

AvMed Medicare Formulario para 2023 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, 0023092 Version Number 07
H1016_PH272-092022_C

Este formulario condensado e integral se actualizó el 01/01/2023. Para información más reciente u otras preguntas, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de AvMed Medicare al 1-800-782-8633 o para usuarios de TTY, 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: 8:00 am a 8:00 pm, siete días a la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre: De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes y sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m., o visite www.avmed.org

- **Mensaje importante sobre lo que usted paga para las vacunas:** Nuestro plan supera la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.
- **Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** No pagará más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.



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

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

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 01/01/2023. 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 2023 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de AvMed Medicare?

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

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

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

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

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

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

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

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

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

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2023 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2023, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto es vigente a partir del 01/01/2023. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por AvMed Medicare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 10. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría

“Cardiovascular”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 10. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

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

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si cambia de tratamiento varias veces en el mismo mes, es posible que tenga que solicitar una excepción o una autorización previa para continuar con la cobertura de su medicamento.

Consulte la sección "¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de AvMed Medicare?" en la página 5.

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de AvMed Medicare

El formulario a continuación proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por AvMed Medicare. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 67.

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

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

Lista de Abreviaturas y Su Significado:

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

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

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

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

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

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

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

AvMed_Medicare eff 01/01/2023

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANALGÉSICOS GOTA		
<i>allopurinol TABS 100mg, 300mg</i>		
<i>colchicine TABS .6mg QL (120 tabs / 30 días)</i>	4	QL
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	3	
<i>febuxostat TABS 40mg, 80mg</i>	4	PA
<i>MITIGARE CAPS .6mg QL (60 caps / 30 días)</i>	3	QL
<i>probenecid TABS 500mg</i>	3	
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>celecoxib CAPS 50mg, 100mg, 200mg QL (60 caps / 30 días)</i>	3	QL
<i>celecoxib CAPS 400mg QL (30 caps / 30 días)</i>	3	QL
<i>diclofenac potassium TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)</i>	3	QL
<i>diclofenac sodium TB24 100mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium TBEC 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	GC
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 50-0.2 mg</i>	4	
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 75-0.2 mg</i>	4	
<i>diflunisal TABS 500mg</i>	3	
<i>ec-naproxen TBEC 375mg QL (120 tabs / 30 días)</i>	2	GC QL
<i>ec-naproxen TBEC 500mg QL (90 tabs / 30 días)</i>	4	QL
<i>etodolac CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg</i>	3	
<i>flurbiprofen TABS 100mg</i>	3	
<i>ibu TABS 600mg, 800mg</i>	1	GC
<i>ibuprofen SUSP 100mg/5ml</i>	3	

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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	4	
colistimethate sodium SOLR 150mg	4	
dapsone TABS 25mg, 100mg	3	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	5	
daptomycin SOLR 350mg, 500mg	5	
EMVERM CHEW 100mg QL (12 tabs / año)	5	QL
ertapenem sodium SOLR 1gm	4	
gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml	3	
gentamicin in saline inj 1 mg/ml	3	
gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml	3	
gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml	3	
gentamicin in saline inj 2 mg/ml	3	
gentamicin sulfate SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	3	
imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg	4	
imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg	4	
ivermectin TABS 3mg QL (12 tabs / 90 días)	3	QL PA
linezolid SOLN 600mg/300ml	4	
linezolid SUSR 100mg/5ml QL (1800 mL / 30 días)	5	QL
linezolid TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%	4	
meropenem SOLR 1gm, 500mg	4	
methenamine hippurate TABS 1gm	4	

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
vancomycin hcl CAPS 250mg QL (160 caps / 180 días)	4	QL
vancomycin hcl SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	4	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	4	
VANCOMYCIN INJ 500MG	4	
VANCOMYCIN INJ 750MG	4	
FUNGICIDAS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	4	B/D
amphotericin b SOLR 50mg	4	B/D
amphotericin b liposome SUSR 50mg	5	B/D
caspofungin acetate SOLR 50mg, 70mg	4	
fluconazole SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 200mg	3	
fluconazole TABS 150mg	2	GC
fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml	3	
fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml	3	
flucytosine CAPS 250mg, 500mg	5	PA
griseofulvin microsize SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	4	
griseofulvin ultramicrosize TABS 125mg, 250mg	4	
itraconazole CAPS 100mg	4	PA
ketoconazole TABS 200mg	3	PA
micafungin sodium SOLR 50mg, 100mg	5	
NOXAFIL SUSP 40mg/ml QL (630 mL / 30 días)	5	QL PA
nystatin TABS 500000unit	3	
posaconazole TBEC 100mg QL (93 tabs / 30 días)	5	QL PA
terbinafine hcl TABS 250mg QL (90 tabs / año)	1	GC QL
voriconazole SOLR 200mg; SUSR 40mg/ml	5	PA
voriconazole TABS 50mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL PA
voriconazole TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL PA

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANTIPALÚDICOS		
atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg	4	
atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg	4	
chloroquine phosphate TABS 250mg, 500mg	4	
COARTEM TAB 20-120MG	4	
mefloquine hcl TABS 250mg	3	
primaquine phosphate TABS 26.3mg	3	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	3	
quinine sulfate CAPS 324mg	4	PA
AGENTES ANTIRRETROVIRALES		
abacavir sulfate SOLN 20mg/ml	4	
abacavir sulfate TABS 300mg	3	
APTVUS CAPS 250mg	5	
atazanavir sulfate CAPS 150mg, 200mg, 300mg	4	
EDURANT TABS 25mg	5	
efavirenz CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	4	
emtricitabine CAPS 200mg	3	
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	4	
etravirine TABS 100mg, 200mg	5	
fosamprenavir calcium TABS 700mg	5	
FUZEON SOLR 90mg	5	
INTELENCE TABS 25mg	4	
ISENTRESS CHEW 25mg	4	
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	5	
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	
lamivudine SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3	
LEXIVA SUSP 50mg/ml	4	
maraviroc TABS 150mg, 300mg	5	
nevirapine SUSP 50mg/5ml; TB24 100mg, 400mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
nevirapine TABS 200mg	2	GC
NORVIR PACK 100mg; SOLN 80mg/ml	4	
PIFELTRO TABS 100mg	5	
PREZISTA SUSP 100mg/ml QL (400 mL / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 75mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL
PREZISTA TABS 150mg QL (240 tabs / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 800mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
REYATAZ PACK 50mg	5	
ritonavir TABS 100mg	3	
RUKOBIA TB12 600mg	5	
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg	5	
SELZENTRY TABS 25mg	4	
stavudine CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
tenofovir disoproxil fumarate TABS 300mg	3	
TIVICAY TABS 10mg	3	
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	5	
TIVICAY PD TBSO 5mg	5	
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	LA
TYBOST TABS 150mg	3	
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	
zidovudine CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	4	
zidovudine TABS 300mg	3	
AGENTES ANTIRRETROVIRALES MIXTOS		
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg	3	
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	5	

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
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	5	
CIMDUO TAB 300-300	5	
COMPLERA TAB	5	
DELSTRIGO TAB	5	
DESCOVY TAB 120-15MG QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
DESCOVY TAB 200/25MG QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
DOVATO TAB 50-300MG	5	
efavirenz-emtricitabine- tenofovir df tab 600-200-300 mg	5	
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg		
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg		
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	
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	4	
ODEFSEY TAB	5	

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
PREZCOBIX TAB 800-150	5	
STRIBILD TAB	5	
SYMTUZA TAB	5	
TRIUMEQ PD TAB	5	
TRIUMEQ TAB	5	
TRIZIVIR TAB	5	
AGENTES ANTITUBERCULOSOS		
cycloserine CAPS 250mg	5	
ethambutol hcl TABS 100mg, 3 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
TRECATOR 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	
EPCLUSA PAK 150-37.5	5	PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	5	PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	5	PA
EPCLUSA TAB 400-100	5	PA
EPIVIR HBV SOLN 5mg/ml	4	
famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg	3	
ganciclovir sodium SOLR 500mg	4	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HARVONI PAK 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 90-400MG	5	PA
<i>lamivudine (hbv) TABS</i>	4	
100mg		
MAVYRET PAK 50-20MG	5	PA
MAVYRET TAB 100-40MG	5	PA
<i>oseltamivir phosphate CAPS</i>	3	QL
30mg		
QL (168 caps / año)		
<i>oseltamivir phosphate CAPS</i>	3	QL
45mg, 75mg		
QL (84 caps / año)		
<i>oseltamivir phosphate SUSR</i>	3	QL
6mg/ml		
QL (1080 mL / año)		
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; 5 SOSY 180mcg/0.5ml		PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	5	QL PA
QL (28 tabs / 28 días)		
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	3	QL
QL (6 inhaladores / año)		
<i>ribavirin (hepatitis c) CAPS</i>	3	
200mg		
<i>ribavirin (hepatitis c) TABS</i>	4	
200mg		
<i>rimantadine hydrochloride TABS</i>	4	
100mg		
<i>valacyclovir hcl TABS</i>	1gm, 3	
500mg		
<i>valganciclovir hcl SOLR</i>	5	
50mg/ml		
<i>valganciclovir hcl TABS</i>	3	
450mg		
VEMLIDY TABS 25mg	5	PA
VOSEVI TAB	5	PA
CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor CAPS 250mg, 500mg</i>	3	
<i>cefaclor SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml</i>	4	
CEFACLOR ER TB12 500mg	4	
<i>cefadroxil CAPS 500mg</i>	2	GC

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ERITROMICINAS / MACRÓLIDOS		
azithromycin PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	3	
azithromycin TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	GC
clarithromycin SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	4	
clarithromycin TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	3	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	5	
e.e.s. 400 TABS 400mg	4	
ery-tab TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	4	
erythrocin stearate TABS 250mg	4	
erythromycin base CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
erythromycin ethylsuccinate TABS 400mg	4	
erythromycin lactobionate SOLR 500mg	4	
FLUOROQUINOLONAS		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	4	
ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w	3	
ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w	3	
ciprofloxacin hcl TABS 100mg	4	
ciprofloxacin hcl TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
levofloxacin SOLN 25mg/ml	4	
levofloxacin TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml	3	
levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml	3	

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
 Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

ST - Terapia Escalonada **B/D**
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ampicillin sodium SOLR 1gm, 4 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg		
BICILLIN L-A SUSP 2400000unit/4ml; SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml	4	
dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg	3	
nafcillin sodium SOLR 1gm, 4 2gm		
nafcillin sodium SOLR 10gm	5	
oxacillin sodium SOLR 1gm, 4 2gm, 10gm		
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	4	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML		
penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 2000000unit	4	
PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml		
penicillin g sodium SOLR 5000000unit	4	
penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	GC
penicillin v potassium TABS 250mg, 500mg	1	GC
pfizerpen SOLR 5000000unit, 4 20000000unit		
piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)	4	
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)	4	
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)		
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)	4	
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)		
TETRACICLINAS		
doxy 100 SOLR 100mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
doxycycline (monohydrate) CAPS 50mg, 100mg	2	GC
doxycycline (monohydrate) TABS 50mg, 75mg, 100mg	3	
doxycycline hyclate CAPS 50mg, 100mg; TABS 20mg, 100mg	3	
doxycycline hyclate SOLR 100mg	4	
minocycline hcl CAPS 50mg, 3 75mg, 100mg		
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	5	LA
tetracycline hcl CAPS 250mg, 4 500mg		PA
tigecycline SOLR 50mg	5	
TIGECYCLINE SOLR 50mg	5	
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS		
AGENTES ALQUILANTES		
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	5	B/D LA
carboplatin SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	3	B/D
cisplatin SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	3	B/D
cyclophosphamide CAPS 25mg, 50mg	3	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml	5	B/D
cyclophosphamide SOLR 1gm, 2gm, 500mg	5	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	4	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	5	B/D
LEUKERAN TABS 2mg	4	
oxaliplatin SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	4	B/D
oxaliplatin SOLR 50mg, 100mg	5	B/D
paraplatin SOLN 1000mg/100ml	3	B/D
ANTIBIÓTICOS		
doxorubicin hcl SOLN 2mg/ml	4	B/D

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

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 18

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 5 2mg/ml	5	B/D
ELLENCE SOLN 50mg/25ml, 4 200mg/100ml	4	B/D
ANTIMETABOLITOS		
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	5	B/D
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	3	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	3	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	4	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	5	LA PA
LONSURF TAB 15-6.14	5	LA PA
LONSURF TAB 20-8.19	5	LA PA
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	3	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	3	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	5	LA PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	5	B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	5	
TABLOID TABS 40mg	4	
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg, 500mg	5	PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	2	GC
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	2	GC
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	4	PA
EMCYT CAPS 140mg	5	
ERLEADA TABS 60mg	5	LA PA
<i>exemestane</i> TABS 25mg	4	
<i>fulvestrant</i> SOLN 250mg/5ml	5	B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	2	GC
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	4	PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	PA
KIT 3.75mg		
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	PA
KIT 11.25mg		
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	
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	5	LA PA
INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide</i> CAPS 5mg, 10mg, 15mg	5	QL LA PA
QL (28 caps / 28 días)		
<i>lenalidomide</i> CAPS 25mg	5	QL LA PA
QL (21 caps / 28 días)		
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	5	QL LA PA
QL (21 caps / 28 días)		
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	5	QL LA PA
QL (28 caps / 28 días)		
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg	5	QL LA PA
QL (21 caps / 28 días)		
THALOMID CAPS 50mg, 100mg	5	QL LA PA
QL (28 caps / 28 días)		
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	5	QL LA PA
QL (56 caps / 28 días)		
VARIOS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	5	LA PA
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	5	PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	2	GC
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	4	B/D

ST - Terapia Escalonada **B/D** 19
LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
KISQALI 200 PAK FEMARA QL (49 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 400 PAK FEMARA QL (70 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 600 PAK FEMARA QL (91 tabs / 28 días)	5	QL PA
MATULANE CAPS 50mg	5	LA
SYNRIBO SOLR 3.5mg <i>tretinoin (chemotherapy)</i>	5	PA
CAPS 10mg		
WELIREG TABS 40mg	5	LA PA
MITOTIC INHIBITORS		
<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 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp</i> 100 mg	5	B/D
<i>toposar</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml	3	B/D
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	2	GC B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	4	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg	5	LA PA
ALUNBRIG TABS 30mg, 90mg, 180mg	5	LA PA
ALUNBRIG PAK	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
BORTEZOMIB SOLR 3.5mg	5	PA

