

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 16
H1016_PH262SP-092022_C

Este formulario condensado e integral se actualizó el 09/01/2023. 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 09/01/2023. 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

Afección médica

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

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

Listado alfabético

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

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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 09/01/2023. 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:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

- 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.

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de AvMed Medicare

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

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

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

Lista de Abreviaturas y Su Significado:

B/D: Este medicamento por receta puede estar cubierto bajo la Parte B o la D del Medicare, dependiendo de las circunstancias. Para tomar determinación, puede ser que se necesite presentar información que describa el uso y las circunstancias del medicamento por favor llame al Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed al 7-800-782-8633 desde el 1ro de octubre al 31 de marzo: 8:00am a 8:00pm, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de Septiembre: 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, y 9:00 am a 1:00 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 effective 09/01/2023

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

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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

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

LA - Disponibilidad

Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
oxycodone hcl SOLN 5mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL
oxycodone hcl TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

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

LA - Disponibilidad

11

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
linezolid TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
LINEZOLID INJ 2MG/ML	4	
meropenem SOLR 1gm, 500mg	4	
methenamine hippurate TABS 1gm	4	
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
tinidazole TABS 250mg, 500mg	3	
tobramycin NEBU 300mg/5ml	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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 SUSP 40mg/ml QL (630 mL / 30 días)	5	QL PA

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

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

LA - Disponibilidad

12

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
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
ANTIPALÚDICOS		
atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg	4	
atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg	4	
chloroquine phosphate TABS 4 250mg, 500mg	4	
COARTEM TAB 20-120MG	4	
mefloquine hcl TABS 250mg	3	
primaquine phosphate TABS 3 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	
darunavir TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
darunavir TABS 800mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
nevirapine TABS 200mg	2	GC
NORVIR PACK 100mg	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	
SUNLENCA TBPK 300mg	5	LA
tenofovir disoproxil fumarate TABS 300mg	3	
TIVICAY TABS 10mg	3	
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	5	
TIVICAY PD TBSO 5mg	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
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	
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 5 df tab 400-300-300 mg		
efavirenz-lamivudine-tenofovir 5 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
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		
isoniazid SYRP 50mg/5ml	4	
isoniazid TABS 100mg, 300mg	1	GC
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	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

14

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
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
HARVONI PAK 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 90-400MG	5	PA
lamivudine (hbv) TABS 100mg	4	
MAVYRET PAK 50-20MG	5	PA
MAVYRET TAB 100-40MG	5	PA
oseltamivir phosphate CAPS 30mg	3	QL QL (168 caps / año)
oseltamivir phosphate CAPS 45mg, 75mg	3	QL QL (84 caps / año)
oseltamivir phosphate SUSR 6mg/ml	3	QL 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)

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ribavirin (hepatitis c) CAPS 200mg	3	
ribavirin (hepatitis c) TABS 200mg	4	
rimantadine hydrochloride TABS 100mg	4	
valacyclovir hcl TABS 1gm, 500mg	3	
valganciclovir hcl SOLR 50mg/ml	5	
valganciclovir hcl TABS 450mg	3	
VEMLIDY TABS 25mg	5	
VOSEVI TAB	5	PA
CEFALOSPORINAS		
cefaclor CAPS 250mg, 500mg	3	
cefaclor SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml	4	
CEFACLOR ER TB12 500mg	4	
cefadroxil CAPS 500mg	2	GC
cefadroxil SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	3	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	4	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	
cefazin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 500mg	3	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4	
cefdinir CAPS 300mg	2	GC
cefdinir SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
cefpime hcl SOLR 1gm, 2gm	4	
cefixime CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	4	
cefoxitin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
cefpodoxime proxetil SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml	4	
cefpodoxime proxetil TABS 100mg, 200mg	3	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada

B/D - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
cefprozil SUSR 125mg/5ml, 3 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	3		erythromycin base CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
ceftazidime SOLR 1gm, 2gm, 4 6gm	4		erythromycin ethylsuccinate TABS 400mg	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	4		erythromycin lactobionate SOLR 500mg	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	4		FLUOROQUINOLONAS		
ceftriaxone sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4		CIPRO SUSR 500mg/5ml	4	
cefuroxime axetil TABS 250mg, 500mg	3		ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w	3	
cefuroxime sodium SOLR 1.5gm, 750mg	3		ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w	3	
cephalexin CAPS 250mg, 500mg	1	GC	ciprofloxacin hcl TABS 100mg	4	
cephalexin SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3		ciprofloxacin hcl TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
tazicef SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4		levofloxacin SOLN 25mg/ml	4	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5		levofloxacin TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
ERITROMICINAS / MACRÓLIDOS			levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml	3	
azithromycin PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	3		levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml	3	
azithromycin TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	GC	levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml	3	
clarithromycin SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	4		moxifloxacin hcl TABS 400mg	4	
clarithromycin TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	3		PENICILINAS		
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	5		amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	1	GC
e.e.s. 400 TABS 400mg	4		amoxicillin CHEW 125mg, 250mg	2	GC
ery-tab TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4		amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg	4	
ERYTHROCIN 500mg	4		amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg	4	
LACTOBIONATE SOLR 500mg			amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml	3	
erythrocine stearate TABS 250mg	4		amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml	4	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

16

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

LA - Disponibilidad

Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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
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	
ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg	4	
BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	4	
dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg	3	
nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm	4	
nafcillin sodium SOLR 10gm	5	
oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	4	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	4	
penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml	4	
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, 20000000unit	4	
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)	4	
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)	4	
TETRACICLINAS		
doxy 100 SOLR 100mg	4	
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, 75mg, 100mg	3	
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	5	LA
tetracycline hcl CAPS 250mg, 500mg	4	PA
tigecycline SOLR 50mg	5	
TIGECYCLINE SOLR 50mg	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
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
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	4	
GLEOSTINE CAPS 100mg	5	
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
doxorubicin hcl liposomal INJ 2mg/ml	5	B/D
ELLENCE SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	4	B/D
ANTIMETABOLITOS		
azacitidine SUSR 100mg	5	B/D
cytarabine SOLN 20mg/ml	3	B/D
fluorouracil SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	3	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
gemcitabine hcl 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
mercaptopurine TABS 50mg	3	
methotrexate sodium SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	3	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	5	LA PA
pemetrexed disodium SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	5	B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	5	
TABLOID TABS 40mg	4	
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES		
abiraterone acetate TABS 250mg, 500mg	5	PA
anastrozole TABS 1mg	2	GC
bicalutamide TABS 50mg	2	GC
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	4	PA
EMCYT CAPS 140mg	5	
ERLEADA TABS 60mg, 240mg	5	LA PA
EULEXIN CAPS 125mg	5	
exemestane TABS 25mg	4	
fulvestrant SOSY 250mg/5ml	5	B/D
letrozole TABS 2.5mg	2	GC
leuprolide acetate KIT 1mg/0.2ml	4	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	PA
LYSODREN TABS 500mg	5	
megestrol acetate TABS 20mg, 40mg	3	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

18

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
nilutamide TABS 150mg	5	
NUBEQA TABS 300mg	5	LA PA
ORGOVYX TABS 120mg	5	LA PA
ORSERDU TABS 86mg, 345mg	5	LA PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	
tamoxifen citrate TABS 10mg, 20mg	2	GC
toremifene citrate TABS 60mg	5	
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	5	LA PA
INMUNOMODULADORES		
lenalidomide CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
lenalidomide CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
THALomid CAPS 50mg, 100mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
THALomid CAPS 150mg, 200mg QL (56 caps / 28 días)	5	QL LA PA
VARIOS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	5	LA PA
bexarotene CAPS 75mg	5	PA
hydroxyurea CAPS 500mg	2	GC
irinotecan hcl SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	4	B/D
KISQALI 200 PAK FEMARA QL (49 tabs / 28 días)	5	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
KISQALI 400 PAK FEMARA QL (70 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 600 PAK FEMARA QL (91 tabs / 28 días)	5	QL PA
MATULANE CAPS 50mg	5	LA
SYNRIBO SOLR 3.5mg CAPS 10mg	5	PA
tretinooin (chemotherapy) CAPS 10mg	5	
WELIREG TABS 40mg	5	LA PA
MITOTIC INHIBITORS		
docetaxel CONC 20mg/ml	4	B/D
docetaxel CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
etoposide SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	3	B/D
paclitaxel CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D
paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg	5	B/D
vincristine sulfate SOLN 1mg/ml	2	GC B/D
vinorelbine tartrate 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 1mg, 2.5mg, 3.5mg	5	PA
bortezomib SOLR 3.5mg	5	PA
BOSULIF TABS 100mg, 400mg, 500mg	5	PA

