasol propionate</i> ...64
<i>fosinopril sodium</i>.....23	GENOTROPIN MINIQUICK .....48	<i>haloperidol</i>.....36
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>.....22	<i>gentak</i>.....58	<i>haloperidol decanoate</i> ....36
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>.....22	<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i> .....11	<i>haloperidol lactate</i>.....36
FOTIVDA .....20	<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i> .....11	HARVONI PAK 33.75-150MG .....15
FRAGMIN .....52	<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i> .....11	HARVONI PAK 45-200MG .....15
FREAMINE HBC INJ 6.9% .....57	<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i> .....11	HARVONI TAB 45-200MG .....15
FREAMINE III INJ 10%...57	<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i> .....11	HARVONI TAB 90-400MG .....15
<i>frovatriptan succinate</i>.....39	<i>gentamicin sulfate</i>.....11	HAVRIX .....55
<i>fulvestrant</i>.....18	<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> .....58	<i>heather</i> .....45
<i>furosemide</i>.....28	<i>gentamicin sulfate (topical)</i> .....62	HEP SOD/NACL INJ 25000UNT.....52
<i>furosemide inj</i> .....28	GENVOYA TAB .....14	<i>heparin sodium (porcine)</i> 52
FUZEON.....13	<i>gianvi</i>.....45	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i> .....47	GILENYA .....40	
	GILOTRIF .....20	

<i>heparin sodium (porcine)</i> 100 unit/ml in d5w.....	52	<i>hydrocodone-</i> <i>acetaminophen tab 7.5-</i> 325 mg.....	10	INREBIC	20
<i>heparin sodium (porcine)-</i> <i>dextrose iv sol 20000</i> unit/500ml-5%.....	52	<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i> 7.5-200 mg.....	10	INSULIN SAFETY NEEDLES	43
<i>heparin sodium (porcine)-</i> <i>dextrose iv sol 25000</i> unit/500ml-5%.....	52	<i>hydrocortisone</i>	47	INSULIN SYRINGES: BD/ULTIMED/ALLISON/ TRIVIDIA/MHC.....	43
HEPARIN/NAACL INJ 25000UNT.....	52	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	50	INTELENCE.....	13
<i>hepatamine</i>	57	<i>hydrocortisone (rectal)</i>	64	INTRALIPID.....	57
HERCEP HYLEC SOL 60- 10000.....	20	<i>hydrocortisone (topical)</i> ..	64	INTRON A.....	55
HERCEPTIN.....	20	<i>hydromorphone hcl</i>	10	<i>introvale</i>	45
HERZUMA.....	20	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	54	INVEGA SUSTENNA.....	36
HETLIOZ	38	<i>hydroxyurea</i>	18	INVEGA TRINZA	36
HIBERIX	55	<i>hydroxyzine hcl</i>	60	INVIRASE	13
HUMIRA	53	<i>hydroxyzine pamoate</i>	60	IPOL INJ INACTIVE.....	55
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	53	HYSINGLA ER.....	9	<i>ipratropium bromide</i>	59
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D.....	54	I		<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	59
HUMIRA PEN.....	54	<i>ibandronate sodium</i>	44	<i>ipratropium-albuterol nebu</i> <i>soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	59
HUMIRA PEN KIT PS/UV	54	IBRANCE.....	20	<i>irbesartan</i>	25
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	54	<i>ibu</i>	9	<i>irbesartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 150-12.5 mg.....	24
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S	54	<i>ibuprofen</i>	9	<i>irbesartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 300-12.5 mg.....	24
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	54	<i>icatibant acetate</i>	53	IRESSA	20
HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....)	43	<i>iclevia</i>	45	<i>irinotecan hcl</i>	19
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	43	ICLUSIG	20	ISENTRESS	13
<i>hydralazine hcl</i>	29	IDHIFA.....	20	ISENTRESS HD	13
<i>hydrochlorothiazide</i>	28	ILEVRO	58	<i>isibloom</i>	45
<i>hydrocodone bitartrate</i>	9	<i>imatinib mesylate</i>	20	ISOLYTE-P INJ /D5W.....	56
<i>hydrocodone-</i> <i>acetaminophen soln 7.5-</i> 325 mg/15ml	10	IMBRUVICA.....	20	ISOLYTE-S INJ.....	56
<i>hydrocodone-</i> <i>acetaminophen tab 10-</i> 325 mg.....	10	<i>imipenem-cilastatin</i> <i>intravenous for soln 250</i> <i>mg</i>	11	<i>isoniazid</i>	14
<i>hydrocodone-</i> <i>acetaminophen tab 5-325</i> <i>mg</i>	10	<i>imipenem-cilastatin</i> <i>intravenous for soln 500</i> <i>mg</i>	11	ISOPTO ATROPINE.....	59
		<i>imipramine hcl</i>	33	<i>isosorbide dinitrate</i>	29
		<i>imiquimod</i>	64	<i>isosorbide mononitrate</i> ...	29
		IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	55	<i>isotretinoin</i>	62
		<i>incassia</i>	45	<i>isradipine</i>	27
		INCRELEX.....	48	<i>itraconazole</i>	12
		INCRUSE ELLIPTA	59	<i>ivermectin</i>	11
		<i>indapamide</i>	28	IXIARO INJ	55
		INFANRIX INJ.....	55	J	
		INGREZZA	39	JAKAFI	20
		INGREZZA CAP 40-80MG	39	<i>jantoven</i>	52
		INLYTA	20	JANUMET TAB 50-1000.41	
		INQOVI TAB 35-100MG .	18	JANUMET TAB 50-500MG	41