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

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	LA 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, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
IMBRUVICA CAPS 70mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg, 560mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INLYTA TABS 1mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INLYTA TABS 5mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INREBIC CAPS 100mg	5	LA PA
IRESSA TABS 250mg	5	LA PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	B/D LA
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	LA PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	LA PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg QL (21 tabs / 28 días)	5	QL PA

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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

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

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

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg QL (3 caps / 28 días)	5	QL PA
ODOMZO CAPS 200mg	5	LA PA
OGIVRI SOLR 150mg	5	LA PA
OGIVRI INJ 420MG	5	LA PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	LA 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
ROZLYTREK CAPS 100mg, 200mg	5	LA PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
RYDAPT CAPS 25mg	5	PA
SCEMBLIX TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
SCEMBLIX TABS 40mg QL (300 tabs / 30 días)	5	QL PA
sorafenib tosylate TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	5	PA
STIVARGA TABS 40mg	5	LA PA
sunitinib malate 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
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS .5mg, .75mg, 1mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS .25mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
TASIGNA CAPS 50mg, 150mg, 200mg	5	PA
TAZVERIK TABS 200mg	5	LA PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	5	LA PA
TEPMETKO TABS 225mg	5	LA PA
TIBSOVO TABS 250mg	5	LA PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	5	PA
TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE CPPK 100mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE	5	LA PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	LA PA
TURALIO CAPS 200mg	5	LA PA
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 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VITRAKVI CAPS 25mg, 100mg; SOLN 20mg/ml	5	LA PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	5	LA PA

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

B/D

22

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VONJO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	5	QL LA PA
VOTRIENT TABS 200mg	5	LA PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg	5	LA PA
XOSPATA TABS 40mg	5	LA PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg QL (4 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 60mg QL (4 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg QL (24 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg QL (32 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 50mg QL (8 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
ZEJULA CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
ZELBORAF TABS 240mg	5	LA PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA
ZOLINZA CAPS 100mg	5	PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	5	LA PA
ZYKADIA TABS 150mg	5	LA PA
AGENTES PROTECTORES		
leucovorin calcium SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	4	B/D
leucovorin calcium TABS 5mg, 10mg, 15mg	3	
leucovorin calcium TABS 25mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
MESNEX TABS 400mg	5	
CARDIOVASCULAR COMBINACIONES DEL INHIBIDOR DE LA ECA		
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
benazepril & hydrochlorothiazide tab 5- 6.25mg	1	GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg	1	GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg	1	GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	1	GC
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg	1	GC
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg	1	GC
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg	1	GC

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 23
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ALFA BLOQUEADORES		
doxazosin mesylate TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	2	GC
prazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg	3	
terazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	2	GC
COMBINACIONES DE ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg	1	GC QL QL (60 tabs / 30 días)
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
EDARBYCLOR TAB 40-12.5	4	QL QL (30 tabs / 30 días)
EDARBYCLOR TAB 40-25MG	4	QL QL (30 tabs / 30 días)
ENTRESTO TAB 24-26MG	3	
ENTRESTO TAB 49-51MG	3	
ENTRESTO TAB 97-103MG	3	
irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg	1	GC QL QL (60 tabs / 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg	1	GC
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg	1	GC
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg	1	GC
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
telmisartan-amlodipine tab 40- 5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
telmisartan-amlodipine tab 40- 10 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
telmisartan-amlodipine tab 80- 5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
telmisartan-amlodipine tab 80- 10 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
telmisartan- hydrochlorothiazide tab 40- 12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80- 12.5 mg	1	GC QL QL (60 tabs / 30 días)
telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80-25 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA		
candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
candesartan cilexetil TABS 32mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
EDARBI TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
olmesartan medoxomil TABS 5mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
valsartan TABS 320mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ANTIARRÍTMICOS		
amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg	4	
amiodarone hcl TABS 200mg disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	4	
flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg	3	
MULTAQ TABS 400mg	4	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	4	
pacerone TABS 100mg, 400mg	4	
pacerone TABS 200mg	1	GC
propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg	4	
propafenone hcl TABS 150mg, 225mg, 300mg	3	
quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg	3	
sorine TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	2	GC
sotalol hcl TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	2	GC
sotalol hcl (afib/afl) TABS 80mg, 120mg, 160mg	3	
ANTILIPÉMICS, FIBRATES		
choline fenofibrate CPDR 45mg, 135mg	3	
fenofibrate TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	3	
fenofibrate micronized CAPS 67mg, 134mg, 200mg	3	
gemfibrozil TABS 600mg	1	GC
ANTILIPÉMICOS, LOS INHIBIDORES DE LA HMG-COA REDUCTASA		
ALTOPREV TB24 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL ST
atorvastatin calcium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
EZALLOR SPRINKLE CPSP 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
fluvastatin sodium CAPS 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	1	GC QL

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
fluvastatin sodium TB24 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
LIVALO TABS 1mg, 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST
lovastatin TABS 10mg, 20mg, 1 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
pravastatin sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
rosuvastatin calcium TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
simvastatin TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ZYPITAMAG TABS 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST
ANTILIPÉMICOS, VARIOS		
cholestyramine PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
cholestyramine light PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
colesevelam hcl PACK 3.75gm; TABS 625mg	4	
colestipol hcl GRAN 5gm; PACK 5gm	4	
colestipol hcl TABS 1gm	3	
ezetimibe TABS 10mg	3	
ezetimibe-simvastatin tab 10- 10 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ezetimibe-simvastatin tab 10- 20 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ezetimibe-simvastatin tab 10- 40 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ezetimibe-simvastatin tab 10- 80 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
niacin (antihyperlipidemic) TBCR 500mg, 750mg, 1000mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
PRALUENT SOAJ 75mg/ml, 150mg/ml	3	PA
prevalite PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	4	
BETABLOQUEANTE / DIURÉTICO COMBINACIONES		
atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg	2	GC
atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg	2	GC
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5- 6.25 mg	2	GC
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg	2	GC
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10- 6.25 mg	2	GC
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg	3	
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100- 25 mg	3	
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100- 50 mg	3	
BETABLOQUEANTE		
acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg	3	
atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg	2	GC
carvedilol TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1	GC
labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg	3	

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

QL - Cantidad Limitada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

cubre

ST - Terapia Escalonada

B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	GC
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml	4	
<i>metoprolol tartrate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	3	
<i>nebivolol hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>nebivolol hcl</i> TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	3	
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml	3	
<i>propranolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	2	GC
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	4	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	GC
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg	4	
<i>diltiazem hcl</i> SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml	3	
<i>diltiazem hcl</i> TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	2	GC
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	GC
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 360mg; TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	4	

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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

28

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
chlorthalidone TABS 25mg, 50mg	2	GC
furosemide SOLN 8mg/ml, 10mg/ml	2	GC
furosemide TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	GC
furosemide inj SOLN 10mg/ml	3	
hydrochlorothiazide CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	GC
indapamide TABS 1.25mg, 2.5mg	1	GC
methazolamide TABS 25mg, 50mg	4	
metolazone TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3	
spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	3	
torsemide TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	2	GC
triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg	1	GC
triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg	1	GC
triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg	1	GC
VARIOS		
ADRENALIN SOLN 1mg/ml	4	
aliskiren fumarate TABS 150mg, 300mg	4	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg	1	GC

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

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
hydralazine hcl SOLN 20mg/ml	4	
hydralazine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
metyrosine CAPS 250mg	5	PA
midodrine hcl TABS 2.5mg, 5mg	3	
midodrine hcl TABS 10mg	4	
minoxidil TABS 2.5mg, 10mg	2	GC
ranolazine TB12 500mg, 1000mg	4	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3	
NITRATOS		
isosorbide dinitrate TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	3	
isosorbide mononitrate TABS 10mg, 20mg	2	GC
isosorbide mononitrate TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	GC
NITRO-BID OINT 2%	3	
nitroglycerin PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	3	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 5 1.5mg, 2mg, 2.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
ambrisentan TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
bosentan TABS 62.5mg, 125mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
OPSUMIT TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS 20mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
treprostinil SOLN 20mg/20ml, 5 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	LA PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 5 20mcg/ml	5	LA PA

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

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>DILANTIN-125</i> SUSP 125mg/5ml	4	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg	4	
<i>divalproex sodium</i> TBEC 125mg, 250mg, 500mg	3	
<i>EPIDIOLEX</i> SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL LA PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	3	
<i>EPRONTIA</i> SOLN 25mg/ml QL (480 mL / 30 días)	4	QL PA
<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	
<i>FINTEPLA</i> SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 días)	5	QL LA PA
<i>FYCOMPA</i> SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 días)	5	QL PA
<i>FYCOMPA</i> TABS 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>FYCOMPA</i> TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg, 400mg QL (180 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml QL (2160 mL / 30 días)	3	QL
<i>gabapentin</i> TABS 600mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>gabapentin</i> TABS 800mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	5	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 días)	4	QL

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
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
lamotrigine CHEW 5mg, 25mg	3	
lamotrigine TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
lamotrigine TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg; TBDP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
levetiracetam SOLN 100mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	3	
levetiracetam SOLN 500mg/5ml	4	
levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml	4	
levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml	4	
levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml	4	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	
oxcarbazepine SUSP 300mg/5ml	4	
oxcarbazepine TABS 150mg, 3 300mg, 600mg	3	
phenobarbital ELIX 20mg/5ml	4	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
phenobarbital TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	3	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
phenobarbital sodium SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	4	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
PHENYTEK CAPS 200mg, 300mg	4	
phenytoin CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	3	
phenytoin sodium SOLN 50mg/ml	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
phenytoin sodium extended CAPS 100mg, 200mg, 300mg	3	
pregabalin CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL PA
pregabalin CAPS 200mg QL (90 caps / 30 días)	3	QL PA
pregabalin CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL PA
pregabalin SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
primidone TABS 50mg, 250mg	2	GC
roweepra TABS 500mg	3	
rufinamide SUSP 40mg/ml QL (2400 mL / 30 días)	5	QL PA
rufinamide TABS 200mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL PA
rufinamide TABS 400mg QL (240 tabs / 30 días)	5	QL PA
SPRITAM TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 días)	4	QL
SPRITAM TB3D 500mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL
SPRITAM TB3D 750mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
SPRITAM TB3D 1000mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
subvenite TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg QL (60 films / 30 días)	5	QL PA
tiagabine hcl TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	4	
topiramate CPS 15mg, 25mg	3	
topiramate TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	GC
valproate sodium SOLN 100mg/ml	4	
valproate sodium SOLN 250mg/5ml	3	
valproic acid CAPS 250mg	3	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

B/D

32

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VALTOCO LIQD 5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml; LQPK 7.5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml	4	
vigabatrin PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
vigabatrin TABS 500mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
vigadrona PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
VIMPAT SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 días)	4	QL
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
zonisamide CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
CONTRA LA DEMENCIA		
donepezil hydrochloride TABS 5mg; TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
donepezil hydrochloride TABS 10mg; TBDP 10mg	2	GC
galantamine hydrobromide CP24 8mg, 16mg, 24mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
galantamine hydrobromide SOLN 4mg/ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
galantamine hydrobromide TABS 4mg, 8mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
memantine hcl CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml Se aplica PA si tienen menos de 30 años	4	PA
memantine hcl 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	
rivastigmine PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL
rivastigmine tartrate CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	
amoxapine TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	
bupropion hcl TABS 75mg, 100mg; TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg, 300mg	3	
citalopram hydrobromide SOLN 10mg/5ml	3	
citalopram hydrobromide TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
clomipramine hcl CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4	PA
desipramine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4	

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
desvenlafaxine succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA	<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	4	
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg; CONC 10mg/ml	3		<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	GC
<i>doxepin hcl</i> CAPS 150mg	4		<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA	<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL	<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	GC
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL	<i>paroxetine hcl</i> TB24 12.5mg, 25mg, 37.5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	5	QL PA	<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	3	
escitalopram oxalate SOLN 5mg/5ml	4		<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	4	
escitalopram oxalate TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	GC	<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml	3	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA	<i>sertraline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
FETZIMA CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA	<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	4	
FETZIMA CAP TITRATIO	4	PA	<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	GC
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg	1	GC	<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 40mg	2	GC	<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	3		<i>TRINTELLIX</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	2	GC	<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	GC
MARPLAN TABS 10mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL	<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	
mirtazapine TABS 7.5mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	3		VIBRYD KIT STARTER	4	
mirtazapine TABS 15mg, 30mg, 45mg	2	GC	<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL

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

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

34

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANTIPARKINSONIANOS		
amantadine hcl CAPS 100mg	3	QL QL (120 caps / 30 días)
amantadine hcl SOLN 50mg/5ml	3	
amantadine hcl TABS 100mg	4	
benztropine mesylate SOLN 1mg/ml	4	
benztropine mesylate TABS .5mg, 1mg, 2mg	3	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
bromocriptine mesylate 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	
carbidopa TABS 25mg	4	
carbidopa & levodopa tab 10-100 mg	2	GC
carbidopa & levodopa tab 25-100 mg	2	GC
carbidopa & levodopa tab 25-250 mg	2	GC
carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg	3	
carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg	3	
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 12.5-50-200 mg	4	
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 18.75-75-200 mg	4	
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 25-100-200 mg	4	
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 31.25-125-200 mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 37.5-150-200 mg	4	
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 50-200-200 mg	4	
entacapone TABS 200mg	4	
KYNMOBI FILM 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg QL (150 films / 30 días)	5	QL PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	4	
pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	2	GC
pramipexole dihydrochloride TB24 .375mg, .75mg, 1.5mg, 2.25mg, 3mg, 3.75mg, 4.5mg	4	
rasagiline mesylate TABS .5mg, 1mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	2	GC
ropinirole hydrochloride TB24 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 12mg	4	
selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg	3	
trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	5	QL QL (1 jeringuilla / 28 días)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	5	QL QL (1 inyección / 28 días)
aripiprazole SOLN 1mg/ml	4	QL QL (900 mL / 30 días)