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

19

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

LA - Disponibilidad

Limitada **ED** - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

SI – Selectas

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
CALQUENCE TABS 100mg QL (60 tabs / 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
erlotinib hcl TABS 25mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
erlotinib hcl TABS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
everolimus TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 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
gefitinib TABS 250mg	5	PA
GILOTrif TABS 20mg, 30mg, 40mg	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HERCEP HYLEC SOL 60- 10000	5	LA PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	LA PA
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 SUSP 70mg/ml QL (216 mL / 27 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
JAYPIRCA TABS 50mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
JAYPIRCA TABS 100mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

20

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	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	B/D LA	LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	LA PA	LYTGOBI TBPK 4mg	5	LA PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	LA PA	MEKINIST SOLR .05mg/ml; TABS .5mg, 2mg	5	LA PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg QL (21 tabs / 28 días)	5	QL PA	MEKTOVI TABS 15mg	5	LA PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg QL (42 tabs / 28 días)	5	QL PA	MONJUVI SOLR 200mg	5	LA PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg QL (63 tabs / 28 días)	5	QL PA	MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA
KRAZATI TABS 200mg <i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	5	LA PA	NERLYNX TABS 40mg	5	LA PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA	NEXAVAR TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA	NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg QL (3 caps / 28 días)	5	QL PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA	ODOMZO CAPS 200mg	5	LA PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA	OGIVRI SOLR 150mg	5	LA PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA	OGIVRI INJ 420MG	5	LA PA
LENVIMA CAP 14 MG QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA	ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	LA PA
LENVIMA CAP 18 MG QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA	PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	5	LA PA
LENVIMA CAP 24 MG QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA	PHESGO SOL	5	LA PA
LORBRENA TABS 25mg, 100mg	5	LA PA	PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	5	PA
LUMAKRAS TABS 120mg, 320mg	5	LA 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
			REZLIDHIA CAPS 150mg	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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

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

LA - Disponibilidad

21

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
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; TBSO 10mg	5	LA PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .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 50MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 75MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 100MG DAILY DOSE CPPK 100mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 125MG DAILY DOSE	5	LA PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TURALIO CAPS 125mg, 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
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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

22

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
ZEJULA CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 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	
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg	1	GC
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	1	GC
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg	1	GC
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 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
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg	1	GC
lisinopril & hydrochlorothiazide 1 tab 10-12.5 mg	1	GC
lisinopril & hydrochlorothiazide 1 tab 20-12.5 mg	1	GC
lisinopril & hydrochlorothiazide 1 tab 20-25 mg	1	GC
quinapril-hydrochlorothiazide 1 tab 10-12.5 mg	1	GC

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

23

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

LA - Disponibilidad

Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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
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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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)
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)

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

24

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

LA - Disponibilidad

Limitada

GC - Cobertura de Brecha

SI – Selectas

ED - Medicamento Excluido

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	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
EDARBYCLOR TAB 40-25MG	4	QL QL (30 tabs / 30 días)	olmesartan-amldipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
ENTRESTO TAB 24-26MG	3		olmesartan-amldipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
ENTRESTO TAB 49-51MG	3		olmesartan-amldipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
ENTRESTO TAB 97-103MG	3		telmisartan-amldipine tab 40-5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 1 tab 150-12.5 mg	1	GC QL QL (60 tabs / 30 días)	telmisartan-amldipine tab 40-10 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 1 tab 300-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)	telmisartan-amldipine tab 80-5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg	1	GC	telmisartan-amldipine tab 80-10 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg	1	GC	telmisartan-	1	GC QL hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg	1	GC	telmisartan-	1	GC QL hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)	telmisartan-	1	GC QL hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)	telmisartan-	1	GC QL hydrochlorothiazide tab 80-25 mg
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)	valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
olmesartan-amldipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)	valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
olmesartan-amldipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)	valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

25

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

LA - Disponibilidad

Limitada **ED** - Medicamento Excluido

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
valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA		
candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg	1	GC QL QL (60 tabs / 30 días)
candesartan cilexetil TABS 32mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
EDARBI TABS 40mg, 80mg	4	QL QL (30 tabs / 30 días)
irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
olmesartan medoxomil TABS 5mg	1	GC QL QL (60 tabs / 30 días)
olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
telmisartan TABS 20mg, 40mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg	1	GC QL QL (60 tabs / 30 días)
valsartan TABS 320mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
ANTIARRÍTMICOS		
amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg	4	
amiodarone hcl TABS 200mg	1	GC
disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg	4	
dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
ANTILIPÉMICOS, 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	5	QL ST QL (30 tabs / 30 días)
atorvastatin calcium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
EZALLOR SPRINKLE CPSP 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	4	QL ST QL (30 caps / 30 días)
fluvastatin sodium CAPS 20mg, 40mg	1	GC QL QL (60 caps / 30 días)

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

26

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

LA - Disponibilidad

Limitada

SI – Selectas

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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
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

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

27

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

LA - Disponibilidad

Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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>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; TB24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	4	
<i>diltiazem hcl</i> SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml	3	
<i>diltiazem hcl</i> TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	2	GC
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	GC
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 360mg	4	

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

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

28

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

LA - Disponibilidad

Limitada ED - Medicamento Excluido

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
chlorthalidone TABS 25mg, 50mg	2	GC
furosemide SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml	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; 4 TABS 5mg, 7.5mg		
digoxin SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	4	
digoxin TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
droxidopa CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL PA
droxidopa CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL PA
epinephrine (anaphylaxis) SOLN 1mg/ml	4	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

29

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

LA - Disponibilidad

Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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
guanfacine hcl TABS 1mg, 2mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
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 (360 tabs / 30 días)	3	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
treprostinil SOLN 20mg/20ml, 5 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	LA PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 5 20mcg/ml	5	LA PA
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	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

30

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	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
carbamazepine CP12 100mg, 4 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TB12 100mg, 200mg, 400mg			diazepam TABS 2mg, 5mg, 10mg	2	GC QL PA
CELONTIN CAPS 300mg	4		QL (120 tabs / 30 días)		
clobazam SUSP 2.5mg/ml QL (480 mL / 30 días)	4	QL PA	Se aplica PA si tienen 65 años o más		
clobazam TABS 10mg, 20mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA	diazepam (anticonvulsant) GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	4	
clonazepam TABS 2mg QL (300 tabs / 30 días)	2	GC QL	diazepam inj SOLN 5mg/ml	4	
clonazepam TABS .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL	DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	4	
clonazepam TBDP 2mg QL (300 tabs / 30 días)	3	QL	DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	4	
clonazepam TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL	DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	4	
clorazepate dipotassium TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA	divalproex sodium CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg	4	
DIACOMIT CAPS 250mg QL (360 caps / 30 días)	5	QL LA PA	divalproex sodium TBEC 125mg, 250mg, 500mg	3	
DIACOMIT CAPS 500mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL LA PA	EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL LA PA
DIACOMIT PACK 250mg QL (360 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA	epitol TABS 200mg	3	
DIACOMIT PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA	EPRONTIA SOLN 25mg/ml QL (480 mL / 30 días)	4	QL PA
diazepam CONC 5mg/ml QL (240 mL / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	3	QL PA	ethosuximide CAPS 250mg	4	
diazepam SOLN 5mg/5ml QL (1200 mL / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	3	QL PA	ethosuximide SOLN 250mg/5ml	3	
			felbamate SUSP 600mg/5ml	5	
			felbamate TABS 400mg, 600mg	4	
			FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 días)	5	QL LA PA
			FYCOMPA SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 días)	5	QL PA
			FYCOMPA TABS 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
			FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
			gabapentin CAPS 100mg, 300mg, 400mg QL (180 caps / 30 días)	2	GC QL
			gabapentin SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml QL (2160 mL / 30 días)	3	QL