JANUMET XR TAB 100-1000	41	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	56	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	14
JANUMET XR TAB 50-1000	41	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	56	<i>lamotrigine</i>	31
JANUMET XR TAB 50-500MG	41	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	56	<i>lansoprazole</i>	51
JANUVIA	41	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	56	<i>lapatinib ditosylate</i>	20
JARDIANCE	41	<i>KCL/D5W/NAACL INJ 0.15/0.2</i>	56	<i>larin 1.5/30</i>	45
<i>jasmiel</i>	45	<i>KCL/D5W/NAACL INJ 0.3/0.9%</i>	56	<i>larin 1/20</i>	45
JENTADUETO TAB 2.5-1000	41	<i>kelnor 1/35</i>	45	<i>larin fe 1.5/30</i>	45
JENTADUETO TAB 2.5-500	41	<i>kelnor 1/50</i>	45	<i>larin fe 1/20</i>	45
JENTADUETO TAB 2.5-850	41	<i>ketoconazole</i>	12	<i>larissia</i>	45
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	42	<i>ketoconazole (topical)</i>	63	LASTACAFT	58
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	42	<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	58	<i>latanoprost</i>	58
<i>jinteli</i>	47	KEYTRUDA	20	LATUDA	36
<i>jolessa</i>	45	KINRIX INJ	55	<i>leena</i>	45
<i>juleber</i>	45	KISQALI	20	<i>leflunomide</i>	54
JULUCA TAB 50-25MG	14	KISQALI 200 PAK FEMARA	19	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	20
<i>junel 1.5/30</i>	45	KISQALI 400 PAK FEMARA	19	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	20
<i>junel 1/20</i>	45	KISQALI 600 PAK FEMARA	19	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	20
<i>junel fe 1.5/30</i>	45	<i>klor-con</i>	57	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	20
<i>junel fe 1/20</i>	45	<i>klor-con 10</i>	57	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	20
JUXTAPID	26	<i>klor-con 8</i>	57	LENVIMA CAP 14 MG	20
K		<i>klor-con m10</i>	57	LENVIMA CAP 18 MG	20
KADCYLA	20	<i>klor-con m15</i>	57	LENVIMA CAP 24 MG	20
KALETRA TAB 100-25MG	14	<i>klor-con m20</i>	57	<i>lessina</i>	45
KALETRA TAB 200-50MG	14	KORLYM	48	<i>letrozole</i>	18
KALYDECO	61	KRISTALOSE	50	<i>leucovorin calcium</i>	22
KANJINTI	20	<i>kurvelo</i>	45	LEUKERAN	17
<i>kariva</i>	45	KYNMOBI	35	<i>leuprolide acetate</i>	18
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	56	L		<i>levalbuterol hcl</i>	60
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	56	<i>labetalol hcl</i>	27	<i>levalbuterol tartrate</i>	60
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	56	<i>lactated ringer's solution</i>	56	LEVEMIR	43
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	56	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	64	LEVEMIR FLEXTOUCH	43
		<i>lactulose</i>	50	<i>levetiracetam</i>	31
		<i>lactulose (encephalopathy)</i>	50	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	31
		<i>lamivudine</i>	13	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	31
		<i>lamivudine (hbv)</i>	15	<i>levobunolol hcl</i>	58

<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>.....48	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>.....22	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....18
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>.....60	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>.....22	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....48
<i>levofloxacin</i>.....16	LITHIUM.....39	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....48
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>.....16	<i>lithium carbonate</i>.....39	<i>lutera</i>.....45
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>.....16	LIVALO.....26	<i>lyleq</i>.....45
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>.....16	<i>loestrin 1.5/30-21</i>.....45	<i>lyllana</i>.....47
<i>levonest</i>.....45	<i>loestrin 1/20-21</i>.....45	LYNPARZA.....20
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>.....45	<i>loestrin fe 1.5/30</i>.....45	LYRICA CR.....39
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>.....45	<i>loestrin fe 1/20</i>.....45	LYSODREN.....18
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>.....45	LOKELMA.....44	<i>lyza</i>.....45
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>.....45	LONSURF TAB 15-6.14 .19	M
<i>levora 0.15/30-28</i>.....45	LONSURF TAB 20-8.19 .19	<i>magnesium sulfate</i>.....56
<i>levo-t</i>.....49	<i>loperamide hcl</i>.....50	MAGNESIUM SULFATE 56
<i>levothyroxine sodium</i>.....49	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>.....14	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>.....56
<i>levoxyl</i>.....49	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>.....14	<i>malathion</i>.....65
LEXIVA.....13	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>.....14	<i>marlissa</i>.....45
<i>lidocaine</i>.....64	<i>lopreeza</i>.....47	MARPLAN.....33
<i>lidocaine hcl</i>.....64	<i>lorazepam</i>.....30	MATULANE.....19