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 jeringuilla / 56 días)	5	QL
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
CAPLYTA CAPS 42mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>chlorpromazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR CONC 30mg/ml, 100mg/ml	4	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg QL (270 tabs / 30 días)	3	
<i>clozapine</i> TABS 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4	QL
<i>clozapine</i> TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg QL (270 tabs / 30 días)	4	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
FANAPT PAK	4	PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	4	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	3	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	3	
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	4	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
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)	4	QL LA PA
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	4	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)	3	QL
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
olanzapine TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
paliperidone TB24 1.5mg, 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
paliperidone TB24 6mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
perphenazine TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg QL (1 jeringuilla / 30 días)	5	QL
pimozide TABS 1mg, 2mg	4	
quetiapine fumarate TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	3	
quetiapine fumarate TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
quetiapine fumarate 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, 4 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
risperidone SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 días)	3	QL
risperidone TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	GC
risperidone TBDP 1mg, 2mg, 3mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
risperidone TBDP 4mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
risperidone TBDP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 4 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
thioridazine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	3	
thiothixene CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	4	
trifluoperazine hcl TABS 1mg, 3 2mg, 5mg, 10mg	3	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml QL (600 mL / 30 días)	4	QL PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	4	
ziprasidone hcl CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
ziprasidone mesylate SOLR 20mg QL (6 inyecciones / 3 días)	4	QL
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg QL (2 viales / 28 días)	4	QL PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg QL (2 viales / 28 días)	5	QL PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg QL (1 vial / 28 días)	5	QL PA
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD		
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA

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	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA	atomoxetine hcl CAPS 60mg, 4 80mg, 100mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA	dexamphetamine hcl TABS 2.5mg, 5mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA	dexamphetamine hcl TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA	guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA	guanfacine hcl (adhd) TB24 3mg QL (60 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA	metadate er TBCR 20mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA	methylphenidate hcl CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA	methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml QL (1800 mL / 30 días)	4	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA	methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA	methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL PA
atomoxetine hcl CAPS 10mg, 4 18mg, 25mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL	methylphenidate hcl TABS 20mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
atomoxetine hcl CAPS 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL	VYVANSE CAPS 10mg, 20mg, 30mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
			VYVANSE CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VYVANSE CHEW 10mg, 20mg, 30mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
VYVANSE CHEW 40mg, 50mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
HIPNÓTICOS		
BELSOMRA TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
doxepin hcl (sleep) TABS 3mg, 6mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
HETLIOZ CAPS 20mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
temazepam CAPS 7.5mg, 30mg QL (30 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
temazepam CAPS 15mg QL (60 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
zolpidem tartrate TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más después de un suministro de 90 días en un año	2	GC QL PA
MIGRAÑA		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml QL (1 pen / 30 días)	3	QL PA
dihydroergotamine mesylate SOLN 1mg/ml	5	
dihydroergotamine mesylate SOLN 4mg/ml QL (8 mL / 30 días)	5	QL PA
ergotamine w/ caffeine tab 1- 100 mg QL (40 tabs / 28 días)	3	QL PA
naratriptan hcl TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
NURTEC TBDP 75mg QL (16 tabs / 30 días)	3	QL PA
rizatriptan benzoate TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg QL (18 tabs / 30 días)	3	QL
sumatriptan SOLN 5mg/act QL (24 units / 30 días)	4	QL
sumatriptan SOLN 20mg/act QL (12 units / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml QL (18 inyecciones / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml QL (12 inyecciones / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (12 tabs / 30 días)	2	GC QL
zolmitriptan TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg QL (12 tabs / 30 días)	4	QL
VARIOS		
AUSTEDO TABS 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
GRALISE TABS 300mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
GRALISE TABS 600mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
INGREZZA CAPS 40mg, 60mg, 80mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
INGREZZA CAP 40-80MG QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
lithium carbonate CAPS 150mg, 300mg, 600mg	1	GC
lithium carbonate TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	2	GC
NUEDEXTA CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **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
pyridostigmine bromide TABS 3 60mg		
riluzole TABS 50mg	4	
SAVELLA TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
SAVELLA MIS TITR PAK	4	PA
tetrabenazine TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
tetrabenazine TABS 25mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
BAFIERTAM CPDR 95mg QL (120 caps / 30 días)	5	QL LA PA
BETASERON KIT .3mg QL (14 jeringas / 28 días)	5	QL PA
dalfampridine TB12 10mg	3	PA
GILENYA CAPS .5mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
glatiramer acetate SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5	QL PA
glatiramer acetate SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA
glatopa SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5	QL PA
glatopa SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml QL (16 pens / año)	5	QL LA PA
AGENTES PARA LA TERAPIA MUSCULOESQUELETAL		
baclofen TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
cyclobenzaprine hcl TABS 5mg, 10mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
dantrolene sodium CAPS 25mg, 50mg, 100mg	4	
tizanidine hcl TABS 2mg, 4mg	2	GC
NARCOLEPSIA / CATAPLEJÍA		
armodafinil TABS 50mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
armodafinil TABS 150mg, 200mg, 250mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL PA
modafinil TABS 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
modafinil TABS 200mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
XYREM SOLN 500mg/ml QL (540 mL / 30 días)	5	QL LA PA
PSICOTERAPÉUTICOS / VARIOS		
acamprosate calcium TBEC 333mg	4	
buprenorphine hcl SUBL 2mg, 8mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)	4	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)	4	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)	4	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv) QL (60 films / 30 días)	4	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv) QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL

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
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv) QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
bupropion hcl (smoking deterrent) TB12 150mg	3	
disulfiram TABS 250mg, 500mg	3	
naloxone hcl LIQD 4mg/0.1ml	3	
naloxone hcl SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	2	GC
naltrexone hcl TABS 50mg	3	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	4	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	
varenicline tartrate TABS .5mg, 1mg QL (56 tabs / 28 días)	4	QL PA
varenicline tartrate tab 0.5 mg x 11 & tab 1 mg x 42 pack	4	PA
VIVITROL SUSR 380mg	5	
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
ANDRÓGENOS		
oxandrolone TABS 2.5mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
oxandrolone TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
testosterone GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 días)	4	QL PA
testosterone GEL 1.62% QL (150 gm / 30 días)	4	QL PA
testosterone cypionate SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
testosterone enanthate SOLN 200mg/ml	3	PA
ANTIDIABETICS		
acarbose TABS 25mg, 50mg, 3 100mg		
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml QL (4 pens / 28 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml QL (1 pen / 30 días)	4	QL
FARXIGA TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
glimepiride TABS 1mg, 2mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
glimepiride TABS 4mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide TABS 5mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide TABS 10mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide TB24 10mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide xl TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide xl TB24 10mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide-metformin hcl tab 5- 500 mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
GLYXAMBI TAB 10-5 MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
GLYXAMBI TAB 25-5 MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
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

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 3 100mg QL (30 tabs / 30 días)		QL
JARDIANCE TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JARDIANCE TABS 25mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-850 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB XR 2.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB XR 5- 1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
metformin hcl TABS 500mg QL (150 tabs / 30 días)	1	GC QL
metformin hcl TABS 850mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
metformin hcl TABS 1000mg QL (75 tabs / 30 días)	1	GC QL
metformin hcl TB24 500mg QL (120 tabs / 30 días) (genérico de GLUCOPHAGE XR)	1	GC QL
metformin hcl TB24 750mg QL (60 tabs / 30 días) (genérico de GLUCOPHAGE XR)	1	GC QL
nateglinide 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 4mg/3ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML QL (1 pen / 28 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
pioglitazone hcl TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
repaglinide TABS 2mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
repaglinide TABS .5mg, 1mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 3 14mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-500MG QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 12.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 12.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 10-1000 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

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
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml QL (4 pens / 28 días)	3	QL
VICTOZA SOPN 18mg/3ml QL (3 pens / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-500MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
ANTIDIABETICS, INSULINS		
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 5 SOPN 500unit/ml SI	5	
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	3	
INSULIN SAFETY NEEDLES	3	
INSULIN SYRINGES: BD	3	
LANTUS SOLN 100unit/ml SI	3	
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml SI	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
LEVEMIR SOLN 100unit/ml SI	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml SI	3	
NOVOLIN INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN INJ 70/30 FP SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG MIX INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO QL (1 kit / año)	4	QL PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO QL (1 kit / año)	4	QL PA
OMNIPOD DASH MIS PODS QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD MIS CLASSIC QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC QL (1 kit / año)	4	QL PA
SOLIQUA INJ 100/33 QL (5 pens / 25 días) SI	3	QL
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml SI	3	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml SI	3	
TRESIBA SOLN 100unit/ml SI	3	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml SI	3	
V-GO 20 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
V-GO 30 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
V-GO 40 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
XULTOPHY INJ 100/3.6 QL (5 pens / 30 días) SI	3	QL
CALCIUM REGULATORS		
alendronate sodium SOLN 70mg/75ml	4	
alendronate sodium TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	GC
calcitonin (salmon) spray SOLN 200unit/act	3	B/D
FORTEO SOPN 600mcg/2.4ml	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	LA PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	3	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 jeringuilla / 180 días)	4	QL
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg	3	
<i>risedronate sodium</i> TABS 30mg; TBEC 35mg	4	
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	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	
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 180mg, 360mg; TBSO 125mg, 250mg, 500mg	5	PA
<i>deferasirox</i> TABS 90mg	3	PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	5	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> powder	3	
sps SUSP 15gm/60ml	3	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	5	PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	3	
ANTICONCEPTIVOS		
afirmelle	2	GC

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

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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

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

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

QL - Cantidad Limitada

LA - Disponibilidad Limitada

SI - Selectas Insulinas. No se

ST - Terapia Escalonada

B/D

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
nylia 1/35	3	
nylia 7/7/7	3	
nymyo	2	GC
ocella	3	
philith	3	
pimtrea	3	
pirmella 1/35	3	
portia-28	3	
reclipsen	2	GC
setlakin	3	
sharobel TABS .35mg	2	GC
simliya	3	
sprintec 28	2	GC
sronyx	2	GC
syeda	3	
tarina fe 1/20 eq	2	GC
tilia fe	4	
tri-estarrylla	3	
tri-legest fe	4	
tri-linyah	3	
tri-lo-estarrylla	3	
tri-lo-marzia	3	
tri-lo-mili	3	
tri-lo-sprintec	3	
tri-mili	3	
tri-nymyo	3	
tri-sprintec	3	
tri-vylibra	3	
tri-vylibra lo	3	
trivora-28	2	GC
velivet	3	
vestura	3	
vienna	2	GC
viorele	3	
vyfemla	3	
vylibra	2	GC
wera	3	
xulane	4	
zafemy	4	
zovia 1/35	2	GC
zumandimine	3	

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

QL - Cantidad Limitada

GC - Cobertura de Brecha

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

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

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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

QL - Cantidad Limitada

GC - Cobertura de Brecha

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

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
GVOKE HYOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	3	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
VARIOS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5	LA PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	5	LA
<i>cabergoline TABS .5mg</i>	3	
<i>carglumic acid TBSO 200mg</i>	5	LA PA
CERDELGA CAPS 84mg	5	LA PA
CEREZYME SOLR 400unit	5	LA PA
<i>cinacalcet hcl TABS 30mg QL (60 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
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	LA PA
<i>desmopressin acetate SOLN 4mcg/ml</i>	5	
<i>desmopressin acetate TABS .1mg, .2mg</i>	3	
<i>desmopressin acetate spray SOLN .01%</i>	4	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated SOLN .01%</i>	4	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	5	LA PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5	PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	5	LA PA
KORLYM TABS 300mg	5	LA PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers) SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg</i>	4	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	5	LA PA

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

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D** **LA** - Disponibilidad Limitada
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