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

31

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

LA - Disponibilidad

Limitada **ED** - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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>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
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg	3	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg; TBDP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	3	
<i>levetiracetam</i> SOLN 500mg/5ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	4	
<i>methylsuximide</i> CAPS 300mg	4	
<i>NAYZILAM</i> SOLN 5mg/0.1ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> TABS 150mg, 300mg, 600mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	4	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	3	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	4	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
<i>PHENYTEK</i> CAPS 200mg, 300mg	4	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	3	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	3	
<i>phenytoin sodium extended CAPS</i> 100mg, 200mg, 300mg	3	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg QL (90 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 125mg, 250mg	2	GC
<i>roweepra</i> TABS 500mg	3	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml QL (2400 mL / 30 días)	5	QL PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>rufinamide</i> TABS 400mg QL (240 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>SPRITAM</i> TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 días)	4	QL
<i>SPRITAM</i> TB3D 500mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

32

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

LA - Disponibilidad

Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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
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 CPSP 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	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 4 5mg/0.1ml		
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	4	
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	4	
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
ZONISADE SUSP 100mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
zonisamide CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
ZTALMY SUSP 50mg/ml QL (1100 mL / 30 días)	5	QL LA PA
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	
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	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

33

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
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	
AUVELITY TAB 45-105MG QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
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	
desvenlafaxine succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
doxepin hcl CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg; CONC 10mg/ml	3	
doxepin hcl CAPS 150mg	4	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
duloxetine hcl CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
duloxetine hcl CPEP 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	5	QL PA
escitalopram oxalate SOLN 5mg/5ml	4	
escitalopram oxalate TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	GC
FETZIMA CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
FETZIMA CAP TITRATIO	4	PA
fluoxetine hcl CAPS 10mg, 20mg	1	GC
fluoxetine hcl CAPS 40mg	2	GC
fluoxetine hcl SOLN 20mg/5ml	3	
imipramine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg	2	GC
MARPLAN TABS 10mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL
mirtazapine TABS 7.5mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	3	
mirtazapine TABS 15mg, 30mg, 45mg	2	GC
nefazodone hcl TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	4	
nortriptyline hcl CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	GC
nortriptyline hcl SOLN 10mg/5ml	4	
paroxetine hcl SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
paroxetine hcl TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	GC

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

34

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

LA - Disponibilidad

Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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
paroxetine hcl TB24 12.5mg, 25mg, 37.5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
phenelzine sulfate TABS 15mg	3	
protriptyline hcl TABS 5mg, 10mg	4	
sertraline hcl CONC 20mg/ml 50mg, 100mg	3	
tranylcypromine sulfate TABS 10mg	4	
trazodone hcl TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	GC
trimipramine maleate CAPS 25mg, 50mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
trimipramine maleate CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
venlafaxine hcl CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	GC
venlafaxine hcl TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	
VIBRYD KIT STARTER	4	
vilazodone hcl TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
ANTIPARKINSONIANOS		
amantadine hcl CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL
amantadine hcl SOLN 50mg/5ml	3	
amantadine hcl TABS 100mg	4	
benztropine mesylate SOLN 1mg/ml	4	
benztropine mesylate TABS .5mg, 1mg, 2mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg	4	
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg	4	
entacapone TABS 200mg	4	
INBRIJA CAPS 42mg QL (300 caps / 30 días)	5	QL LA PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	4	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

35

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

LA - Disponibilidad

Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	2	GC	<i>ARISTADA PRSY</i> 1064mg/3.9ml QL (1 jeringuilla / 56 días)	5	QL
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TB24 .375mg, .75mg, 1.5mg, 2.25mg, 3mg, 3.75mg, 4.5mg	4		<i>ARISTADA INITIO PRSY</i> 675mg/2.4ml	5	
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg, 1mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL	<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	2	GC	<i>CAPLYTA CAPS</i> 10.5mg, 21mg, 42mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>ropinirole hydrochloride</i> TB24 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 12mg	4		<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	3		<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg QL (1 jeringuilla / 28 días)	3	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA	<i>clozapine</i> TABS 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4	QL
ANTIPSICÓTICOS			<i>clozapine</i> TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>ABILIFY MAINTENA</i> PRSY 300mg, 400mg QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL	<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	4	PA
<i>ABILIFY MAINTENA</i> SRER 300mg, 400mg QL (1 inyección / 28 días)	5	QL	<i>clozapine</i> TBDP 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>ariPIPRAZOLE</i> SOLN 1mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL	<i>clozapine</i> TBDP 150mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>ariPIPRAZOLE</i> TABS 2mg, 5mg, 4 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL	<i>clozapine</i> TBDP 200mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>ariPIPRAZOLE</i> TBDP 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL	<i>FANAPT</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>ARISTADA PRSY</i> 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL	<i>FANAPT PAK</i>	4	PA
			<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	4	
			<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	4	
			<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 3 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	3	
			<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	3	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

36

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	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	3		<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml QL (1 inyección / 180 días)	5	QL	<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	4	QL	<i>olanzapine</i> TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL	<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml QL (1 jeringuilla / 90 días)	5	QL	<i>paliperidone</i> TB24 6mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL	<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3	
LATUDA TABS 80mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL	PERSERIS PRSY 90mg, 120mg QL (1 jeringuilla / 30 días)	5	QL
<i>loxpipamine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3		<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	4	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL	<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg	3	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 80mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL	<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	4		<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL LA PA	REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL LA PA	REXULTI TABS .25mg, .5mg, 4 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg QL (3 viales / 1 día)	4	QL	RISPERDAL CONSTA SRER 4 12.5mg, 25mg QL (2 inyecciones / 28 días)	4	QL
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL	RISPERDAL CONSTA SRER 5 37.5mg, 50mg QL (2 inyecciones / 28 días)	5	QL
			<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 días)	3	QL

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

37

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

LA - Disponibilidad

Limitada **ED** - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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
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
thioridazine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	3	
thiothixene CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	4	
trifluoperazine hcl TABS 1mg, 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD		
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

38

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

LA - Disponibilidad

Limitada **ED** - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl TABS 10mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl TBCR 10mg, 20mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CAPS 10mg, 20mg</i> QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg</i> QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CHEW 10mg, 20mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CHEW 40mg, 50mg, 60mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
HIPNÓTICOS		
<i>BELSOMRA TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>DAYVIGO TABS 5mg, 10mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>doxepin hcl (sleep) TABS 3mg, 6mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>tasimelteon CAPS 20mg</i> QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA
<i>temazepam CAPS 7.5mg, 30mg</i> QL (30 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
<i>temazepam CAPS 15mg</i> QL (60 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

39

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

LA - Disponibilidad

Limitada **ED** - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

SI – Selectas

Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más después de un suministro de 90 días en un año	2	GC QL PA
MIGRAÑA		
<i>AIMOVIG</i> SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml QL (1 pen / 30 días)	3	QL PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml <i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml QL (8 mL / 30 días)	5	QL PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1- 100 mg</i> QL (40 tabs / 28 días)	3	QL PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 días)	3	QL
<i>NURTEC</i> TBDP 75mg QL (16 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg QL (18 tabs / 30 días)	3	QL
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act QL (24 units / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act QL (12 units / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml QL (18 inyecciones / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml QL (12 inyecciones / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (12 tabs / 30 días)	2	GC QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>zolmitriptan</i> TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg QL (12 tabs / 30 días)	4	QL
VARIOS		
<i>AUSTEDO</i> TABS 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>AUSTEDO</i> TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>AUSTEDO XR</i> TB24 6mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>AUSTEDO XR</i> TB24 12mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>AUSTEDO XR</i> TB24 24mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>GRALISE</i> TABS 300mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>GRALISE</i> TABS 450mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>GRALISE</i> TABS 600mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>GRALISE</i> TABS 750mg, 900mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>INGREZZA</i> CAPS 40mg, 60mg, 80mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
<i>INGREZZA</i> CAP 40-80MG QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg <i>lithium carbonate</i> TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	1	GC
<i>NUEDEXTA</i> CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg <i>riluzole</i> TABS 50mg	3	
<i>SAVELLA</i> TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>SAVELLA MIS TITR PAK</i> <i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 días)	4	PA
	5	QL PA

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

40

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

LA - Disponibilidad

Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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
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
fingolimod hcl 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	
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml QL (540 mL / 30 días)	5	QL LA 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
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	