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>.....11	<i>lorazepam intensol</i>.....30	<i>matzim la</i>.....27
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>.....65	LORBRENA.....20	MAVYRET TAB 100-40MG.....15
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>.....64	<i>loryna</i>.....45	<i>meclizine hcl</i>.....49
<i>lillow</i>.....45	<i>losartan potassium</i>.....25	<i>medroxyprogesterone acetate</i>.....48
<i>linezolid</i>.....11	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>.....24	<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> 45
<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%</i>.....11	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>.....24	<i>mefloquine hcl</i>.....13
LINZESS.....50	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>.....24	<i>megestrol acetate</i>.....18, 48
<i>liothyronine sodium</i>.....49	LOTEMAX.....58	<i>megestrol acetate (appetite)</i>.....48
<i>lisinopril</i>.....23	<i>lovastatin</i>.....26	MEKINIST.....20
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>.....22	<i>low-ogestrel</i>.....45	MEKTOVI.....20
	<i>loxapine succinate</i>.....36	<i>meloxicam</i>.....9
	LUMAKRAS.....20	<i>memantine hcl</i>.....33
	LUMIGAN.....58	MENACTRA INJ.....55
	LUMIZYME.....48	MENQUADFI INJ.....55
	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....18	MENVEO INJ.....55
		<i>mercaptopurine</i>.....18
		<i>meropenem</i>.....11
		<i>mesalamine</i>.....50
		<i>mesalamine w/ cleanser</i> .50
		MESNEX.....22
		<i>metadate er</i>.....38
		<i>metformin hcl</i>.....42

<i>methadone hcl</i>.....9	MITIGARE .....9	NATACYN.....58
<i>methadone hydrochloride i9</i>	M-M-R II INJ .....55	<i>nateglinide</i> .....42
<i>methazolamide</i> .....28	M-NATAL PLUS TAB.....57	NATPARA.....44
<i>methenamine hippurate</i> ..11	<i>modafinil</i> .....40	NAYZILAM.....31
<i>methimazole</i> .....49	<i>moexipril hcl</i>.....23	<i>necon 0.5/35-28</i>.....45
<i>methotrexate sodium</i> 18, 54	<i>molindone hcl</i>.....36	<i>nefazodone hcl</i> .....33
<i>methyl dopa</i> .....29	<i>mometasone furoate</i>.....64	<i>neomycin sulfate</i>.....12
<i>methylphenidate hcl</i>.....38	<i>mondoxyne nl</i> .....17	<i>neomycin-bacitrac zn-</i> <i>polymyx 5(3.5)mg-</i> <i>400unt-10000unt op oin</i>.....58
<i>methylprednisolone</i>.....47	MONJUVI .....20	<i>neomycin-polymy-gramicid</i> <i>op sol 1.75-10000-</i> <i>0.025mg-unt-mg/ml</i>.....58
<i>methylprednisolone acetate</i>.....47	<i>mono-lynyah</i> .....45	<i>neomycin-polymyxin-</i> <i>dexamethasone ophth</i> <i>oint 0.1%</i>.....57
<i>methylprednisolone sod</i> <i>succ</i>.....47	<i>montelukast sodium</i>.....60	<i>neomycin-polymyxin-</i> <i>dexamethasone ophth</i> <i>susp 0.1%</i> .....57
<i>metoclopramide hcl</i>.....49	<i>morphine sulfate</i> .....9, 10	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> <i>ophth susp</i>.....57
<i>metolazone</i> .....28	MORPHINE SULFATE ...10	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i> <i>soln 1%</i> .....65
<i>metoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>100-25 mg</i>.....27	MOVANTIK.....50	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i> <i>susp 3.5 mg/ml-10000</i> <i>unit/ml-1%</i>.....65
<i>metoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>100-50 mg</i>.....27	<i>moxifloxacin hcl</i> .....16	NERLYNX.....20
<i>metoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>50-25 mg</i>.....27	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> ..58	NEUPRO .....35
<i>metoprolol succinate</i>.....27	<i>moxifloxacin hcl 400</i> <i>mg/250ml in sodium</i> <i>chloride 0.8% inj</i>.....16	<i>nevirapine</i> .....13
<i>metoprolol tartrate</i>.....27	MOXIFLOXACIN HYDROCHLORID .....16	NEXAVAR.....20
<i>metronidazole</i> .....11	MULTAQ.....25	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> .....26
<i>metronidazole (topical)</i> ..64	<i>mupirocin</i> .....62	<i>nicardipine hcl</i>.....27
<i>metronidazole in nacl</i> <i>0.79% iv soln 500</i> <i>mg/100ml</i> .....12	MVASI .....20	NICOTROL INHALER....40
<i>metronidazole vaginal</i>....52	<i>mycophenolate mofetil</i>....55	NICOTROL NS .....41
<i>metyrosine</i> .....29	<i>mycophenolate sodium</i> ...55	<i>nifedipine</i> .....27
MG SO4/D5W INJ	<i>myorisan</i> .....62	<i>nikki</i> .....45
10MG/ML .....56	MYRBETRIQ .....51	<i>nilutamide</i> .....18
<i>micafungin sodium</i>.....12	N	<i>nimodipine</i> .....27
<i>microgestin 1.5/30</i> .....45	<i>nabumetone</i>.....9	NINLARO.....20
<i>microgestin 1/20</i> .....45	<i>nadolol</i>.....27	<i>nisoldipine</i>.....28
<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....45	<i>nafcillin sodium</i> .....17	<i>nitazoxanide</i>.....12
<i>microgestin fe 1/20</i> .....45	NAGLAZYME.....48	<i>nitisinone</i> .....48