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

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

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>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days QL (10 parches / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	QL PA
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; 3 TABS 20mg	3	
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg, 2mg	3	
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA H2		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	3	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml QL (300 mL / 30 días)	4	QL
<i>famotidine</i> TABS 20mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>famotidine</i> TABS 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>famotidine</i> in nacl 0.9% iv soln 3 20 mg/50ml	3	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	4	
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	3	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg QL (90 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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</i> w/ cleanser KIT 4gm	4	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg	2	GC
<i>sulfasalazine</i> TBEC 500mg	3	
LASANTES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	GC
<i>gavilyte-g</i>	2	GC
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>GOLYTELY</i> SOL	3	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>lactulose</i> (encephalopathy) SOLN 10gm/15ml	3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl- na sulfate for soln 236 gm</i>	2	GC
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	2	GC
<i>PLENUV</i> SOL	4	
<i>SUPREP BOWEL</i> SOL PREP KIT	4	
VARIOS		
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg, 1mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>cromolyn sodium</i> (mastocytosis) CONC 100mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate</i> w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate</i> w/ atropine tab 2.5-0.025 mg	3	
<i>GATTEX</i> KIT 5mg	5	LA PA
<i>LINZESS</i> CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg QL (30 caps / 30 días)	4	QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
 aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
 Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	3	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	3	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg	3	QL QL (30 tabs / 30 días)
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 5 12mg/0.6ml	PA	
<i>sucralfate</i> TABS 1gm	3	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg	3	
<i>ursodiol</i> TABS 250mg, 500mg	4	
XERMELO TABS 250mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
XIFAXAN TABS 550mg	5	PA
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON CAP 3000UNIT	3	
CREON CAP 6000UNIT	3	
CREON CAP 12000UNT	3	
CREON CAP 24000UNT	3	
CREON CAP 36000UNT	3	
ZENPEP CAP 3000UNIT	4	
ZENPEP CAP 5000UNIT	4	
ZENPEP CAP 10000UNT	4	
ZENPEP CAP 15000UNT	4	
ZENPEP CAP 20000UNT	4	
ZENPEP CAP 25000	4	
ZENPEP CAP 40000	4	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>esomeprazole magnesium</i>	4	QL ST
CPDR 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 días)		
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<i>lansoprazole</i> TBDD 15mg, 30mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL ST
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>pantoprazole sodium</i> TBEC 20mg, 40mg	1	GC
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
GENITOURINARIAS		
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> cap 4 0.5-0.4 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	GC
<i>silodosin</i> CAPS 4mg, 8mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	2	GC
VARIOS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	2	GC
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	4	
ANTIESPANSMÓDICOS URINARIO		
<i>darifenacin hydrobromide</i>	4	QL ST
TB24 7.5mg, 15mg QL (30 tabs / 30 días)		
<i>fesoterodine fumarate</i> TB24 4mg, 8mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>GEMTESA</i> TABS 75mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>MYRBETRIQ</i> SRER 8mg/ml QL (300 mL / 28 días)	4	QL
<i>MYRBETRIQ</i> TB24 25mg, 50mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>oxybutynin chloride</i> SYRP 5mg/5ml; TABS 5mg	3	
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg 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
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<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
<i>trospium chloride</i> CP24 60mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>trospium chloride</i> TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	3	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	3	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3	
HEMATOLÓGICOS		
ANTICOAGULANTES		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
<i>ELIQUIS</i> TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>ELIQUIS</i> TABS 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL
<i>ELIQUIS</i> STARTER PACK TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5	
<i>HEP SOD/D5W INJ</i> 20000UNT	3	
<i>HEP SOD/D5W INJ</i> 25000UNT	3	
<i>HEP SOD/NACL INJ</i> 25000UNT	3	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D
<i>HEPARIN/NACL INJ</i> 25000UNT	3	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
<i>PRADAXA</i> CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
<i>PRADAXA</i> 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
<i>XARELTO</i> SUSR 1mg/ml QL (620 mL / 30 días)	3	QL
<i>XARELTO</i> TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>XARELTO</i> TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>XARELTO</i> STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 días)	3	QL
FACTORES DE CRECIMIENTO		
HEMATOPOYÉTICOS		
<i>PROCRIT</i> SOLN 2000unit/ml, 3 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	PA
<i>PROCRIT</i> SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	PA
<i>ZARXIO</i> SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ZIEXTENZO SOSY 6mg/0.6ml	5	PA
VARIOS		
anagrelide hcl CAPS .5mg, 1mg	4	
BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 días)	5	QL LA PA
cilostazol 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
icatibant acetate SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL PA
pentoxifylline TBCR 400mg	2	GC
PROMACTA PACK 12.5mg QL (360 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA PACK 25mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
sajazir SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL LA PA
tranexamic acid SOLN 1000mg/10ml	4	
tranexamic acid TABS 650mg	3	
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg	4	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	3	
clopidogrel bisulfate TABS 75mg	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
dipyridamole TABS 25mg, 50mg, 75mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
AGENTES INMUNOLÓGICOS AUTOIMMUNE AGENTS		
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml; SOSY 100mg/0.67ml, 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	5	PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml; SOLR 25mg QL (16 viales / 28 días)		
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 cartridges / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml QL (2 jeringas / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 jeringas / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	5	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
INFILIXIMAB SOLR 100mg	5	LA PA
KEVZARA SOAJ 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml QL (2 pens / 28 días)	5	QL PA
KEVZARA SOSY 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml QL (2 jeringas / 28 días)	5	QL PA
OTEZLA TABS 30mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
OTEZLA TAB 10/20/30 QL (110 tabs / año)	5	QL PA
REMICADE SOLR 100mg	5	LA PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	5	LA PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
RINVOQ TB24 45mg QL (112 tabs / año)	5	QL PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (6 jeringas / 365 días)	5	QL PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (6 pens / 365 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 (480 mL / 24 días)	5	QL PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS		
MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (DMARD)		
hydroxychloroquine sulfate TABS 200mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
leflunomide TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
methotrexate sodium TABS 2.5mg	3	
TREXALL TABS 5mg, 7.5mg, 4 10mg, 15mg	4	B/D
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	B/D
INMUNOGLOBULINAS		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	5	LA 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 LA
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	LA PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 5 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 25gm/500ml, 30gm/300ml	5	PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	LA PA
INTRON A SOLR 10000000unit, 18000000unit, 50000000unit	5	B/D LA
INMUNOSUPRESORES		
azathioprine TABS 50mg	3	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	5	QL LA PA QL (8 jeringas / 28 días)
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	5	LA 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 .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	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
REZUROCK TABS 200mg	5	LA PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	4	B/D
sirolimus SOLN 1mg/ml	5	B/D
sirolimus TABS .5mg, 1mg, 2mg	4	B/D
tacrolimus CAPS .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VACUNAS		
ACTHIB INJ	3	
ADACEL INJ	3	
BCG VACCINE SOLR 50mg	3	
BEXSERO INJ	3	
BOOSTRIX INJ	3	
DAPTACEL INJ	3	
DENGVAXIA SUSP	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	
PREHEVBrio SUSP 10mcg/ml	3	B/D
PRIORIX INJ	3	
PROQUAD INJ	3	
QUADRACEL INJ	3	
QUADRACEL INJ 0.5ML	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
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	3	
TRUMENBA INJ	3	
TWINRIX INJ	3	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	3	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	3	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	3	
YF-VAX INJ	3	
SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS		
ELECTROLITOS/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	4	
D5W/LYTES INJ #48	4	
D10W/NACL INJ 0.2%	3	
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 5% in lactated ringers	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%	3	
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	3	
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	
ISOLYTE-S INJ	4	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	4	
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	

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

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
sodium chloride SOLN .45%, 3 .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%		
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
ELECTROLITOS/MINERALS/VITAMINAS, ORAL		
klor-con PACK 20meq	4	
klor-con 8 TBCR 8meq	2	GC
klor-con 10 TBCR 10meq	2	GC
klor-con m10 TBCR 10meq	2	GC
klor-con m15 TBCR 15meq	3	
klor-con m20 TBCR 20meq	2	GC
M-NATAL PLUS TAB	3	
potassium chloride CPCR 8meq, 10meq	3	
potassium chloride PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	4	
potassium chloride TBCR 8meq, 10meq, 20meq	2	GC
potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 20meq	2	GC
potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 15meq	3	
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	3	
sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln	2	GC
TRICARE TAB PRENATAL	3	
NUTRICIÓN IV		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	4	B/D
clinisol sf 15%	4	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
dextrose SOLN 5%, 10%	3	
dextrose SOLN 50%, 70%	3	B/D
FREAMINE III INJ 10%	4	B/D

PA - Autorización Previa QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

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

ST - Terapia Escalonada

B/D

57

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
gentak OINT .3%	3	
gentamicin sulfate (ophth)	2	GC
SOLN .3%		
moxifloxacin hcl (ophth)	3	
SOLN .5%		
NATACYN SUSP 5%	4	
neomycin-bacitrac zn-polymyx 3 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin		
neomycin-polmy-gramcid 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%	1	GC
sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%	3	
tobramycin (ophth) SOLN .3%	1	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
dilfuprednate EMUL .05%	4	
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
LOTEMAX OINT .5%	3	
prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PREDNISOLONE SODIUM	3	
PHOSP SOLN 1%		
PROLENSA SOLN .07%	3	
ANTIALÉRGICOS		
azelastine hcl (ophth) SOLN .05%	3	
cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%	2	GC
olopatadine hcl SOLN .1%	3	
ZERVIATE SOLN .24%	4	
CONTRA EL GLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .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%	4	
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%	1	GC
levobunolol hcl SOLN .5%	2	GC
LUMIGAN SOLN .01%	3	
pilocarpine hcl SOLN 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLN .02%	3	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	3	
timolol maleate (ophth) SOLG .25%, .5%	4	
timolol maleate (ophth) SOLN .25%, .5%	1	GC
travoprost SOLN .004%	4	
VYZULTA SOLN .024%	4	
VARIOS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

B/D

58

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
atropine sulfate (ophthalmic) SOLN 1%	3	
CYSTADROPS SOLN .37%	5	LA PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	LA PA
ISOPTO ATROPINE SOLN 1%	3	
proparacaine hcl SOLN .5%	3	
RESTASIS EMUL .05%	3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	
XiIDRA SOLN 5%	3	
ÓTICO		
ÓTICO AGENTS		
acetic acid (otic) SOLN 2%	3	
CIPRO HC SUS ÓTICO	4	
ciprofloxacin-dexamethasone	4	
otic susp 0.3-0.1%		
flac OIL .01%	3	
fluocinolone acetonide (otic)	3	
OIL .01%		
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	
INHIBIDORES DE LA		
FOSFODIESTERASA TIPO 5		
INHIBIDORES DE LA		
FOSFODIESTERASA TIPO 5		
sildenafil citrate TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	ED QL QL (4 tabs / 30 días)
tadalafil TABS 10mg, 20mg	3	ED QL QL (4 tabs / 30 días)
RESPIRATORIO		
COMBINACIONES DE ANICOLINÉRGICO / BETA AGONISTA		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	QL QL (60 blisters / 30 días)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	3	QL QL (1 inhalador / 30 días)

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
formoterol fumarate NEBU 20mcg/2ml	5	B/D
levalbuterol hcl NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	4	B/D
levalbuterol tartrate AERO 45mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
terbutaline sulfate 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		
montelukast sodium CHEW 4mg, 5mg	3	
montelukast sodium PACK 4mg	4	
montelukast sodium TABS 10mg	1	GC
zafirlukast TABS 10mg, 20mg	3	
VARIOS		
acetylcysteine SOLN 10%, 20%	4	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	LA PA
cromolyn sodium 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
epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml (genérico de EpiPen)	3	
epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (genérico de Adrenaclick)	3	
ESBRIET CAPS 267mg QL (270 caps / 30 días)	5	QL LA 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 LA PA
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packs / 28 días)	5	QL LA PA
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packs / 28 días)	5	QL LA PA
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
pirfenidone TABS 267mg QL (270 tabs / 30 días)	5	QL PA
pirfenidone TABS 801mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	5	LA PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	5	PA
SYMDEKO TAB 50-75MG QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMDEKO TAB 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	4	
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
theophylline SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg	4	
theophylline 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
ESTEROIDEOS NASALES		
flunisolide (nasal) SOLN .025% QL (3 botellas / 30 días)	3	QL
fluticasone propionate (nasal) SUSP 50mcg/act QL (1 botella / 30 días)	2	GC QL
mometasone furoate (nasal) SUSP 50mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL ST
OMNARIS SUSP 50mcg/act QL (1 inhalador / 30 días)	4	QL ST
XHANCE EXHU 93mcg/act QL (32 mL / 30 días)	4	QL PA
ESTEROOIDES INHALADOS		
ARNUTITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalaciones / 30 días)	3	QL
budesonide (inhalation) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	4	B/D
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist QL (180 inhalaciones / 30 días)	3	QL

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
FLOVENT DISKUS AEPB 100mcg/blist, 250mcg/blist QL (240 inhalaciones / 30 días)	3	QL
FLOVENT HFA AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
PULMICORT FLEXHALER AEPB 90mcg/act QL (3 inhaladores / 30 días)	4	QL
PULMICORT FLEXHALER AEPB 180mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SYMBICORT AER 160-4.5 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
DE USO TÓPICO		
DERMATOLOGÍA, ACNÉ		
accutane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
amnesteem CAPS 10mg, 20mg, 40mg	4	PA
avita CREA .025%; GEL .025% QL (45 gm / 30 días)	4	QL PA
benzoyl peroxide- erythromycin gel 5-3% QL (46.6 gm / 30 días)	4	QL
claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
clindamycin phosphate (topical) GEL 1% QL (75 gm / 30 días)	4	QL
clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
ery PADS 2% QL (60 pledges / 30 días)	3	QL
erythromycin (acne aid) SOLN 2% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
myorisan CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10% QL (118 mL / 30 días)	4	QL
tretinoin CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025% QL (45 gm / 30 días)	4	QL PA
zenatane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS		
gentamicin sulfate (topical) CREA .1% QL (30 gm / 30 días)	4	QL

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

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

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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

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

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
fluorouracil (topical) CREA 5%	4	QL QL (40 gm / 30 días)
fluorouracil (topical) SOLN 2%, 5%	3	QL QL (10 mL / 30 días)
hydrocortisone (rectal) CREA 2.5%	2	GC
imiquimod CREA 5%	3	QL QL (24 paquetes / 30 días)
lactic acid (ammonium lactate) 2 CREA 12%	2	GC
lactic acid (ammonium lactate) 3 LOTN 12%	3	
metronidazole (topical) CREA .75%	4	QL QL (45 gm / 30 días)
metronidazole (topical) GEL .75%	3	QL QL (45 gm / 30 días)
metronidazole (topical) LOTN .75%	4	QL QL (59 mL / 30 días)
NORITATE CREA 1%	5	QL QL (60 gm / 30 días)
PANRETIN GEL .1%	5	QL PA QL (60 gm / 30 días)
podofilox SOLN .5%	3	QL QL (7 mL / 28 días)
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%	4	QL QL (30 gm / 30 días)
rosadan CREA .75%	4	QL QL (45 gm / 30 días)
tacrolimus (topical) OINT .03%, .1%	4	QL QL (100 gm / 30 días)
VALCHLOR GEL .016%	5	QL LA PA QL (60 gm / 30 días)

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ZYCLARA PUMP CREA 2.5%	5	QL QL (7.5 gm / 28 días)
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y CONTRA LA PEDICULOSIS		
malathion LOTN .5%	4	QL QL (59 mL / 30 días)
permethrin CREA 5%	3	QL QL (60 gm / 30 días)
DERMATOLOGÍA, AGENTES PARA EL CUIDAD DE HERIDAS		
REGRANEX GEL .01%	5	QL PA QL (30 gm / 30 días)
SANTYL OINT 250unit/gm	4	QL QL (180 gm / 30 días)
sodium chloride (gu irrigant) SOLN .9%	3	
water for irrigation, sterile irrigation soln	2	GC
AGENTES PARA LA BOCA / GARGANTA / DENTALES		
cevimeline hcl CAPS 30mg	4	
chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%	1	GC
clotrimazole TROC 10mg	4	QL QL (150 losanges / 30 días)
lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%	2	GC
nystatin (mouth-throat) SUSP 100000unit/ml	3	
periogard SOLN .12%	1	GC
pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg	3	
triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%	3	
VITAMINAS		
COMPLEJO DE VITAMINA B		
cyanocobalamin SOLN 1000mcg/ml	2	ED GC
folic acid TABS 1mg	1	ED GC QL QL (30 tabs / 30 días)

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

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

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

ÍNDICE

A

<i>abacavir sulfate</i>	14
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	14
<i>ABELCET</i>	13
<i>ABILIFY MAINTENA</i>	35
<i>abiraterone acetate</i>	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>	11
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	11
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	11
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	11
<i>acetazolamide</i>	28
<i>acetic acid</i>	51
<i>acetic acid (otic)</i>	59
<i>acetylcysteine</i>	60
<i>acitretin</i>	63
<i>ACTHIB INJ</i>	55
<i>ACTIMMUNE</i>	55
<i>acyclovir</i>	15
<i>acyclovir sodium</i>	15
<i>ADACEL INJ</i>	55
<i>adefovir dipivoxil</i>	15
<i>ADEMPAS</i>	30
<i>ADRENALIN</i>	29
<i>ADVAIR DISKU AER 100/50</i>	62
<i>ADVAIR DISKU AER 250/50</i>	62
<i>ADVAIR DISKU AER 500/50</i>	62
<i>ADVAIR HFA AER 115/21</i>	62
<i>ADVAIR HFA AER 230/21</i>	62
<i>ADVAIR HFA AER 45/21</i>	62
<i>afirmelle</i>	44
<i>AIMOVIG</i>	39
<i>ala-cort</i>	63
<i>albendazole</i>	12
<i>albuterol sulfate</i>	60