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

ST - Terapia Escalonada

41

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
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 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack	4	PA
VIVITROL SUSR 380mg	5	
ENDOCRINO Y METABÓLICO ANDRÓGENOS		
depo-testosterone SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
oxandrolone TABS 2.5mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
oxandrolone TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
testosterone GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 días)	4	QL PA
testosterone 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, 100mg	3	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml QL (4 pens / 28 días)	3	QL
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml QL (1 pen / 30 días)	4	QL
FARXIGA TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
glimepiride TABS 1mg, 2mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JARDIANCE TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

42

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
JARDIANCE TABS 25mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-1000 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, 2mg/3ml 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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
repaglinide TABS .5mg, 1mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-500MG QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 12.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 12.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 10-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 12.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 25-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRADJENTA TABS 5mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml QL (4 pens / 28 días)	3	QL
VICTOZA SOPN 18mg/3ml QL (3 pens / 30 días)	3	QL

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

43

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	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
XIGDUO XR TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL	LEVEMIR FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml SI	3	
XIGDUO XR TAB 5-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL	NOVOLIN INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	
XIGDUO XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL	NOVOLIN INJ 70/30 FP SI (brand RELION not covered)	3	
XIGDUO XR TAB 10-500MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL	NOVOLIN N SUSP 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
XIGDUO XR TAB 10-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL	NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
ANTIDIABETICS, INSULINS					
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml SI	3		NOVOLIN R SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
BD ALCOHOL SWABS	3		NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
FIASP FLEX INJ TOUCH SI	3		NOVOLOG SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
FIASP INJ 100/ML SI	3		NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
FIASP PENFIL INJ U-100 SI	3		NOVOLOG MIX INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	
GAUZE PADS 2" X 2"	3		NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN SI (brand RELION not covered)	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml SI	5	B/D	NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 5 SOPN 500unit/ml SI			OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO QL (1 kit / año)	4	QL PA
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				
LEVEMIR SOLN 100unit/ml SI	3				
LEVEMIR FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI	3				

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

ST - Terapia Escalonada

44

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
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 GO KIT 10UNT/DY QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY 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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
FOSAMAX + D TAB 70-2800	4	ST
FOSAMAX + D TAB 70-5600	4	ST
ibandronate sodium SOLN 3mg/3ml QL (1 inyección / 90 días)	4	B/D QL
ibandronate sodium TABS 150mg	3	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	5	LA PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3	B/D
pamidronate disodium SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	3	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 jeringuilla / 180 días)	4	QL
risedronate sodium TABS 5mg, 35mg, 150mg	3	
risedronate sodium TABS 30mg; TBEC 35mg	4	
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	5	PA

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

ST - Terapia Escalonada

45

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
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	5	PA
zoledronic acid CONC	4	B/D
4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml		
AGENTES QUELANTES		
CHEMET CAPS 100mg	4	
deferasirox PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 180mg, 360mg; TBSO 125mg, 250mg, 500mg	5	PA
deferasirox TABS 90mg	3	PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	
penicillamine TABS 250mg	5	
sodium polystyrene sulfonate powder	3	
sps SUSP 15gm/60ml	3	
trientine hcl CAPS 250mg	5	PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	3	
ANTICONCEPTIVOS		
afirmelle	2	GC
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
chateau	3	
cryselle-28	3	
cyred eq	2	GC
dasetta 1/35	3	
dasetta 7/7/7	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
deblitane 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	
eluryng	4	
emoquette	2	GC
enpresse-28	2	GC
enskyce	2	GC
errin TABS .35mg	2	GC
estarylla	2	GC
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg	2	GC
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	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

46

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
larin 1.5/30	3	
larin 1/20	3	
larin fe 1.5/30	2	GC
larin fe 1/20	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	
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
norethindrone (contraceptive) TABS .35mg	2	GC
norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	4	
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	
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-estarylla	3	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

47

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

LA - Disponibilidad

Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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
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	
ENDOMETRIOSIS		
danazol CAPS 50mg, 100mg, 4 200mg		
SYNAREL SOLN 2mg/ml	5	
ESTRÓGENOS		
amabelz	3	
DELESTROGEN OIL 10mg/ml	4	
dotti PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
estradiol PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 10mg/ml, 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	3	
estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg		
norethindrone acetate-ethinyl	3	
estradiol tab 1 mg-5 mcg		
yuvafem TABS 10mcg	4	
GLUCOCORTICOIDES		
dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	3	
DEXAMETHASONE	4	
INTENSOL CONC 1mg/ml		
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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

48

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

LA - Disponibilidad

Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

SI – Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>methylprednisolone acetate SUSP 40mg/ml, 80mg/ml</i>	3	B/D
<i>methylprednisolone sod succ SOLR 40mg, 125mg, 1000mg</i>	3	B/D
<i>prednisolone SOLN 15mg/5ml</i>	2	GC B/D
<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 5mg/5ml</i>	4	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 15mg/5ml</i>	2	GC B/D
<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 25mg/5ml</i>	3	B/D
<i>prednisone SOLN 5mg/5ml</i>	4	B/D
<i>prednisone TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg</i>	2	GC B/D
<i>prednisone TBPK 5mg, 10mg</i>	3	
<i>PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml</i>	4	B/D
<i>SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg</i>	4	
AGENTES PARA ELEVAR LOS NIVELES DE GLUCOSA		
<i>diazoxide SUSP 50mg/ml</i>	5	
<i>GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml</i>	3	
<i>GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml</i>	3	
<i>GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml</i>	3	
VARIOS		
<i>ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml</i>	5	LA PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	5	LA
<i>cabergoline TABS .5mg</i>	3	
<i>carglumic acid TBSO 200mg</i>	5	LA PA
<i>CERDELGA CAPS 84mg</i>	5	LA PA
<i>CEREZYME SOLR 400unit</i>	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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>cinacalcet hcl TABS 90mg QL (120 tabs / 30 días)</i>	5	B/D QL
<i>CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg</i>	4	LA PA
<i>desmopressin acetate SOLN 4mcg/ml</i>	5	
<i>desmopressin acetate TABS .1mg, .2mg</i>	3	
<i>desmopressin acetate spray SOLN .01%</i>	4	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated SOLN .01%</i>	4	
<i>FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg</i>	5	LA PA
<i>GENOTROPIN CART 5mg, 12mg</i>	5	PA
<i>GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg</i>	5	PA
<i>INCRELEX SOLN 40mg/4ml</i>	5	LA PA
<i>javygtor PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg</i>	5	LA PA
<i>KORLYM TABS 300mg</i>	5	LA PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers) SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg</i>	4	B/D
<i>LUMIZYME SOLR 50mg</i>	5	LA PA
<i>LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg</i>	5	PA
<i>LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg</i>	5	PA
<i>LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg</i>	5	PA
<i>miglustat CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)</i>	5	QL PA
<i>NAGLAZYME SOLN 1mg/ml</i>	5	LA PA
<i>nitisinone CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg</i>	5	PA
<i>octreotide acetate SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml</i>	4	PA

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

49

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
octreotide acetate SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	5	PA
raloxifene hcl TABS 60mg	3	
sapropterin dihydrochloride PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5	LA PA
sodium phenylbutyrate POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 5 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		
calcium acetate (phosphate binder) CAPS 667mg QL (360 caps / 30 días)	3	QL
calcium acetate (phosphate binder) TABS 667mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
sevelamer carbonate PACK 2.4gm QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL
sevelamer carbonate PACK .8gm QL (540 paquetes / 30 días)	5	QL
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
norethindrone acetate TABS 5mg	3	
AGENTES TIROIDEOS		
euthyrox TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	GC
levothyroxine sodium TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 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	
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 (oral) 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	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

50

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

LA - Disponibilidad

Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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
GASTROINTESTINAL ANTIEMÉTICOS		
aprepitant CAPS 40mg, 80mg, 125mg		
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	
prochlorperazine maleate TABS 5mg, 10mg	2	GC
promethazine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
scopolamine PT72 1mg/3days QL (10 parches / 30 días)	4	QL PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANTIESPASMÓDICOS		
dicyclomine hcl CAPS 10mg; TABS 20mg		
dicyclomine hcl SOLN 10mg/5ml	4	
glycopyrrolate TABS 1mg, 2mg	3	
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA H2		
famotidine SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	3	
famotidine SUSR 40mg/5ml QL (300 mL / 30 días)	4	QL
famotidine TABS 20mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
famotidine TABS 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml	3	
nizatidine CAPS 150mg, 300mg	4	
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
balsalazide disodium CAPS 750mg	3	
budesonide CPEP 3mg QL (90 caps / 30 días)	4	QL PA
budesonide TB24 9mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
hydrocortisone (intrarectal) ENEM 100mg/60ml	4	
mesalamine CP24 .375gm QL (120 caps / 30 días)	4	QL
mesalamine CPDR 400mg QL (180 caps / 30 días)	4	QL
mesalamine ENEM 4gm; SUPP 1000mg	4	
mesalamine TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
mesalamine w/ cleanser KIT 4gm	4	
sulfasalazine TABS 500mg	2	GC
sulfasalazine TBEC 500mg	3	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