<i>midodrine hcl</i> .....29	<i>nalbuphine hcl</i>.....10	NITRO-BID .....29
<i>miglustat</i> .....48	<i>naloxone hcl</i> .....40	NITRO-DUR.....29
<i>mili</i> .....45	<i>naltrexone hcl</i> .....40	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>.....12
<i>mimvey</i> .....47	NAMZARIC CAP 14-10MG.....33	
<i>minitran</i>.....29	NAMZARIC CAP 21-10MG.....33	
<i>minocycline hcl</i> .....17	NAMZARIC CAP 28-10MG.....33	
<i>minoxidil</i>.....29	NAMZARIC CAP 7-10MG.....33	
<i>mirtazapine</i> .....33	NAMZARIC CAP PACK..33	
<i>misoprostol</i> .....50	<i>naproxen</i>.....9	
	<i>naproxen sodium</i> .....9	
	<i>naratriptan hcl</i>.....39	
	NARCAN .....40	

<i>nitrofurantoin monohyd</i>	NOVOLOG FLEXPEN ....43	<i>olmesartan-amlodipine-</i>
<i>macro</i>.....12	NOVOLOG MIX INJ 70/30	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>nitroglycerin</i> .....29	.....43	40-10-12.5 mg.....24
<i>nizatidine</i> .....50	NOVOLOG MIX INJ	<i>olmesartan-amlodipine-</i>
<i>nora-be</i> .....45	FLEXPEN.....43	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>norethindrone</i>	NOVOLOG PENFILL .....43	40-10-25 mg.....24
<i>(contraceptive)</i> .....45	NOXAFIL .....12	<i>olmesartan-amlodipine-</i>
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	NUBEQA .....18	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>estradiol tab 1 mg-20</i>	NUEDEXTA CAP 20-10MG	40-5-12.5 mg.....24
<i>mcg</i> .....46	.....39	<i>olmesartan-amlodipine-</i>
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	NULOJIX .....55	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>estradiol tab 1.5 mg-30</i>	NULYTELY SOL	40-5-25 mg.....24
<i>mcg</i> .....46	LMN/LIME .....50	<i>olopatadine hcl</i>.....58
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	NUPLAZID.....36	<i>olopatadine hcl (nasal)</i> ...60
<i>estradiol-fe tab 1 mg-20</i>	NUTRILIPID.....57	<i>omeprazole</i>.....51
<i>mcg</i> .....46	<i>nyamyc</i> .....63	OMNARIS .....61
<i>norethindrone acetate</i>....48	<i>nylia 7/7/7</i> .....46	OMNIPOD KIT STARTER
<i>norethindrone acetate-</i>	NYMALIZE.....28	.....43
<i>ethinyl estradiol tab 0.5</i>	<i>nymyo</i> .....46	OMNIPOD MIS 5 PACK .43
<i>mg-2.5 mcg</i> .....47	<i>nystatin</i> .....12	<i>ondansetron</i>.....49
<i>norethindrone acetate-</i>	<i>nystatin (mouth-throat)</i> ...65	<i>ondansetron hcl</i> .....49
<i>ethinyl estradiol tab 1</i>	<i>nystatin (topical)</i>.....63	ONTRUZANT .....21
<i>mg-5 mcg</i> .....47	<i>nystop</i> .....63	ONUREG .....18
<i>norgestimate & ethinyl</i>	O	OPSUMIT .....29
<i>estradiol tab 0.25 mg-35</i>	<i>ocella</i> .....46	ORGOVYX.....18
<i>mcg</i> .....46	OCTAGAM .....54	ORKAMBI GRA 100-125 61
<i>norgestimate-eth estrad tab</i>	<i>octreotide acetate</i> .....48	ORKAMBI GRA 150-188 61
<i>0.18-25/0.215-25/0.25-25</i>	ODEFSEY TAB.....14	ORKAMBI TAB 100-125 .61
<i>mg-mcg</i> .....46	ODOMZO .....21	ORKAMBI TAB 200-125 .61
<i>norgestimate-eth estrad tab</i>	OFEV .....61	<i>orsythia</i> .....46
<i>0.18-35/0.215-35/0.25-35</i>	<i>ofloxacin (ophth)</i> .....58	<i>oseltamivir phosphate</i>....15
<i>mg-mcg</i> .....46	<i>ofloxacin (otic)</i>.....65	OSPHENA .....48
NORITATE .....65	OGIVRI .....21	<i>oxacillin sodium</i> .....17
<i>norlyroc</i>.....46	OGIVRI INJ 420MG .....21	<i>oxaliplatin</i>.....17, 18
NORPACE CR.....25	<i>olanzapine</i> .....36	<i>oxandrolone</i>.....41
NORTHERA .....29	<i>olmesartan medoxomil</i> ...25	<i>oxaprozin</i> .....9
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>.....46	<i>olmesartan medoxomil-</i>	<i>oxcarbazepine</i> .....31
<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....46	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>oxybutynin chloride</i> .....51
<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....46	20-12.5 mg.....24	<i>oxycodone hcl</i>.....10
<i>nortrel 7/7/7</i> .....46	<i>olmesartan medoxomil-</i>	<i>oxycodone w/</i>
<i>nortriptyline hcl</i> .....34	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>acetaminophen tab 10-</i>
NORVIR.....13	40-12.5 mg.....24	325 mg .....11
NOVOLIN INJ 70/30 .....43	<i>olmesartan medoxomil-</i>	<i>oxycodone w/</i>
NOVOLIN INJ 70/30 FP..43	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>acetaminophen tab 2.5-</i>
NOVOLIN N.....43	40-25 mg.....24	325 mg .....10
NOVOLIN N FLEXPEN...43	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	<i>oxycodone w/</i>
NOVOLIN R.....43	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>acetaminophen tab 5-325</i>
NOVOLIN R FLEXPEN...43	20-5-12.5 mg.....24	<i>mg</i> .....11
NOVOLOG .....43		

<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	11	<i>pentamidine isethionate inh</i>	12	PIQRAY 250MG TAB DOSE	21
OXYTROL	51	<i>pentamidine isethionate inj</i>	12	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	21