<i>alclometasone dipropionate</i>	63
<i>ALDURAZYME</i>	48
<i>ALECENSA</i>	20
<i>alendronate sodium</i>	44
<i>alfuzosin hcl</i>	51
<i>aliskiren fumarate</i>	29
<i>allopurinol</i>	10
<i>alosetron hcl</i>	50
<i>ALPHAGAN P</i>	58
<i>alprazolam</i>	30
<i>ALREX</i>	58
<i>altavera</i>	45
<i>ALTOPREV</i>	26
<i>ALUNBRIG</i>	20
<i>ALUNBRIG PAK</i>	20
<i>alyacen 1/35</i>	45
<i>alyacen 7/7/7</i>	45
<i>amabelz</i>	47
<i>amantadine hcl</i>	35
<i>ambrisentan</i>	30
<i>amikacin sulfate</i>	12
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	28
<i>amiloride hcl</i>	28
<i>amiodarone hcl</i>	26
<i>amitriptyline hcl</i>	33
<i>amlodipine besylate</i>	28
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-10 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-20 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-50 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	24

<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-80 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate-benzepril hcl cap 10-20 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-benzepril hcl cap 10-40 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-benzepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-benzepril hcl cap 5-10 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-benzepril hcl cap 5-20 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-benzepril hcl cap 5-40 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	24

amlodipine besylate-	
valsartan tab 10-320 mg	24
amlodipine besylate-	
valsartan tab 5-160 mg	24
amlodipine besylate-	
valsartan tab 5-320 mg	24
amnesteem.....	62
amoxapine	33
amoxicillin	17
amoxicillin & k clavulanate	
chew tab 200-28.5 mg.	17
amoxicillin & k clavulanate	
chew tab 400-57 mg....	17
amoxicillin & k clavulanate	
for susp 200-28.5 mg/5ml	
.....	17
amoxicillin & k clavulanate	
for susp 250-62.5 mg/5ml	
.....	17
amoxicillin & k clavulanate	
for susp 400-57 mg/5ml	
.....	17
amoxicillin & k clavulanate	
for susp 600-42.9 mg/5ml	
.....	17
amoxicillin & k clavulanate	
tab 250-125 mg.....	17
amoxicillin & k clavulanate	
tab 500-125 mg.....	17
amoxicillin & k clavulanate	
tab 875-125 mg.....	17
amoxicillin & k clavulanate	
tab er 12hr 1000-62.5 mg	
.....	17
amphetamine-	
dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg.....	37
amphetamine-	
dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg.....	37
amphetamine-	
dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg.....	38
amphetamine-	
dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg.....	38
amphetamine-	
dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg.....	38
amphetamine-	
dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg.....	37
amphetamine-	
dextroamphetamine tab 10 mg.....	38
amphetamine-	
dextroamphetamine tab 12.5 mg	38
amphetamine-	
dextroamphetamine tab 15 mg	38
amphetamine-	
dextroamphetamine tab 20 mg	38
amphetamine-	
dextroamphetamine tab 30 mg	38
amphetamine-	
dextroamphetamine tab 5 mg	38
amphetamine-	
dextroamphetamine tab 7.5 mg	38
amphotericin b	13
amphotericin b liposome.	13
ampicillin.....	17
ampicillin & sulbactam	
sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm.....	17
ampicillin & sulbactam	
sodium for inj 3 (2-1) gm	17
ampicillin & sulbactam	
sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm.....	17
ampicillin & sulbactam	
sodium for iv soln 15 (10-5) gm.....	17
ampicillin & sulbactam	
sodium for iv soln 3 (2-1) gm	17
ampicillin sodium	18
anagrelide hcl	53
anastrozole	19
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	59
aprepitant.....	49
aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg	49
api.....	45
APTIOM.....	30
APTIVUS.....	14
ARALAST NP	60
aranelle.....	45
ARCALYST.....	55
arformoterol tartrate.....	60
ariPIPRAZOLE	35, 36
ARISTADA.....	36
ARISTADA INITIO	36
armodafinil	40
ARNUITY ELLIPTA.....	61
asenapine maleate	36
aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg.....	53
atazanavir sulfate.....	14
atenolol.....	27
atenolol & chlorthalidone	
tab 100-25 mg	27
atenolol & chlorthalidone	
tab 50-25 mg	27
atomoxetine hcl.....	38
atorvastatin calcium	26
atovaquone	12
atovaquone-proguanil hcl	
tab 250-100 mg	14
atovaquone-proguanil hcl	
tab 62.5-25 mg	14
ATROPINE SULFATE	58
atropine sulfate	
(ophthalmic)	59
ATROVENT HFA	59
aubra eq	45
aurovela 1/20	45
aurovela fe 1.5/30	45
aurovela fe 1/20	45
AUSTEDO	39
aviane	45
avita	62
ayuna	45
AYVAKIT	20
azacitidine	19
azathioprine	55
azelaic acid.....	64
azelastine hcl	59
azelastine hcl (ophth).....	58
azithromycin.....	17
aztreonam.....	12
azurette.....	45

B

<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	57
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	57
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	57
<i>baclofen</i>	40
<i>BAFIERTAM</i>	40
<i>balsalazide disodium</i>	50
<i>BALVERSA</i>	20
<i>balziva</i>	45
<i>BARACLUDE</i>	15
<i>BASAGLAR KWIKPEN</i>	43
<i>BCG VACCINE</i>	55
<i>BD ALCOHOL SWABS</i> ...43	
<i>BELSOMRA</i>	39
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	23
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	23
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	23
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	23
<i>benazepril hcl</i>	24
<i>BENDEKA</i>	18
<i>BENLYSTA</i>	55
<i>benzoyl peroxide- erythromycin gel 5-3%</i> 62	
<i>benztropine mesylate</i>	35
<i>BERINERT</i>	53
<i>BESIVANCE</i>	57
<i>BESREMI</i>	19
<i>betaine powder for oral solution</i>	48
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> ...63	
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	63
<i>betamethasone valerate</i> 63, 64	
<i>BETASERON</i>	40
<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	58
<i>bethanechol chloride</i>	51

<i>BETOPTIC-S</i>	58
<i>BEVESPI AER 9-4.8MCG</i>	59
<i>bexarotene</i>	19
<i>bexarotene (topical)</i>	64
<i>BEXSERO INJ</i>	55
<i>bicalutamide</i>	19
<i>BICILLIN L-A</i>	18
<i>BIKTARVY TAB 30-120-15 MG</i>	14
<i>BIKTARVY TAB 50-200-25 MG</i>	15
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	27
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	27
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	27
<i>bisoprolol fumarate</i>	27
<i>BIVIGAM</i>	54
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	45
<i>BOOSTRIX INJ</i>	55
<i>bortezomib</i>	20
<i>BORTEZOMIB</i>	20
<i>bosentan</i>	30
<i>BOSULIF</i>	20
<i>BRAFTOVI</i>	20
<i>BREO ELLIPTA INH 100-25</i>	62
<i>BREO ELLIPTA INH 200-25</i>	62
<i>BREZTRI AERO AER SPHERE</i>	59
<i>BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)</i>	59
<i>brielllyn</i>	45
<i>BRILINTA</i>	53
<i>brimonidine tartrate</i>	58
<i>brinzolamide</i>	58
<i>BRIVIACT</i>	30
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	58
<i>bromocriptine mesylate</i> ...35	
<i>BROMSITE</i>	58
<i>BRUKINSA</i>	20

<i>budesonide</i>	50
<i>budesonide (inhalation)</i> ..61	
<i>bumetanide</i>	28
<i>buprenorphine hcl</i>	40
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	40
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	40
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	40
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	40
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	40
<i>bupropion hcl</i>	33
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	41
<i>buspirone hcl</i>	30
<i>butorphanol tartrate</i>	11
<i>BYDUREON BCISE</i>	41
<i>BYETTA</i>	41
C	
<i>cabergoline</i>	48
<i>CABOMETYX</i>	20
<i>calcipotriene</i>	63
<i>calcitonin (salmon) spray</i> 44	
<i>calcitrene</i>	63
<i>calcitriol</i>	49
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i>	48
<i>CALQUENCE</i>	20
<i>camila</i>	45
<i>candesartan cilexetil</i>	26
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	24
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	24
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	25

CAPLYTA	36
CAPRELSA	20
captopril	24
carb/levo orally disintegrating tab 10- 100mg	35
carb/levo orally disintegrating tab 25- 100mg	35
carb/levo orally disintegrating tab 25- 250mg	35
carbamazepine	30
carbidopa	35
carbidopa & levodopa tab 10-100 mg.....	35
carbidopa & levodopa tab 25-100 mg.....	35
carbidopa & levodopa tab 25-250 mg.....	35
carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg.....	35
carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg.....	35
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 12.5- 50-200 mg.....	35
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 18.75- 75-200 mg.....	35
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 25-100- 200 mg	35
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 31.25- 125-200 mg.....	35
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 37.5- 150-200 mg.....	35
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 50-200- 200 mg	35
carboplatin	18
carglumic acid.....	48
carteolol hcl (ophth)	58
cartia xt	28
carvedilol	27
caspofungin acetate.....	13
CAYSTON	12
caziant	45
cefaclor	16
CEFACLOR ER	16
cefadroxil	16
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	16
cefazolin sodium.....	16
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	16
cefdinir	16
cefepime hcl.....	16
cefixime	16
cefoxitin sodium.....	16
cefopodoxime proxetil.....	16
cefprozil	16
ceftazidime	16
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	16
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	16
ceftriaxone sodium.....	16
cefuroxime axetil.....	16
cefuroxime sodium.....	16
celecoxib.....	10
CELONTIN	30
cephalexin	16
CERDELGA	48
CEREZYME	48
cetirizine hcl	59
cevimeline hcl	65
chateal	45
CHEMET	44
chlorhexidine gluconate (mouth-throat)	65
chloroquine phosphate ..	14
chlorpromazine hcl.....	36
CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR.....	36
chlorthalidone	29
cholestyramine.....	27
cholestyramine light.....	27
choline fenofibrate	26
ciclopirox olamine	63
cilostazol.....	53
CILOXAN.....	57
CIMDUO TAB 300-300 ..	15
cinacalcet hcl	48
CIPRO	17
CIPRO HC SUS OTIC	59
ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w.....	17
ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w.....	17
ciprofloxacin hcl	17
ciprofloxacin hcl (ophth) ..	57
ciprofloxacin- dexamethasone otic susp 0.3-0.1%.....	59
cisplatin.....	18
citalopram hydrobromide	33
claravis	62
clarithromycin	17
clindamycin hcl	12
clindamycin palmitate hydrochloride.....	12
clindamycin phosphate ..	12
clindamycin phosphate (topical)	62
clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml	12
clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml	12
clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml	12
clindamycin phosphate vaginal.....	52
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	12
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	12
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	12
CLINIMIX INJ 4.25/D10 ..	57
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	57
CLINIMIX INJ 5%/D15W	57
CLINIMIX INJ 5%/D20W	57
CLINIMIX INJ 6/5	57
CLINIMIX INJ 8/10	57
CLINIMIX INJ 8/14	57
clinisol sf 15%.....	57
CLINOLIPID EMU 20%... <td>57</td>	57
clobazam	30
clobetasol propionate....	64
clobetasol propionate e...	64
clomipramine hcl	33
clonazepam	31
clonidine	29
clonidine hcl.....	29

<i>clopidogrel bisulfate</i>	53
<i>clorazepate dipotassium</i>	31
<i>clotrimazole</i>	65
<i>clotrimazole (topical)</i>	63
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	63
<i>clozapine</i>	36
COARTEM TAB 20-120MG	14
<i>colchicine</i>	10
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	10
<i>colesevelam hcl</i>	27
<i>colestipol hcl</i>	27
<i>colistimethate sodium</i>	12
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	58
COMBIVENT AER 20-100	59
COMETRIQ (60MG DOSE)	20
COMETRIQ KIT 100MG	20
COMETRIQ KIT 140MG	20
COMPLERA TAB	15
<i>compro</i>	49
<i>constulose</i>	50
COPIKTRA	20
CORLANOR	29
COTELLIC	20
CREON CAP 12000UNT	51
CREON CAP 24000UNT	51
CREON CAP 3000UNIT	.51
CREON CAP 36000UNT	51
CREON CAP 6000UNIT	.51
<i>cromolyn sodium</i>	60
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	50
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	58
<i>cryselle-28</i>	45
<i>cyanocobalamin</i>	65
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	40
<i>cyclophosphamide</i>	18
CYCLOPHOSPHAMIDE	18
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR</i>	18
<i>cycloserine</i>	15
<i>cyclosporine</i>	55
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>	55
<i>cyproheptadine hcl</i>	59
<i>cyred eq</i>	45
CYSTADROPS	59
CYSTAGON	48
CYSTARAN	59
<i>cytarabine</i>	19
D	
D10W/NACL INJ 0.2%	56
D2.5W/NACL INJ 0.45%	.56
D5W/LYTES INJ #48	56
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	52
<i>dalfampridine</i>	40
DALIRESP	60
<i>danazol</i>	47
<i>dantrolene sodium</i>	40
<i>dapsone</i>	12
DAPTACEL INJ	55
<i>daptomycin</i>	12
DAPTO MYCIN	12
<i>darifenacin hydrobromide</i>	51
<i>dasetta 1/35</i>	45
<i>dasetta 7/77</i>	45
DAURISMO	20
<i>deblitane</i>	45
<i>deferasirox</i>	44
DELESTROGEN	47
DELSTRIGO TAB	15
DENGVAXIA SUS	55
DESCOVY TAB 120-15MG	15
DESCOVY TAB 200/25MG	15
<i>desipramine hcl</i>	33
<i>desloratadine</i>	59
<i>desmopressin acetate</i>	48
<i>desmopressin acetate spray</i>	48
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	48
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	45
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	45
<i>desvenlafaxine succinate</i>	34
<i>dexamethasone</i>	47
DEXAMETHASONE INTENSOL	47
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	47
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>	58
<i>dexamethylphenidate hcl</i>	.38
<i>dextrose</i>	57
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	56
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	56
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	56
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	56
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	56
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	56
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	56
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	56
DIACOMIT	31
<i>diazepam</i>	31
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	31
<i>diazepam inj</i>	31
<i>diazoxide</i>	47
<i>diclofenac potassium</i>	10
<i>diclofenac sodium</i>	10
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	58
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	64
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 50-0.2 mg</i>	10
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 75-0.2 mg</i>	10
<i>dicloxacillin sodium</i>	18
<i>dicyclomine hcl</i>	50
DIFICID	17
<i>diflunisal</i>	10
<i>dilfluprednate</i>	58
<i>digox</i>	29
<i>digoxin</i>	29