51

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
LASANTES		
constulose SOLN 10gm/15ml	3	
enulose SOLN 10gm/15ml	3	
gavilyte-c	2	GC
gavilyte-g	2	GC
generlac SOLN 10gm/15ml	3	
GOLYTELY SOL	3	
lactulose SOLN 10gm/15ml	3	
lactulose (encephalopathy) SOLN 10gm/15ml	3	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl- na sulfate for soln 236 gm	2	GC
peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm	2	GC
PLENUV SOL	4	
sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	4	
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	4	
VARIOS		
alosetron hcl TABS .5mg, 1mg	5	QL PA
QL (60 tabs / 30 días)		
cromolyn sodium (mastocytosis) CONC 100mg/5ml	4	
diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml	4	
diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg	3	
GATTEX KIT 5mg	5	LA PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	4	QL
QL (30 caps / 30 días)		
loperamide hcl CAPS 2mg	3	
misoprostol 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	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
sucralfate TABS 1gm	3	
ursodiol CAPS 300mg	3	
ursodiol 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 25000UNT	4	
ZENPEP CAP 40000UNT	4	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
esomeprazole magnesium CPDR 20mg, 40mg	4	QL ST
QL (30 caps / 30 días)		
lansoprazole CPDR 15mg, 30mg	3	QL
QL (60 caps / 30 días)		
lansoprazole TBDD 15mg, 30mg	4	QL ST
QL (60 tabs / 30 días)		
omeprazole CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
pantoprazole sodium SOLR 40mg	4	
pantoprazole sodium TBEC 20mg, 40mg	1	GC
rabeprazole sodium TBEC 20mg	3	QL
QL (30 tabs / 30 días)		

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

52

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

LA - Disponibilidad

Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	
GENITOURINARIAS						
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA						
alfuzosin hcl TB24 10mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL	<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL	
dutasteride CAPS .5mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL	<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST	
dutasteride-tamsulosin hcl cap 4 0.5-0.4 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL	<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL	
finasteride TABS 5mg	1	GC	<i>trospium chloride</i> CP24 60mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL	
silodosin CAPS 4mg, 8mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL	<i>trospium chloride</i> TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL	
tamsulosin hcl CAPS .4mg	2	GC	ANTIINFECCIOSOS VAGINALES			
VARIOS						
acetic acid SOLN .25%	2	GC	<i>clindamycin phosphate</i> <i>vaginal</i> CREA 2%	3		
bethanechol chloride TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3		<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	3		
potassium citrate (alkalinizer) TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	4		<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3		
ANTIESPANSMÓDICOS URINARIO						
darifenacin hydrobromide TB24 7.5mg, 15mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST	HEMATOLÓGICOS			
fesoterodine fumarate TB24 4mg, 8mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL	ANTICOAGULANTES			
GEMTESA TABS 75mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL	<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL	
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml QL (300 mL / 28 días)	4	QL	<i>ELIQUIS</i> TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL	
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL	<i>ELIQUIS</i> TABS 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL	
oxybutynin chloride SYRP 5mg/5ml; TABS 5mg	3		<i>ELIQUIS STARTER PACK</i> TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL	
oxybutynin chloride TB24 5mg QL (30 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		
oxybutynin chloride TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL	<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	4		
PA - Autorización Previa QL - Cantidad Limitada ST - Terapia Escalonada						
B/D - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente LA - Disponibilidad						
Limitada ED - Medicamento Excluido GC - Cobertura de Brecha SI – Selectas						
Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).						
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.						

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	3	
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	3	
HEP SOD/NACL INJ 12500UNT	3	
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	3	
heparin sodium (porcine) SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	3	
jantoven TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
PRADAXA CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
PRADAXA CAPS 110mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
warfarin sodium TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
XARELTO SUSR 1mg/ml QL (620 mL / 30 días)	3	QL
XARELTO TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
XARELTO STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 días)	3	QL
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICOS		
PROCIT SOLN 2000unit/ml, 3 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	PA
PROCIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	PA

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 SOSY 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 SOSY 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	

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
clopidogrel bisulfate TABS 75mg	1	GC
dipyridamole TABS 25mg, 50mg, 75mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
prasugrel hcl TABS 5mg, 10mg	3	
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AUTOIMMUNE AGENTS		
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)	5	QL PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 cartidges / 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	5	PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg KEVZARA SOAJ 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml QL (2 pens / 28 días)	5	LA 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 RENFLEXIS SOLR 100mg	5	LA PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
RINVOQ TB24 45mg QL (168 tabs / año)	5	QL PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml QL (1 cartridge / 56 días)	5	QL PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml QL (6 viales / 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
STELARA SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 días)	5	QL LA PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	5	LA PA

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

55

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
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml QL (3 jeringas / 28 días)	5	QL LA PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml QL (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	
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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, 2 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, 2.5 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10 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 QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL LA PA
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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

56

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
everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	B/D
gengraf CAPS 25mg, 100mg; 4 SOLN 100mg/ml	4	B/D
mycophenolate mofetil CAPS 3 250mg; TABS 500mg	3	B/D
mycophenolate mofetil SUSR 5 200mg/ml	5	B/D
mycophenolate sodium TBEC 4 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
VACUNAS		
ACTHIB INJ	3	
ADACEL INJ	3	
BCG VACCINE SOLR 50mg	3	
BEXSERO INJ	3	
BOOSTRIX INJ	3	
DAPTACEL INJ	3	
DENGVAXIA SUS	3	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	3	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	3	B/D
GARDASIL 9 INJ	3	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	3	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	3	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	3	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	3	B/D
INFANRIX INJ	3	
IPOL INJ INACTIVE	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
IXIARO INJ	3	
KINRIX INJ	3	
M-M-R II INJ	3	
MENACTRA INJ	3	
MENQUADFI INJ	3	
MENVEO INJ	3	
MENVEO SOL	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; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	3	B/D
ROTARIX SUS	3	
ROTATEQ SOL	3	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	3	QL QL (2 viales por vida)
TDVAX INJ 2-2 LF	3	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	3	B/D
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	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

57

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
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	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj	3	
kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	3	
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj	3	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4	
lactated ringer's solution	3	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	3	
magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	3	
magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml	3	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	3	
multiple electrolytes ph 5.5	4	
multiple electrolytes ph 7.4	4	
PLASMA-LYTE INJ -148	4	
PLASMA-LYTE INJ -A	4	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	3	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	4	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	4	
potassium chloride SOLN 2meq/ml	3	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml, 20meq/50ml	4	
potassium chloride SOLN 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml	4	
potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj	3	
sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	3	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
ELECTROLITOS/MINERALS/VITAMINAS, ORAL		
klor-con PACK 20meq	4	
klor-con 8 TBCR 8meq	2	GC

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

58

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
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	
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
clenisol 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
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
PROSOL INJ 20%	4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	4	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TROPHAMINE INJ 10%	4	B/D
OFTÁLMICO		
CONTRA INFECCIONES / ANTIINFLAMATORIOS		
bacitracin-polymyxin- neomycin-hc ophth oint 1%	3	
neo-polycin 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	
gentak OINT .3%	3	
gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%	2	GC
moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%	3	
NATACYN SUSP 5%	4	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

59

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
neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-1000unt op oin	3	
neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-1000unt op oin	3	
neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml	3	
ofloxacin (ophth) SOLN .3%	2	GC
polycin ophth oint	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
difluprednate EMUL .05%	4	
EYSUVIS SUSP .25%	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 PHOSP SOLN 1%	3	
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	
ROCKLATAN DRO	4	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	3	
timolol maleate (ophth) SOLG 4 .25%, .5%	4	
timolol maleate (ophth) SOLN 1 .25%, .5%	1	GC
travoprost SOLN .004%	4	
VYZULTA SOLN .024%	4	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