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	42	<i>pentoxifylline</i>	53	<i>pirmella 1/35</i>	46
OZEMPIC (1MG/DOSE) .	42	PERFOROMIST	60	<i>piroxicam</i>	9
P		<i>perindopril erbumine</i>	23	PLASMA-LYTE INJ -148	56
<i>pacerone</i>	25	<i>periogard</i>	65	PLASMA-LYTE INJ -A	56
<i>paclitaxel</i>	19	<i>permethrin</i>	65	<i>plenamine</i>	57
<i>paliperidone</i>	36	<i>perphenazine</i>	36	PLENVU SOL	50
<i>pamidronate disodium</i>	44	PERSERIS	36	PNV FOLIC AC TAB + IRON	57
PAMIDRONATE DISODIUM	44	<i>pfizerpen</i>	17	<i>podofilox</i>	65
PANRETIN	65	<i>phenelzine sulfate</i>	34	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	58
<i>pantoprazole sodium</i>	51	<i>phenobarbital</i>	31	POMALYST	18
PANZYGA	55	<i>phenobarbital sodium</i>	31	<i>portia-28</i>	46
<i>paraplatin</i>	18	PHENYTEK	31	<i>posaconazole</i>	12
<i>paricalcitol</i>	49	<i>phenytoin</i>	31	POT CHL/NAACL INJ 20MEQ/L.....	56
<i>paroex</i>	65	<i>phenytoin sodium</i>	31	POT CHL/NAACL INJ 40MEQ/L.....	56
<i>paromomycin sulfate</i>	12	<i>phenytoin sodium extended</i>	31	<i>potassium chloride</i>	56, 57
<i>paroxetine hcl</i>	34	PHESGO SOL	21	POTASSIUM CHLORIDE	56
PASER	14	<i>philith</i>	46	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	56
PAXIL	34	<i>phytonadione</i>	59	<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	57
PAZEO	58	PICATO	65	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	51
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	55	PIFELTRO	13	PRADAXA.....	52
PEDVAX HIB.....	55	<i>pilocarpine hcl</i>	58	PRALUENT.....	26
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	50	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	65	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	35
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	50	<i>pimozide</i>	36	<i>prasugrel hcl</i>	53
PEGANONE	31	<i>pimtrea</i>	46	<i>pravastatin sodium</i>	26
PEGASYS	15	<i>pindolol</i>	27	<i>praziquantel</i>	12
PEMAZYRE.....	21	<i>pioglitazone hcl</i>	42	<i>prazosin hcl</i>	23
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	17	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	17	<i>prednisolone</i>	47
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	17	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	17	<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	58
PEN NEEDLES: NOVO/BD/ULTIMED/OW EN/TRIVIDIA	43	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	17	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP.....	58
<i>penicillamine</i>	44	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	17	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	47
<i>penicillin g potassium</i>	17	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	17		
PENICILLIN G PROCAINE	17	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	21		
<i>penicillin g sodium</i>	17				
<i>penicillin v potassium</i>	17				
PENTACEL INJ	55				

<i>prednisone</i>.....47	PULMICORT FLEXHALER	<i>rifampin</i>.....14
PREDNISONO INTENSOL	.....62	<i>riluzole</i>.....39
.....47	PULMOZYME.....61	<i>rimantadine hydrochloride</i>
<i>pregabalin</i>.....31, 32	PURIXAN.....18	.....15
<i>pregabalin (once-daily)</i> ...39	<i>pyrazinamide</i>.....14	RINVOQ.....54
PREMASOL SOL 10%...57	<i>pyridostigmine bromide</i> ...39	<i>risedronate sodium</i>.....44
PRENATAL TAB 27-1MG	Q	RISPERDAL CONSTA ..36,
.....57	QINLOCK.....21	37
PRENATAL TAB PLUS ..57	QUADRACEL INJ.....55	<i>risperidone</i>.....37
PRENATAL VIT TAB LOW	<i>quetiapine fumarate</i>.....36	<i>ritonavir</i>.....13
IRON.....57	<i>quinapril hcl</i>.....23	RITUXAN.....21
<i>prevalite</i>.....26	<i>quinapril-</i>	RITUXAN INJ HYCELA ..21
<i>previfem</i>.....46	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>rivastigmine</i>.....33
PREZCOBIX TAB 800-150	10-12.5 mg.....22	<i>rivastigmine tartrate</i>.....33
.....14	<i>quinapril-</i>	<i>rizatriptan benzoate</i>.....39
PREZISTA.....13	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>ropinirole hydrochloride</i> ..35
PRIFTIN.....14	20-12.5 mg.....23	<i>rosadan</i>.....65
PRILOSEC.....51	<i>quinapril-</i>	<i>rosuvastatin calcium</i>.....26
<i>primaquine phosphate</i>....13	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	ROTARIX SUS.....55
PRIMAQUINE	20-25 mg.....23	ROTATEQ SOL.....55
PHOSPHATE.....13	<i>quinidine sulfate</i>.....25	<i>roweepira</i>.....32
<i>primidone</i>.....32	<i>quinine sulfate</i>.....13	ROZLYTREK.....21
PRIVIGEN.....55	R	RUBRACA.....21
<i>probenecid</i>.....9	RABAVERT INJ.....55	<i>rufinamide</i>.....32
PROCALAMINE INJ 3% .57	<i>rabeprazole sodium</i>.....51	RUKOBIA.....13
<i>prochlorperazine</i>.....49	<i>raloxifene hcl</i>.....48	RUXIENCE.....21
<i>prochlorperazine edisylate</i>	<i>ramipril</i>.....23	RYBELSUS.....42
.....49	<i>ranolazine</i>.....29	RYDAPT.....21