<i>dihydroergotamine mesylate</i>	39
DILANTIN	31
DILANTIN INFATABS	31
DILANTIN-125	31
<i>diltiazem hcl</i>	28
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	28
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	28
<i>dilt-xr</i>	28
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	55
<i>diphenhydramine hcl</i>	59
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	50
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	50
<i>dipyridamole</i>	53
<i>disopyramide phosphate</i>	26
<i>disulfiram</i>	41
<i>divalproex sodium</i>	31
<i>docetaxel</i>	20
DOCETAXEL	20
<i>dofetilide</i>	26
<i>donepezil hydrochloride</i>	33
DOPTELET	53
<i>dorzolamide hcl</i>	58
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	58
<i>dotti</i>	47
DOVATO TAB 50-300MG	15
<i>doxazosin mesylate</i>	24
<i>doxepin hcl</i>	34
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	39
<i>doxercalciferol</i>	49
<i>doxorubicin hcl</i>	18
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	19
<i>doxy 100</i>	18
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	18
<i>doxycycline hydiate</i>	18
DRIZALMA SPRINKLE	34
<i>dronabinol</i>	49
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	45
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	45
DROXIA	53
<i>droxidopa</i>	29
<i>duloxetine hcl</i>	34
DUPIXENT	53
<i>dutasteride</i>	51
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	51
E	
<i>e.e.s. 400</i>	17
<i>ec-naproxen</i>	10
EDARBI	26
EDARBYCLOR TAB 40-12.5	25
EDARBYCLOR TAB 40-25MG	25
EDURANT	14
<i>efavirenz</i>	14
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	15
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	15
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	15
ELIGARD	19
<i>elinet</i>	45
ELIQUIS	52
ELIQUIS STARTER PACK	52
ELLA	45
ELLENCE	19
<i>eluryng</i>	45
EMCYT	19
<i>emoquette</i>	45
EMSAM	34
<i>emtricitabine</i>	14
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	15
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	15
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	15
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	15
EMTRIVA	14
EMVERM	12
<i>enalapril maleate</i>	24
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	23
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	23
ENBREL	53
ENBREL MINI	53
ENBREL SURECLICK	53
ENDARI	53
<i>endocet tab 10-325mg</i>	11
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	11
<i>endocet tab 5-325mg</i>	11
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	11
ENGERIX-B	55
<i>enoxaparin sodium</i>	52
enpresse-28	45
enskyce	45
ENSTILAR AER	64
entacapone	35
entecavir	15
ENTRESTO TAB 24-26MG	25
ENTRESTO TAB 49-51MG	25
ENTRESTO TAB 97-103MG	25
<i>enulose</i>	50
EPCLUSA PAK 150-37.5	15
EPCLUSA PAK 200-50MG	15
EPCLUSA TAB 200-50MG	15
EPCLUSA TAB 400-100	15
EPIDIOLEX	31
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	61
<i>epitol</i>	31
EPIVIR HBV	15
<i>eplerenone</i>	24
EPRONTIA	31
<i>ergocalciferol</i>	66
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	39
ERIVEDGE	20
ERLEADA	19
erlotinib hcl	20

errin	45
ertapenem sodium.....	12
ery.....	62
ery-tab	17
ERYTHROCIN	
LACTOBIONATE	17
erythrocin stearate.....	17
erythromycin (acne aid) ..	62
erythromycin (ophth).....	57
erythromycin base	17
erythromycin ethylsuccinate	17
erythromycin lactobionate	17
ESBRIET	61
escitalopram oxalate.....	34
esomeprazole magnesium	51
estarrylla	45
estradiol.....	47
estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg	47
estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg ...	47
estradiol vaginal.....	47
estradiol valerate	47
ethambutol hcl	15
ethosuximide	31
ethynodiol diacetate & ethynodiol estradiol tab 1 mg-35 mcg	45
ethynodiol diacetate & ethynodiol estradiol tab 1 mg-50 mcg	45
etodolac	10
etonogestrel-ethynodiol estradiol va ring 0.120- 0.015 mg/24hr.....	45
etoposide	20
etravirine.....	14
euthyrox.....	49
everolimus	20
everolimus (immunosuppressant) .55	
EVOTAZ TAB 300-150 ...	15
exemestane	19
EXKIVITY	20
EZALLOR SPRINKLE....	26
ezetimibe	27
ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg.....	27
ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg.....	27
ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg.....	27
ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg.....	27
F	
FABRAZYME	48
falmina	45
famciclovir.....	15
famotidine	50
famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml.....	50
FANAPT	36
FANAPT PAK	36
FARXIGA.....	41
FASENRA.....	61
FASENRA PEN	61
febuxostat	10
felbamate	31
felodipine	28
femynor.....	45
fenofibrate.....	26
fenofibrate micronized ...	26
fentanyl	10
fentanyl citrate	11
fesoterodine fumarate....	51
FETZIMA	34
FETZIMA CAP TITRATIO	34
FIASP FLEX INJ TOUCH43	
FIASP INJ 100/ML	43
FIASP PENFIL INJ U-100	43
FINACEA	64
finasteride	51
FINTEPLA	31
flac	59
FLAREX.....	58
FLEBOGAMMA DIF	54
flecainide acetate.....	26
FLOVENT DISKUS...61, 62	
FLOVENT HFA	62
fluconazole	13
fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml	13
fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml	13
flucytosine.....	13
fludrocortisone acetate ..	47
flunisolide (nasal)	61
fluocinolone acetonide ...	64
fluocinolone acetonide (otic)	59
fluocinonide	64
fluocinonide emulsified base	64
fluorometholone (ophth) ..	58
fluorouracil	19
fluorouracil (topical)	65
fluoxetine hcl.....	34
fluphenazine decanoate..	36
fluphenazine hcl.....	36
flurbiprofen	10
flurbiprofen sodium	58
fluticasone propionate....	64
fluticasone propionate (nasal)	61
fluvastatin sodium	26, 27
fluvoxamine maleate.....	30
folic acid.....	65
fondaparinux sodium	52
formoterol fumarate	60
FORTEO	44
FOSAMAX + D TAB 70- 2800	44
FOSAMAX + D TAB 70- 5600	44
fosamprenavir calcium....	14
fosinopril sodium	24
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	23
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	24
FOTIVDA	20
FREAMINE III INJ 10%...57	
fulvestrant	19
furosemide	29
furosemide inj	29
FUZEON	14
fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg	47
fyavolv tab 1mg-5mcg....	47
FYCOMPA	31
G	
gabapentin	31

<i>galantamine hydrobromide</i>	33	
GAMASTAN INJ	54	
GAMMAGARD LIQUID	54	
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	54	
GAMMAKED	54	
GAMMAPLEX	54	
GAMUNEX-C	54	
<i>ganciclovir sodium</i>	15	
GARDASIL 9 INJ	55	
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	57	
GATTEX	50	
GAUZE PADS 2	43	
<i>gavilyte-c</i>	50	
<i>gavilyte-g</i>	50	
GAVRETO	20	
<i>gemcitabine hcl</i>	19	
<i>gemfibrozil</i>	26	
GEMTESA	51	
<i>generlac</i>	50	
<i>gengraf</i>	55	
GENOTROPIN	48	
GENOTROPIN MINIQUICK	48	
<i>gentak</i>	58	
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	12	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	12	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	12	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	12	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	12	
<i>gentamicin sulfate</i>	12	
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	58	
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	62, 63	
GENVOYA TAB	15	
GILENYA	40	
GILOTrif	20	
<i>glatiramer acetate</i>	40	
<i>glatopa</i>	40	
<i>glimepiride</i>	41	
<i>glipizide</i>	41	
<i>glipizide xl</i>	41	
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	41	
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	41	
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	41	
<i>glycopyrrolate</i>	50	
<i>glydo</i>	64	
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	41	
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	41	
GOLYTELY SOL	50	
GRALISE	39	
<i>granisetron hcl</i>	49	
<i>griseofulvin microsize</i>	13	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	13	
<i>guanfacine hcl</i>	29	
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	38	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	48	
GVOKE KIT	48	
GVOKE PFS	48	
H		
HAEGARDA	53	
<i>hailey 1.5/30</i>	45	
<i>halobetasol propionate</i>	64	
<i>haloperidol</i>	36	
<i>haloperidol decanoate</i>	36	
<i>haloperidol lactate</i>	36	
HARVONI PAK 33.75-150MG	15	
HARVONI PAK 45-200MG	16	
HARVONI TAB 45-200MG	16	
HARVONI TAB 90-400MG	16	
HAVRIX	55	
<i>heather</i>	45	
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	52	
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	52	
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	52	
<i>heparin sodium (porcine)</i>	52	
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	52	
HERCEP HYLEC SOL	60-10000	20
HERCEPTIN	20	
HERZUMA	21	
HETLIOZ	39	
HIBERIX	55	
HUMIRA	53	
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	53	
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D	53	
HUMIRA PEN	53	
HUMIRA PEN KIT PS/UV	53	
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	54	
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S	54	
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	54	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR)	43	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	43	
<i>hydralazine hcl</i>	30	
<i>hydrochlorothiazide</i>	29	
<i>hydrocodone bitartrate</i>	10	
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	11	
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	11	
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	11	
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	11	
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	11	
<i>hydrocortisone</i>	47	
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	50	
<i>hydrocortisone (rectal)</i>	65	
<i>hydrocortisone (topical)</i>	64	
<i>hydromorphone hcl</i>	11	
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	54	
<i>hydroxyurea</i>	19	

<i>hydroxyzine hcl</i>	60	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	60		59
HYSINGLA ER	10	<i>ipratropium-albuterol nebu</i>	
I		<i>soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	59
<i>ibandronate sodium</i>	44	<i>irbesartan</i>	26
IBRANCE	21	<i>irbesartan-</i>	
<i>ibu</i>	10	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>ibuprofen</i>	10	<i>150-12.5 mg</i>	25
<i>icatibant acetate</i>	53	<i>irbesartan-</i>	
<i>iclevia</i>	45	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
ICLUSIG	21	<i>300-12.5 mg</i>	25
IDHIFA	21	<i>IRESSA</i>	21
ILEVRO	58	<i>irinotecan hcl</i>	19
<i>imatinib mesylate</i>	21	<i>ISENTRESS</i>	14
IMBRUVICA	21	<i>ISENTRESS HD</i>	14
<i>imipenem-cilastatin</i>		<i>isibloom</i>	45
<i>intravenous for soln 250</i>		<i>ISOLYTE-P INJ /D5W</i>	56
<i>mg</i>	12	<i>ISOLYTE-S INJ</i>	56
<i>imipenem-cilastatin</i>		<i>ISOLYTE-S INJ PH 7.4</i>	56
<i>intravenous for soln 500</i>		<i>isoniazid</i>	15
<i>mg</i>	12	<i>ISOPTO ATROPINE</i>	59
<i>imipramine hcl</i>	34	<i>isosorbide dinitrate</i>	30
<i>imiquimod</i>	65	<i>isosorbide mononitrate</i>	30
IMOVAZ RABIES		<i>isotretinoin</i>	62
(H.D.C.V.)	55	<i>isradipine</i>	28
<i>incassia</i>	45	<i>itraconazole</i>	13
INCRELEX	48	<i>ivermectin</i>	12
INCRUSE ELLIPTA	59	<i>IXIARO INJ</i>	55
<i>indapamide</i>	29	J	
INFANRIX INJ	55	<i>JAKAFI</i>	21
INFILIXIMAB	54	<i>jantoven</i>	52
INGREZZA	39	<i>JANUMET TAB 50-1000</i>	41
INGREZZA CAP 40-80MG		<i>JANUMET TAB 50-500MG</i>	41
	39	<i>JANUMET XR TAB 100-</i>	
INLYTA	21	<i>1000</i>	41
INQOVI TAB 35-100MG	19	<i>JANUMET XR TAB 50-</i>	
INREBIC	21	<i>500MG</i>	41
INSULIN PEN NEEDLES:		<i>JANUVIA</i>	42
BD/NOVO	43	<i>JARDIANCE</i>	42
INSULIN SAFETY		<i>jasmiel</i>	45
NEEDLES	43	<i>JENTADUETO TAB 2.5-</i>	
INSULIN SYRINGES: BD		<i>1000</i>	42
	43	<i>JENTADUETO TAB 2.5-</i>	
INTELENCE	14	<i>500</i>	42
INTRALIPID	57	<i>JENTADUETO TAB 2.5-</i>	
INTRON A	55	<i>850</i>	42
<i>introvale</i>	45		
INVEGA SUSTENNA	36		
IPOL INJ INACTIVE	55		
<i>ipratropium bromide</i>	59		
		JENTADUETO TAB XR	
		2.5-1000MG	42
		JENTADUETO TAB XR 5-	
		1000MG	42
		<i>jinteli</i>	47
		<i>jolessa</i>	45
		<i>juleber</i>	45
		JULUCA TAB 50-25MG	15
		<i>junel 1.5/30</i>	45
		<i>junel 1/20</i>	45
		<i>junel fe 1.5/30</i>	45
		<i>junel fe 1/20</i>	45
		K	
		KADCYLA	21
		KALYDECO	61
		KANJINTI	21
		<i>kariva</i>	45
		<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in</i>	
		<i>dextrose 5% & nacl</i>	
		<i>0.45% inj</i>	56
		<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>	
		<i>dextrose 5% & nacl 0.2%</i>	
		<i>inj</i>	56
		<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>	
		<i>dextrose 5% & nacl</i>	
		<i>0.45% inj</i>	56
		<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>	
		<i>dextrose 5% & nacl 0.9%</i>	
		<i>inj</i>	56
		<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i>	
		<i>0.45% inj</i>	56
		KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN	
		NAACL 0.45% INJ	56
		<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i>	
		<i>0.9% inj</i>	56
		<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in</i>	
		<i>dextrose 5% & nacl</i>	
		<i>0.45% inj</i>	56
		<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>	
		<i>dextrose 5% & nacl</i>	
		<i>0.45% inj</i>	56
		KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN	
		NAACL 0.9% INJ	56
		KCL/D5W/NAACL INJ	
		0.3/0.9%	56
		<i>kelnor 1/35</i>	45
		<i>kelnor 1/50</i>	45
		KERENDIA	24
		KESIMPTA	40
		<i>ketoconazole</i>	13