60

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

LA - Disponibilidad

Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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
VARIOS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	
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	
TYRVAYA SOLN .03mg/act	4	
XIIDRA SOLN 5%	3	
ÓTICO		
ÓTICO AGENTS		
acetic acid (otic) SOLN 2%	3	
CIPRO HC SUS ÓTICO	4	
ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%	4	
flac OIL .01%	3	
fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%	3	
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)

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
RESPIRATORIO		
COMBINACIONES DE ANTOCOLINÉRGICO / BETA AGONISTA		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	QL (60 blisters / 30 días)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	3	QL (1 inhalador / 30 días)
BREZTRI AERO AER SPHERE	3	QL (1 inhalador / 30 días)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	3	QL (4 inhaladores / 28 días)
COMBIVENT AER 20-100	4	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 (60 blisters / 30 días)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	3	QL (60 blisters / 30 días)
ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	4	QL (2 inhaladores / 30 días)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	3	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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

61

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

LA - Disponibilidad

Limitada **ED** - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA	<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083% 2 <i>albuterol sulfate</i> SYRP 3 2mg/5ml		GC B/D
<i>desloratadine</i> TABS 5mg	3		<i>albuterol sulfate</i> TABS 2mg, 4		
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	3		<i>arformoterol tartrate</i> NEBU 4 15mcg/2ml	B/D	
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA	<i>formoterol fumarate</i> NEBU 5 20mcg/2ml	B/D	
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA	<i>levalbuterol hcl</i> NEBU 4 .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	B/D	
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA	<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 3 45mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	QL ST	
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> 4 SOLN 2.5mg/5ml			SEREVENT DISKUS AEPB 3 50mcg/dose QL (60 inhalaciones / 30 días)	QL	
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> 3 TABS 5mg			<i>terbutaline sulfate</i> TABS 4 2.5mg, 5mg		
<i>olopatadine hcl (nasal)</i> SOLN 4 .6%			VENTOLIN HFA AERS 3 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	QL	
BETA AGONISTAS					
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Proair HFA)	3	QL	VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhaladores / 30 días)	QL	
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Proventil HFA)	3	QL	MODULADORES DE LOS LEUCOTRIENOS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Ventolin HFA)	3	QL	<i>montelukast sodium</i> CHEW 3 4mg, 5mg		
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	3	B/D	<i>montelukast sodium</i> PACK 4 4mg		
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.					

PA - Autorización Previa QL - Cantidad Limitada ST - Terapia Escalonada **62**
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
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	LA PA
cromolyn sodium NEBU 20mg/2ml	3	B/D
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	
FASENRA SOSY 30mg/ml	5	LA PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5	LA PA
KALYDECO PACK 13.4mg, 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 75-94MG QL (56 packs / 28 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 CAPS 267mg QL (270 caps / 30 días)	5	QL PA
pirfenidone TABS 267mg QL (270 tabs / 30 días)	5	QL PA
pirfenidone TABS 534mg, 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
roflumilast TABS 250mcg, 500mcg	3	
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	
theophylline ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg	4	
theophylline TB24 400mg, 600mg	3	
TRIKAFTA PAK 59.5MG QL (56 packs / 28 días)	5	QL LA PA
TRIKAFTA PAK 75MG QL (56 packs / 28 días)	5	QL LA PA
TRIKAFTA TAB 50-25- 37.5MG & 75MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	5	LA PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg	5	LA PA
ESTEROIDES NASALES		
flunisolide (nasal) SOLN .025%	3	QL
QL (3 botellas / 30 días)		
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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

63

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

LA - Disponibilidad

Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

SI – Selectas

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
XHANCE EXHU 93mcg/act QL (32 mL / 30 días)	4	QL PA
ESTEROIDES INHALADOS		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalaciones / 30 días)	3	QL
budesonide (inhalation) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	4	B/D
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist QL (180 inhalaciones / 30 días)	3	QL
FLOVENT DISKUS AEPB 100mcg/blist, 250mcg/blist QL (240 inhalaciones / 30 días)	3	QL
FLOVENT HFA AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 (3 inhaladores / 30 días)	3	QL
SYMBICORT AER 160-4.5 QL (3 inhaladores / 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% 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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

64

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
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
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% 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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, ANTIPOSIÁSICOS		
acitretin CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	4	PA
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% QL (120 mL / 30 días)	2	GC
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
ala-cort CREA 1% QL (60 gm / 30 días)	1	GC
ala-cort CREA 2.5% QL (60 gm / 30 días)	2	GC
alclometasone dipropionate CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)	3	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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

65

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

LA - Disponibilidad

Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

SI – Selectas

Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa

de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>betamethasone dipropionate (topical) OINT .05% QL (120 gm / 30 días)</i>	4	QL
<i>betamethasone dipropionate augmented CREA .05% QL (120 gm / 30 días)</i>	2	GC QL
<i>betamethasone dipropionate augmented GEL .05%; OINT .05% QL (120 gm / 30 días)</i>	4	QL
<i>betamethasone dipropionate augmented LOTN .05% QL (120 mL / 30 días)</i>	4	QL
<i>betamethasone valerate CREA .1%; OINT .1% QL (120 gm / 30 días)</i>	3	QL
<i>betamethasone valerate LOTN .1% QL (120 mL / 30 días)</i>	3	QL
<i>clobetasol propionate CREA .05% QL (60 gm / 30 días)</i>	3	QL
<i>clobetasol propionate GEL .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)</i>	4	QL
<i>clobetasol propionate SOLN .05% QL (50 mL / 30 días)</i>	4	QL
<i>clobetasol propionate e CREA .05% QL (60 gm / 30 días)</i>	4	QL
<i>ENSTILAR AER QL (120 gm / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>fluocinolone acetonide CREA .01% QL (60 gm / 30 días)</i>	4	QL
<i>fluocinolone acetonide CREA .025% QL (120 gm / 30 días)</i>	4	QL
<i>fluocinolone acetonide OIL .01% QL (118.28 mL / 30 días)</i>	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>fluocinolone acetonide OINT .025% QL (120 gm / 30 días)</i>	3	QL
<i>fluocinolone acetonide SOLN .01% QL (90 mL / 30 días)</i>	4	QL
<i>fluocinonide CREA .05% QL (120 gm / 30 días)</i>	3	QL
<i>fluocinonide GEL .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)</i>	4	QL
<i>fluocinonide SOLN .05% QL (60 mL / 30 días)</i>	3	QL
<i>fluocinonide emulsified base CREA .05% QL (120 gm / 30 días)</i>	3	QL
<i>fluticasone propionate CREA .05%; OINT .005%</i>	3	
<i>halobetasol propionate CREA .05%; OINT .05% QL (50 gm / 30 días)</i>	4	QL
<i>hydrocortisone (topical) CREA 1% QL (50 gm / 30 días)</i>	1	GC
<i>hydrocortisone (topical) CREA 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5% QL (50 gm / 30 días)</i>	2	GC
<i>mometasone furoate CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1% QL (454 gm / 30 días)</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide (topical) CREA .1% QL (454 gm / 30 días)</i>	2	GC QL
<i>triamcinolone acetonide (topical) CREA .025%, .5%; OINT .025%, .1%, .5% QL (50 gm / 30 días)</i>	2	GC
<i>triamcinolone acetonide (topical) LOTN .025%, .1% QL (50 gm / 30 días)</i>	3	
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>glydo PRSY 2% QL (60 mL / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>lidocaine OINT 5% QL (50 gm / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>lidocaine PTCH 5% QL (3 parches / 1 día)</i>	4	QL PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4% QL (50 mL / 30 días)	3	QL PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5% QL (30 gm / 30 días)	3	QL PA
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LAS MEMBRANAS MUCOSAS		
<i>azelaic acid</i> GEL 15% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
<i>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</i> FOAM 15% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5% QL (40 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5% QL (10 mL / 30 días)	3	QL
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%	3	
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 2.5%	2	GC
<i>imiquimod</i> CREA 5% QL (24 paquetes / 30 días)	3	QL
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> 2 CREA 12%	2	GC
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> 3 LOTN 12%	3	
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75% QL (45 gm / 30 días)	4	QL
<i>metronidazole (topical)</i> GEL .75% QL (45 gm / 30 días)	3	QL
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75% QL (59 mL / 30 días)	4	QL
<i>NORITATE</i> CREA 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>PANRETIN</i> GEL .1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA
<i>podofilox</i> SOLN .5% QL (7 mL / 28 días)	3	QL
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>protozone-hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>RECTIV</i> OINT .4% QL (30 gm / 30 días)	4	QL
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1% QL (100 gm / 30 días)	4	QL
<i>VALCHLOR</i> GEL .016% QL (60 gm / 30 días)	5	QL LA PA
<i>ZYCLARA PUMP</i> CREA 2.5% QL (7.5 gm / 28 días)	5	QL
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y CONTRA LA PEDICULOSIS		
<i>malathion</i> LOTN .5% QL (59 mL / 30 días)	4	QL
<i>permethrin</i> CREA 5% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
DERMATOLOGÍA, AGENTES PARA EL CUIDAD DE HERIDAS		
<i>REGRANEX</i> GEL .01% QL (30 gm / 30 días)	5	QL PA
<i>SANTYL</i> OINT 250unit/gm QL (180 gm / 30 días)	4	QL
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9% water for irrigation, sterile <i>irrigation soln</i>	2	GC
AGENTES PARA LA BOCA / GARGANTA / DENTALES		
<i>cevimeline hcl</i> CAPS 30mg	4	
<i>chlorhexidine gluconate</i> (mouth-throat) SOLN .12%	1	GC
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg QL (150 losanges / 30 días)	4	QL
<i>lidocaine hcl</i> (mouth-throat) SOLN 2%	2	GC