<i>prochlorperazine maleate</i>	<i>rasagiline mesylate</i>.....35	S
.....49	RAYALDEE.....49	SANCUSO.....49
PROCRIT.....53	<i>reclipsen</i>.....46	SANDIMMUNE.....55
<i>procto-med hc</i>.....65	RECOMBIVAX HB.....55	SANTYL.....65
<i>procto-pak</i>.....65	RECTIV.....65	<i>sapropterin dihydrochloride</i>
<i>proctosol hc</i>.....65	REGRANEX.....65	.....48
<i>proctozone-hc</i>.....65	RELENZA DISKHALER..15	SAVELLA.....39
PROGRAF.....55	RELISTOR.....50	SAVELLA MIS TITR PAK
PROLASTIN-C.....61	REMICADE.....54	.....39
PROLENSA.....58	RENFLEXIS.....54	<i>scopolamine</i>.....49
PROLIA.....44	<i>repaglinide</i>.....42	SECUADO.....37
PROMACTA.....53	RESTASIS.....59	<i>selegiline hcl</i>.....35
<i>promethazine hcl</i>.....49	RESTASIS MULTIDOSE 59	<i>selenium sulfide</i>.....63
<i>propafenone hcl</i>.....25	RETEVMO.....21	SELZENTRY.....13
<i>proparacaine hcl</i>.....59	REVLIMID.....18	SEREVENT DISKUS.....60
<i>propranolol hcl</i>.....27	REXULTI.....36	<i>sertraline hcl</i>.....34
<i>propylthiouracil</i>.....49	REYATAZ.....13	<i>setlakin</i>.....46
PROQUAD INJ.....55	RHOPRESSA.....58	<i>sevelamer carbonate</i>.....48
PROSOL INJ 20%.....57	RIABNI.....21	<i>sharobel</i>.....46
<i>protriptyline hcl</i>.....34	<i>ribavirin (hepatitis c)</i>.....15	SHINGRIX.....56
	<i>rifabutin</i>.....14	SIGNIFOR.....48

<i>sildenafil citrate</i>.....62	<i>sulfacetamide sodium</i>	SYNJARDY TAB 5-500MG
<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>	<i>(acne)</i>.....62	.....42
<i>hypertension)</i>.....29	<i>sulfacetamide sodium</i>	SYNJARDY XR TAB 10-
<i>silodosin</i>.....51	<i>(ophth)</i>.....58	1000.....42
<i>silver sulfadiazine</i>.....62	<i>sulfacetamide sodium-</i>	SYNJARDY XR TAB 12.5-
SIMBRINZA SUS 1-0.2%59	<i>prednisolone ophth soln</i>	1000MG.....42
<i>simliya</i>.....46	<i>10-0.23(0.25)%</i>.....57	SYNJARDY XR TAB 25-
<i>simvastatin</i>.....26	SULFADIAZINE.....12	1000.....42
<i>sirolimus</i>.....55	<i>sulfamethoxazole-</i>	SYNJARDY XR TAB 5-
SIRTURO.....14	<i>trimethoprim iv soln 400-</i>	1000MG.....42
SIVEXTRO.....12	<i>80 mg/5ml</i>.....12	SYNRIBO.....19
SKYRIZI.....54	<i>sulfamethoxazole-</i>	SYNTHROID.....49
SKYRIZI PEN.....54	<i>trimethoprim susp 200-40</i>	T
<i>sodium chloride</i>.....56	<i>mg/5ml</i>.....12	TABLOID.....18
<i>sodium chloride (gu</i>	<i>sulfamethoxazole-</i>	TABRECTA.....21
<i>irrigant)</i>.....65	<i>trimethoprim tab 400-80</i>	<i>tacrolimus</i>.....55
<i>sodium fluoride chew; tab;</i>	<i>mg</i>.....12	<i>tacrolimus (topical)</i>.....65
1.1 (0.5 f) mg/ml soln ..57	<i>sulfamethoxazole-</i>	<i>tadalafil</i>.....62
<i>sodium phenylbutyrate</i>....48	<i>trimethoprim tab 800-160</i>	TAFINLAR.....21
<i>sodium polystyrene</i>	<i>mg</i>.....12	TAGRISO.....21
<i>sulfonate powder</i>.....44	SULFAMYLON.....63	TALTZ.....54
<i>solifenacin succinate</i>.....51	<i>sulfasalazine</i>.....50	TALZENNA.....21
SOLQUA INJ 100/33.....43	<i>sulindac</i>.....9	<i>tamoxifen citrate</i>.....18
SOLTAMOX.....18	<i>sumatriptan</i>.....39	<i>tamsulosin hcl</i>.....51
SOLU-CORTEF.....47	<i>sumatriptan succinate</i>....39	TARGRETIN.....65
SOMATULINE DEPOT ..48	<i>sunitinib malate</i>.....21	<i>tarina fe 1/20 eq</i>.....46
SOMAVERT.....48	SUPREP BOWEL SOL	TASIGNA.....21
<i>sorine</i>.....25	PREP KIT.....50	<i>tazarotene</i>.....63
<i>sotalol hcl</i>.....25	SUTENT.....21	<i>tazicef</i>.....16
<i>sotalol hcl (afib/af)</i>.....25	<i>syeda</i>.....46	TAZORAC.....63
<i>spironolactone</i>.....23	SYMBICORT AER 160-4.5	<i>taztia xt</i>.....28
<i>spironolactone &</i>	.....62	TAZVERIK.....21
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	SYMBICORT AER 80-4.5	TDVAX INJ 2-2 LF.....56
<i>25-25 mg</i>.....28	.....62	TECENTRIQ.....21
<i>sprintec 28</i>.....46	SYMDEKO TAB 100-15061	TEFLARO.....16
SPRITAM.....32	SYMDEKO TAB 50-75MG	<i>telmisartan</i>.....25
SPRYCEL.....21	.....61	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>
<i>sps</i>.....44	SYMJEPI.....61	<i>40-10 mg</i>.....24
<i>sronyx</i>.....46	SYMPAZAN.....32	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>
<i>ssd</i>.....62	SYMTUZA TAB.....14	<i>40-5 mg</i>.....24
<i>stavudine</i>.....13	SYNAREL.....46	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>
STELARA.....54	SYNERCID INJ 500MG ..12	<i>80-10 mg</i>.....24
STIMATE.....48	SYNJARDY TAB 12.5-	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>
STIVARGA.....21	1000MG.....42	<i>80-5 mg</i>.....24
<i>streptomycin sulfate</i>.....12	SYNJARDY TAB 12.5-500	<i>telmisartan-</i>
STRIBILD TAB.....14	.....42	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>subvenite</i>.....32	SYNJARDY TAB 5-	<i>40-12.5 mg</i>.....25
<i>sucralfate</i>.....50	1000MG.....42	

<i>telmisartan-</i>	<i>topiramate</i>	TRIJARDY XR TAB ER
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>toposar</i>	24HR 10-5-1000MG....