<i>ketoconazole (topical)</i>	63
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	58
KEVZARA.....	54
KEYTRUDA.....	21
KINRIX INJ.....	55
KISQALI 200 DOSE.....	21
KISQALI 200 PAK FEMARA	20
KISQALI 400 DOSE.....	21
KISQALI 400 PAK FEMARA	20
KISQALI 600 DOSE.....	21
KISQALI 600 PAK FEMARA	20
<i>klor-con</i>	57
<i>klor-con 10</i>	57
<i>klor-con 8</i>	57
<i>klor-con m10</i>	57
<i>klor-con m15</i>	57
<i>klor-con m20</i>	57
KORLYM.....	48
<i>kurvelo</i>	45
KYNMOBI.....	35
L	
<i>labetalol hcl</i>	27
<i>lacosamide</i>	31
<i>lacosamide oral</i>	31
<i>lactated ringer's solution</i>	56
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	65
<i>lactulose</i>	50
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	50
<i>lamivudine</i>	14
<i>lamivudine (hbv)</i>	16
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	15
<i>lamotrigine</i>	32
<i>lansoprazole</i>	51
LANTUS.....	43
LANTUS SOLOSTAR.....	43
<i>lapatinib ditosylate</i>	21
<i>larin 1.5/30</i>	45
<i>larin 1/20</i>	45
<i>larin fe 1.5/30</i>	45
<i>larin fe 1/20</i>	45
<i>larissa</i>	45
<i>latanoprost</i>	58
LATUDA	36
<i>leena</i>	45
<i>leflunomide</i>	54
<i>lenalidomide</i>	19
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	21
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	21
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	21
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	21
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	21
LENVIMA CAP 14 MG	21
LENVIMA CAP 18 MG	21
LENVIMA CAP 24 MG	21
<i>lessina</i>	45
<i>letrozole</i>	19
<i>leucovorin calcium</i>	23
LEUKERAN	18
<i>leuprolide acetate</i>	19
<i>levalbuterol hcl</i>	60
<i>levalbuterol tartrate</i>	60
LEVEMIR	43
LEVEMIR FLEXTOUCH	43
<i>levetiracetam</i>	32
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	32
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	32
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	32
<i>levobunolol hcl</i>	58
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	48
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	60
<i>levofloxacin</i>	17
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	17
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	17
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	17
<i>levonest</i>	45
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	45
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	45
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	45
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	45
<i>levora 0.15/30-28</i>	45
<i>levo-t</i>	49
<i>levothyroxine sodium</i>	49
<i>levoxyl</i>	49
LEXIVA	14
<i>lidocaine</i>	64
<i>lidocaine hcl</i>	64
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	12
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	65
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	64
<i>llilow</i>	45
<i>linezolid</i>	12
<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%</i>	12
LINZESS.....	50
<i>liothyronine sodium</i>	49
<i>lisinopril</i>	24
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	24
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	24
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	24
<i>lithium carbonate</i>	39
LIVALO	27
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	46
<i>loestrin 1/20-21</i>	46
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	46
<i>loestrin fe 1/20</i>	46
LOKELMA.....	44
LONSURF TAB 15-6.14	19

LONSURF TAB 20-8.19	.19
loperamide hcl	51
lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)	15
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg	15
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg	15
lorazepam.....	30
lorazepam intensol.....	30
LORBRENA.....	21
loryna.....	46
losartan potassium.....	26
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg.....	25
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg.....	25
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg.....	25
LOTEMAX	58
lovastatin	27
low-ogestrel	46
loxapine succinate	36
LUMAKRAS	21
LUMIGAN	58
LUMIZYME	48
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	19
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	19
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	48
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	48
lutera.....	46
lyeq	46
lyllana	47
LYNPARZA.....	21
LYSODREN.....	19
lyza	46
M	
magnesium sulfate.....	56
MAGNESIUM SULFATE	56
magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml	56
malathion	65
maraviroc.....	14
marlissa	46
MARPLAN	34
MATULANE	20
matzim la	28
MAVYRET PAK 50-20MG	16
MAVYRET TAB 100-40MG	16
meclizine hcl	49
medroxyprogesterone acetate	49
medroxyprogesterone acetate (contraceptive).....	46
mefloquine hcl.....	14
megestrol acetate	19, 49
megestrol acetate (appetite)	49
MEKINIST	21
MEKTOVI	21
meloxicam	10
memantine hcl	33
MENACTRA INJ	55
MENQUADFI INJ	55
MENVEO INJ.....	55
mercaptopurine	19
meropenem	12
mesalamine	50
mesalamine w/ cleanser	50
MESNEX	23
metadate er	38
metformin hcl	42
methadone hcl	10
methadone hydrochloride i	10
methazolamide	29
methenamine hippurate	12
methimazole	49
methotrexate sodium	19, 54
methylphenidate hcl	38
methylprednisolone	47
methylprednisolone acetate	47
methylprednisolone sod succ.....	47
metoclopramide hcl	49
metolazone	29
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg	27
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg	27
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg	27
metoprolol succinate.....	28
metoprolol tartrate.....	28
metronidazole	13
metronidazole (topical)	65
metronidazole vaginal.....	52
metyrosine	30
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	56
micafungin sodium	13
microgestin 1.5/30	46
microgestin 1/20	46
microgestin fe 1.5/30	46
microgestin fe 1/20	46
midodrine hcl	30
miglustat	48
milu	46
mimvey	47
minocycline hcl	18
minoxidil	30
mirtazapine	34
misoprostol	51
MITIGARE	10
M-M-R II INJ	55
M-NATAL PLUS TAB	57
modafinil	40
moexipril hcl	24
molindone hcl	36
mometasone furoate	64
mometasone furoate (nasal)	61
MONJUVI	21
mono-linyah	46
montelukast sodium	60
morphine sulfate	11
MORPHINE SULFATE	11
MOVANTIK	51
moxifloxacin hcl	17
moxifloxacin hcl (ophth)	58
MULTAQ	26
mupirocin	63
MVASI	21

<i>mycophenolate mofetil</i>55	<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>59	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>46
<i>mycophenolate sodium</i>55	<i>NERLYNX</i>21	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>46
<i>myorisan</i>62	<i>NEUPRO</i>35	<i>NORITATE</i>65
<i>MYRBETRIQ</i>51	<i>nevirapine</i>14	<i>norlyroc</i>46
N	<i>NEXAVAR</i>21	<i>NORPACE CR</i>26
<i>nabumetone</i>10	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>27	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>46
<i>nadolol</i>28	<i>nicardipine hcl</i>28	<i>nortrel 1/35 (21)</i>46
<i>nafcillin sodium</i>18	<i>NICOTROL INHALER</i>41	<i>nortrel 1/35 (28)</i>46
<i>NAGLAZYME</i>48	<i>NICOTROL NS</i>41	<i>nortrel 7/7/7</i>46
<i>nalbuphine hcl</i>11	<i>nifedipine</i>28	<i>nortriptyline hcl</i>34
<i>naloxone hcl</i>41	<i>nikki</i>46	<i>NORVIR</i>14
<i>naltrexone hcl</i>41	<i>nilutamide</i>19	<i>NOVOLIN INJ 70/30</i>43
<i>NAMZARIC CAP 14-10MG</i>33	<i>nimodipine</i>28	<i>NOVOLIN INJ 70/30 FP</i> ..43
<i>NAMZARIC CAP 21-10MG</i>33	<i>NINLARO</i>22	<i>NOVOLIN N</i>43
<i>NAMZARIC CAP 28-10MG</i>33	<i>nisoldipine</i>28	<i>NOVOLIN N FLEXPEN</i> ..43
<i>NAMZARIC CAP 7-10MG</i>33	<i>nitazoxanide</i>13	<i>NOVOLIN R</i>43
<i>NAMZARIC CAP PACK</i> ..33	<i>nitisinone</i>48	<i>NOVOLIN R FLEXPEN</i> ..43
<i>naproxen</i>10	<i>NITRO-BID</i>30	<i>NOVOLOG</i>43
<i>naproxen sodium</i>10	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>13	<i>NOVOLOG FLEXPEN</i> ...43
<i>naratriptan hcl</i>39	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>13	<i>NOVOLOG MIX INJ</i>43
<i>NATACYN</i>58	<i>nitroglycerin</i>30	<i>FLEXPEN</i>43
<i>nateglinide</i>42	<i>nizatidine</i>50	<i>NOVOLOG PENFILL</i>43
<i>NATPARA</i>44	<i>nora-be</i>46	<i>NOXAFL</i>13
<i>NAYZILAM</i>32	<i>norethindrone</i> (contraceptive) ..46	<i>NUBEQA</i>19
<i>nebivolol hcl</i>28	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>46	<i>NUEDEXTA CAP 20-10MG</i>39
<i>necon 0.5/35-28</i>46	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>46	<i>NULOJIX</i>55
<i>nefazodone hcl</i>34	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>46	<i>NUPLAZID</i>36
<i>neomycin sulfate</i>13	<i>norethindrone acetate</i>49	<i>NURTEC</i>39
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>58	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>47	<i>NUTRILIPID</i>57
<i>neomycin-polymyx-gramcid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>58	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>47	<i>NUZYRA</i>18
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>57	<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>46	<i>nyamyc</i>63
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>57		<i>nylia 1/35</i>46
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>57		<i>nylia 7/7/7</i>46
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>59		<i>NYMALIZE</i>28
		<i>nymyo</i>46
		<i>nystatin</i>13
		<i>nystatin (mouth-throat)</i> ...65
		<i>nystatin (topical)</i>63
		<i>nystop</i>63
		O
		<i>ocella</i>46
		<i>OCTAGAM</i>54
		<i>octreotide acetate</i>48

ODEFSEY TAB.....	15
ODOMZO	22
OFEV.....	61
ofloxacin (ophth)	58
ofloxacin (otic)	59
OGIVRI	22
OGIVRI INJ 420MG	22
olanzapine	36, 37
olmesartan medoxomil....	26
olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg.....	25
olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg.....	25
olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-25 mg.....	25
olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg.....	25
olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg.....	25
olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg.....	25
olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg.....	25
olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg.....	25
olopatadine hcl	58
olopatadine hcl (nasal)....	60
omeprazole.....	51
OMNARIS.....	61
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO.....	44
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	44
OMNIPOD DASH KIT INTRO.....	44
OMNIPOD DASH MIS PODS.....	44
OMNIPOD MIS CLASSIC	44
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC.....	44
ondansetron.....	49
ondansetron hcl	49
ONTRUZANT.....	22
ONUREG.....	19
OPSUMIT	30
ORGOVYX	19
ORKAMBI GRA 100-125	61
ORKAMBI GRA 150-188	61
ORKAMBI TAB 100-125.	61
ORKAMBI TAB 200-125.	61
oseltamivir phosphate.....	16
OTEZLA.....	54
OTEZLA TAB 10/20/30	54
oxacillin sodium	18
oxaliplatin.....	18
oxandrolone.....	41
oxaprozin.....	10
oxcarbazepine	32
oxybutynin chloride...51, 52	
oxycodone hcl.....	11
oxycodone w/ acetaminophen tab 10- 325 mg	12
oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5- 325 mg	12
oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg	12
oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5- 325 mg	12
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	42
OZEMPIC (1MG/DOSE) .42	
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML	42
P	
pacerone.....	26
paclitaxel.....	20
paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg	20
paliperidone	37
pamidronate disodium	44
PAMIDRONATE DISODIUM	44
PANRETIN	65
pantoprazole sodium	51
PANZYGA	54
paralatin.....	18
paricalcitol.....	49
paromomycin sulfate.....	13
paroxetine hcl	34
PASER	15
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	55
PEDVAX HIB	55
peg 3350-kcl-na bicarb- nacl-na sulfate for soln 236 gm	50
peg 3350-kcl-sod bicarb- nacl for soln 420 gm....	50
PEGASYS.....	16
PEMAZYRE	22
pemetrexed disodium	19
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	18
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	18
penicillamine	44
penicillin g potassium.....	18
PENICILLIN G PROCAINE	18
penicillin g sodium	18
penicillin v potassium.....	18
PENTACEL INJ	55
pentamidine isethionate inh	13
pentamidine isethionate inj	13
pentoxifylline	53
perindopril erbumine	24
periogard	65
permethrin.....	65
perphenazine	37
PERSERIS.....	37
pfizerpen.....	18
phenelzine sulfate.....	34
phenobarbital.....	32
phenobarbital sodium	32
PHENYTEK	32
phenytoin	32
phenytoin sodium.....	32
phenytoin sodium extended	32
PHESGO SOL	22
philith	46
phytonadione	66
PIFELTRO	14
pilocarpine hcl.....	58
pilocarpine hcl (oral)	65

pimozide	37
pimtrea.....	46
pindolol	28
pioglitazone hcl.....	42
piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3- 0.375 gm).....	18
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12- 1.5 gm).....	18
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2- 0.25 gm).....	18
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm).....	18
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	22
PIQRAY 250MG TAB DOSE	22
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	22
pirfenidone.....	61
pirmella 1/35.....	46
piroxicam	10
PLASMA-LYTE INJ -148	56
PLASMA-LYTE INJ -A....	56
plenamine	57
PLENUV SOL	50
podofilox	65
polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml- 0.1%.....	58
POMALYST	19
portia-28	46
posaconazole	13
potassium chloride....	56, 57
POTASSIUM CHLORIDE	56
potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj.....	56
potassium chloride microencapsulated crystals er.....	57
potassium citrate (alkalinizer).....	51
PRADAXA	52
PRALUENT.....	27
pramipexole dihydrochloride.....	35
prasugrel hcl.....	53
pravastatin sodium.....	27
praziquantel.....	13
prazosin hcl	24
prednisolone	47
prednisolone acetate (ophth).....	58
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	58
prednisolone sodium phosphate	47
prednisone.....	47
PREDNISONE INTENSOL	47
pregabalin.....	32
PREHEVBARIO	55
PREMASOL SOL 10% ...	57
PRENATAL TAB 27-1MG	57
PRENATAL TAB PLUS ..	57
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	57
prevalite	27
PREVYMIS	16
PREZCOBIX TAB 800-150	15
PREZISTA	14
PRIFTIN.....	15
primaquine phosphate	14
PRIMAQUINE PHOSPHATE	14
primidone.....	32
PRIORIX INJ.....	55
PRIVIGEN	55
probenecid.....	10
PROCALAMINE INJ 3% .	57
prochlorperazine	49
prochlorperazine edisylate	49
prochlorperazine maleate	50
PROCERIT	52
procto-med hc.....	65
procto-pak.....	65
proctosol hc	65
protozone-hc.....	65
PROGRAF	55
PROLASTIN-C.....	61
PROLENSA	58
PROLIA	44
PROMACTA	53
promethazine hcl	50
propafenone hcl.....	26
proparacaine hcl	59
propranolol hcl	28
propylthiouracil.....	49
PROQUAD INJ	55
PROSOL INJ 20%	57
protriptyline hcl.....	34
PULMICORT FLEXHALER	62
PULMOZYME	61
PURIXAN.....	19
pyrazinamide	15
pyridostigmine bromide..	40
Q	
QINLOCK.....	22
QUADRACEL INJ	55
QUADRACEL INJ 0.5ML	55
quetiapine fumarate	37
quinapril hcl.....	24
quinapril- hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	24
quinapril- hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	24
quinapril- hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	24
quinidine sulfate.....	26
quinine sulfate.....	14
R	
RABAVERT INJ	55
rabeprazole sodium	51
raloxifene hcl.....	48
ramipril.....	24
ranolazine	30
rasagiline mesylate	35
RAYALDEE.....	49
reclipsen	46
RECOMBIVAX HB	55
RECTIV	65
REGRANEX.....	65
RELENZA DISKHALER..	16
RELISTOR.....	51

REMICADE	54	SELZENTRY	14
RENFLEXIS	54	SEREVENT DISKUS	60
<i>repaglinide</i>	42	<i>sertraline hcl</i>	34
RESTASIS	59	<i>setlakin</i>	46
RESTASIS MULTIDOSE	59	<i>sevelamer carbonate</i>	48, 49
RETEVMO	22	<i>sharobel</i>	46
REVLIMID	19	SHINGRIX	56
REXULTI	37	SIGNIFOR	48
REYATAZ	14	<i>sildenafil citrate</i>	59
REZUROCK	55	<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i>	30
RHOPRESSA	58	<i>silodosin</i>	51
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	16	<i>silver sulfadiazine</i>	63
rifabutin	15	SIMBRINZA SUS 1-0.2% ⁵⁸	
rifampin	15	<i>simliya</i>	46
riluzole	40	<i>simvastatin</i>	27
<i>rimantadine hydrochloride</i>	16	<i>sirolimus</i>	55
RINVOQ	54	SIRTURO	15
risedronate sodium	44	SIVEXTRO	13
risperidone	37	SKYRIZI	54
ritonavir	14	SKYRIZI PEN	54
rivastigmine	33	<i>sodium chloride</i>	57
<i>rivastigmine tartrate</i>	33	<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	65
<i>rizatriptan benzoate</i>	39	<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	57
<i>ropinirole hydrochloride</i>	35	<i>sodium phenylbutyrate</i>	48
rosadan	65	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	44
<i>rosuvastatin calcium</i>	27	<i>solifenacin succinate</i>	52
ROTARIX SUS	55	SOLIQUA INJ 100/33	44
ROTATEQ SOL	55	SOLTAMOX	19
roweepra	32	SOLU-CORTEF	47
ROZLYTREK	22	SOMATULINE DEPOT	48
RUBRACA	22	SOMAVERT	48
<i>rufinamide</i>	32	<i>sorafenib tosylate</i>	22
RUKOBIA	14	<i>sorine</i>	26
RYBELSUS	42	<i>sotalol hcl</i>	26
RYDAPT	22	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	26
S		<i>spironolactone</i>	24
<i>sajazir</i>	53	<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	29
SANDIMMUNE	55	<i>sprintec 28</i>	46
SANTYL	65	SPRITAM	32
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	48	SPRYCEL	22
SAVELLA	40	<i>sps</i>	44
SAVELLA MIS TITR PAK	40	<i>sronyx</i>	46
SCEMBLIX	22	<i>ssd</i>	63
<i>scopolamine</i>	50	<i>stavudine</i>	14
SECUADO	37		
<i>selegiline hcl</i>	35		
<i>selenium sulfide</i>	63		
		STIVARGA	22
		<i>streptomycin sulfate</i>	13
		STRIBILD TAB	15
		<i>subvenite</i>	32
		<i>sucralfate</i>	51
		<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	62
		<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	58
		<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	57
		<i>sulfadiazine</i>	13
		<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	13
		<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	13
		<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	13
		<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	13
		SULFAMYRON	63
		<i>sulfasalazine</i>	50
		<i>sulindac</i>	10
		<i>sumatriptan</i>	39
		<i>sumatriptan succinate</i>	39
		<i>sunitinib malate</i>	22
		SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	50
		<i>syeda</i>	46
		SYMBICORT AER 160-4.5	62
		SYMBICORT AER 80-4.5	62
		SYMDEKO TAB 100-15061	
		SYMDEKO TAB 50-75MG	61
		SYMJEPI	61
		SYMPAZAN	32
		SYMTUZA TAB	15
		SYNAREL	47
		SYNERCID INJ 500MG	13
		SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	42
		SYNJARDY TAB 12.5-500	42

SYNJARDY TAB 5-	
1000MG	42
SYNJARDY TAB 5-500MG	
.....	42
SYNJARDY XR TAB 10-	
1000	42
SYNJARDY XR TAB 12.5-	
1000MG	42
SYNJARDY XR TAB 25-	
1000	42
SYNJARDY XR TAB 5-	
1000MG	42
SYNRIBO	20
SYNTHROID	49
T	
TABLOID	19
TABRECTA	22
tacrolimus	55
tacrolimus (topical).....	65
tadalafil	59
TAFINLAR	22
TAGRISSO	22
TALTZ.....	54
TALZENNA	22
tamoxifen citrate	19
tamsulosin hcl.....	51
tarina fe 1/20 eq.....	46
TASIGNA.....	22
tazarotene.....	63
tazicef	16
TAZORAC	63
taztia xt	28
TAZVERIK	22
TDVAX INJ 2-2 LF	56
TECENTRIQ	22
TEFLARO	16
telmisartan	26
telmisartan-amlodipine tab	
40-10 mg.....	25
telmisartan-amlodipine tab	
40-5 mg.....	25
telmisartan-amlodipine tab	
80-10 mg.....	25
telmisartan-amlodipine tab	
80-5 mg.....	25
telmisartan-	
hydrochlorothiazide tab	
40-12.5 mg.....	25
telmisartan-	
hydrochlorothiazide tab	
80-12.5 mg.....	25
telmisartan-	
hydrochlorothiazide tab	
80-25 mg.....	25
temazepam.....	39
TENIVAC INJ 5-2LF	56
tenofovir disoproxil	
fumarate.....	14
TEPMETKO	22
terazosin hcl.....	24
terbinafine hcl	13
terbutaline sulfate	60
terconazole vaginal.....	52
TERIPARATIDE.....	44
testosterone	41
testosterone cypionate....	41
testosterone enanthate ...	41
tetrabenazine	40
tetracycline hcl.....	18
THALOMID	19
THEO-24	61
theophylline	61
thioridazine hcl.....	37
thiothixene	37
tiadylt er.....	28
tiagabine hcl	32
TIBSOVO.....	22
TICOVAC.....	56
tigecycline.....	18
TIGECYCLINE	18
tilia fe	46
timolol maleate.....	28
timolol maleate (ophth) ..	58
tinidazole	13
TIVICAY	14
TIVICAY PD	14
tizanidine hcl.....	40
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	
.....	57
TOBRADEX ST SUS 0.3-	
0.05	57
tobramycin	13
tobramycin (ophth).....	58
tobramycin sulfate.....	13
tobramycin-dexamethasone	
ophth susp 0.3-0.1% ..	57
tolterodine tartrate.....	52
topiramate.....	32
toposar.....	20
toremifene citrate	19
torsemide	29
TOUJEON MAX SOLOSTAR	
.....	44
TOUJEON SOLOSTAR.....	44
TPN ELECTROL INJ	57
TRADJENTA.....	42
tramadol hcl	12
tramadol-acetaminophen	
tab 37.5-325 mg	12
trandolapril	24
tranexamic acid.....	53
tranylcypromine sulfate..	34
TRAVASOL INJ 10%	57
travoprost.....	58
TRAZIMERA	22
trazodone hcl	34
TRECATOR	15
TRELEGY AER ELLIPTA	
100-62.5-25 MCG	59
TRELEGY AER ELLIPTA	
200-62.5-25 MCG	59
treprostinal	30
TRESIBA	44
TRESIBA FLEXTOUCH..	44
tretinoin	62
tretinoin (chemotherapy)	20
TREXALL	54
triamcinolone acetonide	
(mouth).....	65
triamcinolone acetonide	
(topical)	64
triamterene &	
hydrochlorothiazide cap	
37.5-25 mg.....	29
triamterene &	
hydrochlorothiazide tab	
37.5-25 mg.....	29
triamterene &	
hydrochlorothiazide tab	
75-50 mg.....	29
TRICARE TAB PRENATAL	
.....	57
trientine hcl	44
tri-estarrylla	46
trifluoperazine hcl.....	37
trifluridine	58
trihexyphenidyl hcl	35

TRIJARDY XR TAB ER	
24HR 10-5-1000MG	42
TRIJARDY XR TAB ER	
24HR 12.5-2.5-1000MG	
.....	42
TRIJARDY XR TAB ER	
24HR 25-5-1000MG	42
TRIJARDY XR TAB ER	
24HR 5-2.5-1000MG	42
TRIKAFTA TAB 100-50-	
75MG & 150MG	61
TRIKAFTA TAB 50-25-	
37.5MG & 75MG	61
tri-legest fe	46
tri-linyah	46
tri-lo-estarylla	46
tri-lo-marzia	46
tri-lo-mili	46
tri-lo-sprintec	46
TRIMETHOPRIM	13
tri-mili	46
trimipramine maleate	34
TRINTELLIX	34
tri-nymyo	46
tri-sprintec	46
TRIUMEQ PD TAB	15
TRIUMEQ TAB	15
trivora-28	46
tri-vylibra	46
tri-vylibra lo	46
TRIZIVIR TAB	15
TROGARZO	14
TROPHAMINE INJ 10% .57	
trospium chloride	52
TRULICITY	43
TRUMENBA INJ	56
TRUSELTIQ 100 MG	
DAILY DOSE	22
TRUSELTIQ 125 MG	
DAILY DOSE	22
TRUSELTIQ 50 MG DAILY	
DOSE	22
TRUSELTIQ 75 MG DAILY	
DOSE	22
TRUXIMA	22
TUKYSA	22
TURALIO	22
TWINRIX INJ	56
TYBOST	14
TYPHIM VI	56

U	
<i>unithroid</i>	49
<i>ursodiol</i>	51
V	
<i>valacyclovir hcl</i>	16
VALCHLOR	65
<i>valganciclovir hcl</i>	16
<i>valproate sodium</i>	32
<i>valproic acid</i>	32
<i>valsartan</i>	26
<i>valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>160-12.5 mg</i>	25
<i>valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>160-25 mg</i>	26
<i>valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>320-12.5 mg</i>	26
<i>valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>320-25 mg</i>	26
<i>valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>80-12.5 mg</i>	25
VALTOCO	33
<i>vancomycin hcl</i>	13
VANCOMYCIN INJ 1 GM13	
VANCOMYCIN INJ 500MG	
.....	13
VANCOMYCIN INJ 750MG	
.....	13
VAQTA	56
<i>varenicline tartrate</i>	41
<i>varenicline tartrate tab 0.5</i>	
<i>mg x 11 & tab 1 mg x 42</i>	
<i>pack</i>	41
VARIVAX	56
VASCEPA	27
<i>velvet</i>	46
VELPHORO	49
VELTASSA	44
VEMLIDY	16
VENCLEXTA	22
VENCLEXTA TAB START	
<i>PK</i>	22
<i>venlafaxine hcl</i>	34
VENTAVIS	30
VENTOLIN HFA	60

VENTOLIN HFA	
(INSTITUTIONAL PACK)	
.....	60
<i>verapamil hcl</i>	28
VERQUVO	30
VERSACLOZ	37
VERZENIO	22
<i>vestura</i>	46
V-GO 20 KIT	44
V-GO 30 KIT	44
V-GO 40 KIT	44
VICTOZA	43
vienna	46
<i>vigabatrin</i>	33
<i>vigadron</i>	33
VIIBRYD KIT STARTER	34
<i>vilazodone hcl</i>	34
VIMPAT	33
<i>vincristine sulfate</i>	20
<i>vinorelbine tartrate</i>	20
viorele	46
VIRACEPT	14
VIREAD	14
VITRAKVI	22
VIVITROL	41
VIZIMPRO	22
VONJO	23
voriconazole	13
VOSEVI TAB	16
VOTRIENT	23
VRAYLAR	37
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	37
<i>vyfemla</i>	46
<i>vylibra</i>	46
VYVANSE	38, 39
VYZULTA	58
W	
<i>warfarin sodium</i>	52
<i>water for irrigation, sterile</i>	
<i>irrigation soln</i>	65
WELIREG	20
<i>wera</i>	46
X	
XALKORI	23
XARELTO	52
XARELTO STAR TAB	
<i>15/20MG</i>	52
XATMEP	54
XCOPRI	33
XCOPRI PAK 100-150	33

XCOPRI PAK 12.5-25.....33	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	ZENPEP CAP 20000UNT51
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE).....33	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	ZENPEP CAP 2500051
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION).....33	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	ZENPEP CAP 3000UNIT51
XCOPRI PAK 50-100MG 33	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	ZENPEP CAP 4000051
XELJANZ.....54	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	ZENPEP CAP 5000UNIT51
XELJANZ XR54	XTANDI	ZERVIATE
XERMELO51	xulane.....46	zidovudine.....14
XGEVA44	XULTOPHY INJ 100/3.6.44	ZIEXTENZO.....53
XHANCE.....61	XYREM.....40	ziprasidone <i>hcl</i>37
XIFAXAN51	Y	ziprasidone <i>mesylate</i>
XIGDUO XR TAB 10-100043	YF-VAX INJ	ZIRABEV
XIGDUO XR TAB 10- 500MG	yuvafem.....47	ZIRGAN
XIGDUO XR TAB 2.5-100043	Z	zoledronic acid.....44
XIGDUO XR TAB 5- 1000MG	zafemy.....46	ZOLINZA.....23
XIGDUO XR TAB 5-500MG43	zafirlukast	zolmitriptan
XXIDRA.....59	ZARXIO	zolpidem tartrate
XOLAIR61	ZEJULA	zonisamide.....33
XOSPATA.....23	ZELBORAF.....23	zovia 1/35
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	ZEMAIRA.....61	zumandimine
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	zenatane.....62	ZYCLARA PUMP
	ZENPEP CAP 10000UNT51	ZYDELIG
	ZENPEP CAP 15000UNT51	ZYKADIA
		ZYLET SUS 0.5-0.3%....57
		ZYPITAMAG
		ZYPREXA RELPREVV..37

Este formulario resumido se actualizó el 01/01/2023. 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