80-12.5 mg.....	<i>toremifene citrate</i>	TRIJARDY XR TAB ER
<i>telmisartan-</i>	<i>toremide</i>	24HR 12.5-2.5-1000MG
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	TOVIAZ.....	.....42
80-25 mg.....	TPN ELECTROL INJ	TRIJARDY XR TAB ER
<i>temazepam</i>	TRADJENTA.....	24HR 25-5-1000MG....
TEMIXYS TAB 300-300..	<i>tramadol hcl</i>	TRIJARDY XR TAB ER
TENIVAC INJ 5-2LF	<i>tramadol-acetaminophen</i>	24HR 5-2.5-1000MG...42
<i>tenofovir disoproxil</i>	<i>tab 37.5-325 mg</i>	TRIKAFTA TAB 100-50-
<i>fumarate</i>	<i>trandolapril</i>	75MG & 150MG
TEPMETKO.....	<i>tranexamic acid</i>	TRIKAFTA TAB 50-25-
<i>terazosin hcl</i>	<i>tranylcypromine sulfate</i> ...34	37.5MG & 75MG
<i>terbinafine hcl</i>	TRAVASOL INJ 10%	<i>tri-legest fe</i>
<i>terbutaline sulfate</i>	TRAZIMERA.....	<i>tri-lynyah</i>
<i>terconazole vaginal</i>	<i>trazodone hcl</i>	<i>tri-lo-estarylla</i>
<i>testosterone</i>	TRECATOR	<i>tri-lo-marzia</i>
<i>testosterone cypionate</i> ...41	TRELEGY AER ELLIPTA	<i>tri-lo-mili</i>
<i>testosterone enanthate</i> ...41	100-62.5-25 MCG	<i>tri-lo-sprintec</i>
<i>tetrabenazine</i>	TRELEGY AER ELLIPTA	<i>trimethoprim</i>
<i>tetracycline hcl</i>	200-62.5-25 MCG	<i>tri-mili</i>
THALOMID	TRELSTAR MIXJECT....	<i>trimipramine maleate</i>
THEO-24	<i>treprostinil</i>	TRINTELLIX
<i>theophylline</i>	TRESIBA	<i>tri-nymyo</i>
<i>thioridazine hcl</i>	TRESIBA FLEXTOUCH..	<i>tri-previfem</i>
<i>thiothixene</i>	<i>tretinoin</i>	<i>tri-sprintec</i>
<i>tiadylt er</i>	<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .19	TRIUMEQ TAB
<i>tiagabine hcl</i>	TREXALL.....	<i>trivora-28</i>
TIBSOVO.....	<i>triamcinolone acetonide</i>	<i>tri-vylibra</i>
<i>tigecycline</i>	<i>(mouth)</i>	<i>tri-vylibra lo</i>
TIGECYCLINE.....	<i>triamcinolone acetonide</i>	TROGARZO
<i>tilia fe</i>	<i>(topical)</i>	TROPHAMINE INJ 10% .57
<i>timolol maleate</i>	<i>triamterene &</i>	<i>tropium chloride</i>
<i>timolol maleate (ophth)</i> ...59	<i>hydrochlorothiazide cap</i>	TRULANCE
<i>timolol maleate (ophth)</i>	37.5-25 mg.....	TRULICITY
<i>once-daily</i>	<i>triamterene &</i>	TRUMENBA INJ
TIVICAY.....	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	TRUSELTIQ 100 MG
TIVICAY PD.....	37.5-25 mg.....	DAILY DOSE.....
<i>tizanidine hcl</i>	<i>triamterene &</i>	TRUSELTIQ 125 MG
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	DAILY DOSE.....
.....	75-50 mg.....	TRUSELTIQ 50 MG DAILY
TOBRADEX ST SUS 0.3-	TRICARE TAB PRENATAL	DOSE
0.05.....	.....	TRUSELTIQ 75 MG DAILY
<i>tobramycin</i>	<i>triderm</i>	DOSE
<i>tobramycin (ophth)</i>	<i>trientine hcl</i>	TRUXIMA.....
<i>tobramycin sulfate</i>	<i>tri-estarylla</i>	TUKYSA
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	<i>trifluoperazine hcl</i>	<i>tulana</i>
<i>ophth susp 0.3-0.1%</i> ...57	<i>trifluridine</i>	TURALIO
<i>tolterodine tartrate</i>	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	TWINRIX INJ

TYBOST	13	VENTAVIS.....	30	XCOPRI PAK 12.5-25.....	32
TYMLOS.....	44	VENTOLIN HFA.....	60	XCOPRI PAK 150-200MG	
TYPHIM VI.....	56	VENTOLIN HFA		(MAINTENANCE).....	32
U		(INSTITUTIONAL PACK)		XCOPRI PAK 150-200MG	
UBRELVY.....	39	.....	60	(TITRATION).....	32
UKONIQ	21	<i>verapamil hcl</i>	28	XCOPRI PAK 50-100MG	32
<i>unithroid</i>	49	VERSACLOZ.....	37	XCOPRI PAK 50-200MG	32
<i>ursodiol</i>	51	VERZENIO	21	XELJANZ.....	54
V		<i>vestura</i>	46	XELJANZ XR	54
<i>valacyclovir hcl</i>	15	V-GO 20 KIT	43	XGEVA	44
VALCHLOR	65	V-GO 30 KIT	43	XIFAXAN	51
<i>valganciclovir hcl</i>	15	V-GO 40 KIT	44	XIGDUO XR TAB 10-1000	
<i>valproate sodium</i>	32	VICTOZA	42	.....	43
<i>valproic acid</i>	32	<i>vienva</i>	46	XIGDUO XR TAB 10-	
<i>valsartan</i>	25	<i>vigabatrin</i>	32	500MG	42
<i>valsartan-</i>		<i>vigadrone</i>	32	XIGDUO XR TAB 2.5-1000	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		VIIBRYD	34	.....	42
160-12.5 mg.....	25	VIIBRYD KIT STARTER	34	XIGDUO XR TAB 5-	
<i>valsartan-</i>		VIMPAT	32	1000MG	42
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>vincristine sulfate</i>	19	XIGDUO XR TAB 5-500MG	
160-25 mg.....	25	<i>vinorelbine tartrate</i>	19	.....	42
<i>valsartan-</i>		<i>viorele</i>	46	XIIDRA.....	59
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		VIRACEPT.....	13	XOLAIR	61
320-12.5 mg.....	25	VIREAD	13	XOSPATA.....	22
<i>valsartan-</i>		VITRAKVI	21	XPOVIO 100 MG ONCE	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		VIVITROL	41	WEEKLY	22
320-25 mg.....	25	VIZIMPRO	21	XPOVIO 40 MG ONCE	
<i>valsartan-</i>		<i>voriconazole</i>	12	WEEKLY	22
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		VOSEVI TAB	15	XPOVIO 40 MG TWICE	
80-12.5 mg.....	25	VOTRIENT	21	WEEKLY	22
VALTOCO	32	VRAYLAR.....	37	XPOVIO 60 MG ONCE	
<i>vancomycin hcl</i>	12	VRAYLAR CAP 1.5-3MG	37	WEEKLY	22
VANCOMYCIN INJ 1 GM12		<i>vyfemla</i>	46	XPOVIO 60 MG TWICE	
VANCOMYCIN INJ 500MG		<i>vylibra</i>	46	WEEKLY	22
.....	12	VYVANSE.....	38	XPOVIO 80 MG ONCE	
VANCOMYCIN INJ 750MG		VYZULTA	59	WEEKLY	22
.....	12	W		XPOVIO 80 MG TWICE	
<i>vandazole</i>	52	<i>warfarin sodium</i>	52	WEEKLY	22
VAQTA	56	<i>water for irrigation, sterile</i>		XTANDI	18
VARIVAX.....	56	<i>irrigation soln</i>	65	<i>xulane</i>	46
VASCEPA.....	26	<i>wera</i>	46	XULTOPHY INJ 100/3.6	44
VELCADE.....	21	X		XYREM.....	40
<i>velivet</i>	46	XALKORI	22	Y	
VELTASSA	44	XARELTO.....	52	YF-VAX INJ	56
VEMLIDY	15	XARELTO STAR TAB		<i>yuvafem</i>	47
VENCLEXTA	21	15/20MG	52	Z	
VENCLEXTA TAB START		XATMEP.....	54	<i>zafemy</i>	46
PK	21	XCOPRI.....	32	<i>zafirlukast</i>	60
<i>venlafaxine hcl</i>	34	XCOPRI PAK 100-150	32	<i>zarah</i>	46

ZARXIO	53	ZENPEP CAP 40000	51	ZORTRESS	55
ZEJULA	22	ZENPEP CAP 5000UNIT	51	ZOSTAVAX.....	56
ZELBORAF.....	22	ZERVIATE	58	<i>zovia 1/35e</i>	46
ZEMAIRA.....	61	<i>zidovudine</i>	14	<i>zumandimine</i>	46
<i>zenatane</i>	62	<i>ziprasidone hcl</i>	37	ZYCLARA PUMP	65
ZENPEP CAP 10000UNT		<i>ziprasidone mesylate</i>	37	ZYDELIG	22
.....	51	ZIRABEV	22	ZYKADIA	22
ZENPEP CAP 15000UNT		ZIRGAN	58	ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	57
.....	51	<i>zoledronic acid</i>	44	ZYPITAMAG	26
ZENPEP CAP 20000UNT		ZOLINZA	22	ZYPREXA RELPREVV ...	37
.....	51	<i>zolmitriptan</i>	39	ZYTIGA.....	18
ZENPEP CAP 25000	51	<i>zolpidem tartrate</i>	39		
ZENPEP CAP 3000UNIT	51	<i>zonisamide</i>	32		

Este formulario resumido se actualizó el 10/01/2021. Para obtener información más reciente o respuestas a sus preguntas, por favor llame al Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed Medicare al 1-800-782- 8633 desde el 1ro de octubre al 31 de marzo: 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre: 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, y 9:00 am a 1:00 pm los sábados (para los usuarios de TTY, 711), los 7 días a la semana y las 24 horas del día o visite www.avmed.org