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

67

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

LA - Disponibilidad

Limitada **ED** - Medicamento Excluido

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>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 3 100000unit/ml	3	
<i>periogard</i> SOLN .12% 1	1	GC
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 3 5mg, 7.5mg	3	
<i>triamcinolone acetonide</i> 3 (mouth) PSTE .1%	3	
VITAMINAS		
COMPLEJO DE VITAMINA B		
<i>cyanocobalamin</i> SOLN 2 1000mcg/ml	2	ED GC
<i>folic acid</i> TABS 1mg 1 QL (30 tabs / 30 días)	1	ED GC QL
VITAMINA D		
<i>ergocalciferol</i> CAPS 2 50000unit QL (4 caps / 28 días)	2	ED GC QL
ACTIVIDAD DE LA VITAMINA K		
<i>phytonadione</i> TABS 5mg 4 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	
abacavir sulfate.....	13
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg.....	14
ABELCET	12
ABILITY MAINTENA.....	36
abiraterone acetate.....	18
acamprosate calcium.....	41
acarbose.....	42
accutane.....	64
acebutolol hcl.....	27
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml....	10
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg.....	10
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg.....	10
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg.....	10
acetazolamide	28
acetic acid.....	53
acetic acid (otic).....	61
acetylcysteine	62
acitretin	65
ACTHIB INJ	57
ACTIMMUNE	56
acyclovir.....	15
acyclovir sodium	15
ADACEL INJ.....	57
adefovir dipivoxil.....	15
ADEMPAS	30
ADRENALIN	29
ADVAIR DISKU AER 100/50	64
ADVAIR DISKU AER 250/50	64
ADVAIR DISKU AER 500/50	64
ADVAIR HFA AER 115/21	64
ADVAIR HFA AER 230/21	64
ADVAIR HFA AER 45/21	64
afirmelle.....	46
AIMOVIG	40
ala-cort.....	65
albendazole	11
albuterol sulfate	62
alclometasone dipropionate	65
ALDURAZYME	49
ALECENSA	19
alendronate sodium	45
alfuzosin hcl.....	53
aliskiren fumarate	29
allopurinol	9
alosetron hcl	52
ALPHAGAN P	60
alprazolam.....	30
ALREX	60
altavera.....	46
ALTOPREV	26
ALUNBRIG	19
ALUNBRIG PAK	19
alyacen 1/35	46
alyacen 7/7/7	46
amabelz.....	48
amantadine hcl	35
ambrisentan	30
amikacin sulfate	11
amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg.....	28
amiloride hcl.....	28
amiodarone hcl	26
amitriptyline hcl.....	34
amlodipine besylate	28
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-10 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-20 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-40 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-80 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-10 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-20 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-40 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-80 mg.....	29
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg	23
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg	23
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg	23
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg	23
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg	23
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg	23
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-20 mg.....	24
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-40 mg.....	24
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg.....	24
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg.....	24
amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg	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.....	64
amoxapine	34
amoxicillin	16
amoxicillin & k clavulanate	
chew tab 200-28.5 mg.	16
amoxicillin & k clavulanate	
chew tab 400-57 mg....	16
amoxicillin & k clavulanate	
for susp 200-28.5 mg/5ml	
.....	16
amoxicillin & k clavulanate	
for susp 250-62.5 mg/5ml	
.....	16
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.....	38
amphetamine-	
dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg.....	38
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.....	38
amphetamine-	
dextroamphetamine tab 10 mg.....	38
amphetamine-	
dextroamphetamine tab 12.5 mg	38
amphetamine-	
dextroamphetamine tab 15 mg	38
amphetamine-	
dextroamphetamine tab 20 mg	39
amphetamine-	
dextroamphetamine tab 30 mg	39
amphetamine-	
dextroamphetamine tab 5 mg	38
amphetamine-	
dextroamphetamine tab 7.5 mg	38
amphotericin b	12
amphotericin b liposome.	12
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	17
anagrelide hcl	54
anastrozole	18
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	61
aprepitant.....	51
aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg	51
api.....	46
APTIOM.....	30
APTIVUS	13
ARALAST NP	63
aranelle.....	46
ARCALYST.....	56
arformoterol tartrate.....	62
ariPIPRAZOLE	36
ARISTADA	36
ARISTADA INITIO	36
armodafinil	41
ARNUITY ELLIPTA.....	64
asenapine maleate	36
aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg.....	54
atazanavir sulfate.....	13
atenolol.....	27
atenolol & chlorthalidone	
tab 100-25 mg	27
atenolol & chlorthalidone	
tab 50-25 mg	27
atomoxetine hcl.....	39
atorvastatin calcium	26
atovaquone	11
atovaquone-proguanil hcl	
tab 250-100 mg	13
atovaquone-proguanil hcl	
tab 62.5-25 mg	13
ATROPINE SULFATE	61
atropine sulfate	
(ophthalmic)	61
ATROVENT HFA	61
aubra eq	46
aurovela 1/20	46
aurovela fe 1.5/30	46
aurovela fe 1/20	46
AUSTEDO	40
AUSTEDO XR	40
AUVELITY TAB 45-105MG	34
aviane	46
avita	64
ayuna	46
AYVAKIT	19
azacitidine	18
azathioprine	56
azelaic acid	67
azelastine hcl	61
azelastine hcl (ophth).....	60
azithromycin.....	16

aztreonam.....	11
azurette.....	46
B	
bacitracin (ophthalmic)	59
bacitracin-polymyxin b ophth oint	59
bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%	59
baclofen	41
BAFIERTAM	41
balsalazide disodium	51
BALVERSA	19
balziva	46
BARACLUDE	15
BASAGLAR KWIKPEN ...44	
BCG VACCINE	57
BD ALCOHOL SWABS ...44	
BELSOMRA	39
benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	23
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	23
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	23
benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg	23
benazepril hcl	24
BENDEKA	18
BENLYSTA	56
benzoyl peroxide- erythromycin gel 5-3% 64	
benztropine mesylate	35
BERINERT	54
BESIVANCE	59
BESREMI	19
betaine powder for oral solution	49
betamethasone dipropionate (topical) ..65,	
66	
betamethasone dipropionate augmented	66
betamethasone valerate .66	
BETASERON	41
betaxolol hcl (ophth)	60
bethanechol chloride	53
BETOPTIC-S	60
BEVESPI AER 9-4.8MCG	61
bexarotene	19
bexarotene (topical)	67
BEXSERO INJ	57
bicalutamide	18
BICILLIN L-A	17
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	14
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	14
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg	27
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg	27
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg	27
bisoprolol fumarate	27
BIVIGAM	56
blisovi fe 1.5/30	46
BOOSTRIX INJ	57
bortezomib	19
BORTEZOMIB	19
bosentan	30
BOSULIF	19
BRAFTOVI	20
BREO ELLIPTA INH 100-25	64
BREO ELLIPTA INH 200-25	64
BREZTRI AERO AER SPHERE	61
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	61
briellyn	46
BRILINTA	54
brimonidine tartrate	60
brinzolamide	60
BRIVIACT	30
bromfenac sodium (ophth)	60
bromocriptine mesylate ...35	
BROMSITE	60
BRUKINSA	20
budesonide	51
budesonide (inhalation) ..64	
bumetanide	28
buprenorphine hcl	41
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)	41
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)	41
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)	41
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)	41
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)	41
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)	41
buspirone hcl	30
butorphanol tartrate	10
BYDUREON BCISE	42
BYETTA	42
C	
cabergoline	49
CABOMETYX	20
calcipotriene	65
calcitonin (salmon) spray 45	
calcitrene	65
calcitriol	50
calcitriol (oral)	50
calcium acetate (phosphate binder)	50
CALQUENCE	20
camila	46
candesartan cilexetil	26
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg	24
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg	24

candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg	24	carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg	35	chloroquine phosphate	13
CAPLYTA	36	carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg	35	chlorpromazine hcl	36
CAPRELSA	20	carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg	35	chlorthalidone	29
captopril	24	carboplatin	18	cholestyramine	27
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg	23	carglumic acid	49	cholestyramine light	27
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	23	carteolol hcl (ophth)	60	choline fenofibrate	26
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg	23	cartia xt	28	ciclopirox olamine	65
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg	23	carvedilol	27	cilostazol	54
carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg	35	caspofungin acetate	12	CILOXAN	59
carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg	35	CAYSTON	11	CIMDUO TAB 300-300	14
carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg	35	cefaclor	15	cinacalcet hcl	49
carbamazepine	30, 31	CEFACLOR ER	15	CIPRO	16
carbidopa	35	cefadroxil	15	CIPRO HC SUS OTIC	61
carbidopa & levodopa tab 10-100 mg	35	CEFAZOLIN	15	ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w	16
carbidopa & levodopa tab 25-100 mg	35	CEFAZOLIN INJ		ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w	16
carbidopa & levodopa tab 25-250 mg	35	1GM/50ML	15	ciprofloxacin hcl	16
carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg	35	cefazolin sodium	15	ciprofloxacin hcl (ophth)	.59
carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg	35	CEFAZOLIN SOLN		ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%	61
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg	35	2GM/100ML-4%	15	cisplatin	18
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg	35	cefdinir	15	citalopram hydrobromide	34
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg	35	cefepime hcl	15	claravis	64
		cefixime	15	clarithromycin	16
		cefoxitin sodium	15	clindamycin hcl	11
		cefepodoxime proxetil	15	clindamycin palmitate hydrochloride	11
		cefprozil	16	clindamycin phosphate	11
		ceftazidime	16	clindamycin phosphate (topical)	64
		CEFTAZIDIME/ SOL D5W		clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml	11
		1GM	16	clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml	11
		CEFTAZIDIME/ SOL D5W		clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml	11
		2GM	16	clindamycin phosphate vaginal	53
		ceftriaxone sodium	16	CLINDMYC/NAC INJ	
		cefuroxime axetil	16	300/50ML	11
		cefuroxime sodium	16	CLINDMYC/NAC INJ	
		celecoxib	9	600/50ML	11
		CELONTIN	31	CLINDMYC/NAC INJ	
		cephalexin	16	900/50ML	11
		CERDELGA	49	CLINIMIX INJ 4.25/D10	.59
		CEREZYME	49		
		cetirizine hcl	61		
		cevimeline hcl	67		
		chateal	46		
		CHEMET	46		
		chlorhexidine gluconate (mouth-throat)	67		

CLINIMIX INJ 4.25/D5W	.59
CLINIMIX INJ 5%/D15W	.59
CLINIMIX INJ 5%/D20W	.59
CLINIMIX INJ 6/5	.....59
CLINIMIX INJ 8/10	.....59
CLINIMIX INJ 8/14	.....59
clinisol sf 15%	.....59
CLINOLIPID EMU 20%	..59
clobazam	.....31
clobetasol propionate	....66
clobetasol propionate e	...66
clomipramine hcl	.....34
clonazepam	.....31
clonidine	.....29
clonidine hcl	.....29
clopидogrel bisulfate	.....55
clorazepate dipotassium	.31
clotrimazole	.....67
clotrimazole (topical)	.....65
clotrimazole w/ betamethasone cream 1- 0.05%	.....65
clozapine	.....36
COARTEM TAB 20-120MG.....13	
colchicine	.....9
colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg	.....9
colesevelam hcl	.....27
colestipol hcl	.....27
colistimethate sodium	....11
COMBIGAN SOL 0.2/0.5% .....60	
COMBIVENT AER 20-100.....61	
COMETRIQ (60MG DOSE) .....20	
COMETRIQ KIT 100MG	.20
COMETRIQ KIT 140MG	.20
COMPLERA TAB	.....14
compro	.....51
constulose	.....52
COPIKTRA	.....20
CORLANOR	.....29
COTELLIC	.....20
CREON CAP 12000UNT	52
CREON CAP 24000UNT	52
CREON CAP 3000UNIT	.52
CREON CAP 36000UNT	52
CREON CAP 6000UNIT	.52
cromolyn sodium	.....63
cromolyn sodium (mastocytosis)	.....52
cromolyn sodium (ophth)	60
cryselle-28	.....46
cyanocobalamin	.....68
cyclobenzaprine hcl	.....41
cyclophosphamide	.....18
CYCLOPHOSPHAMIDE	.18
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR	.....18
cycloserine	.....14
cyclosporine	.....56
cyclosporine modified (for microemulsion)	.....56
cyproheptadine hcl	.....62
cyred eq	.....46
CYSTADROPS	.....61
CYSTAGON	.....49
CYSTARAN	.....61
cytarabine	.....18
D	
D10W/NACL INJ 0.2%	....58
D2.5W/NACL INJ 0.45%	.58
D5W/LYTES INJ #48	....58
dabigatran etexilate mesylate	.....53
dalfampridine	.....41
danazol	.....48
dantrolene sodium	.....41
dapsone	.....11
DAPTACEL INJ	.....57
daptomycin	.....11
DAPTO MYCIN	.....11
darifenacin hydrobromide	.....53
darunavir	.....13
dasetta 1/35	.....46
dasetta 7/77	.....46
DAURISMO	.....20
DAYVIGO	.....39
deblitane	.....46
deferasirox	.....46
DELESTROGEN	.....48
DELSTRIGO TAB	.....14
DENGVAXIA SUS	.....57
depo-testosterone	.....42
DESCOZY TAB 120-15MG.....14	
DESCOZY TAB 200/25MG.....14	
desipramine hcl	.....34
desloratadine	.....62
desmopressin acetate	....49
desmopressin acetate spray	.....49
desmopressin acetate spray refrigerated	.....49
desogest-eth estrad & eth estradiol tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)	.....46
desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	.....46
desvenlafaxine succinate	34
dexamethasone	.....48
DEXAMETHASONE	
INTENSOL	.....48
dexamethasone sodium phosphate	.....48
dexamethasone sodium phosphate (ophth)	.....60
dexmethylphenidate hcl	.39
dextrose	.....59
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	.....58
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	.....58
dextrose 5% in lactated ringers	.....58
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	.....58
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%	.....58
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%	.....58
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	.....58
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	.....58
DIACOMIT	.....31
diazepam	.....31
diazepam (anticonvulsant)	.....31
diazepam inj	.....31
diazoxide	.....49
diclofenac potassium	....9
diclofenac sodium	....9

<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	.....	60
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	.....	67
<i>diclofenac w/ misoprostol</i>		
<i>tab delayed release 50-</i>		
<i>0.2 mg</i>	.....	9
<i>diclofenac w/ misoprostol</i>		
<i>tab delayed release 75-</i>		
<i>0.2 mg</i>	.....	9
<i>dicloxacillin sodium</i>	.....	17
<i>dicyclomine hcl</i>	.....	51
<i>DIFICID</i>	.....	16
<i>dilfenisal</i>	.....	9
<i>dilfluprednate</i>	.....	60
<i>digoxin</i>	.....	29
<i>dihydroergotamine</i>		
<i>mesylate</i>	.....	40
<i>DILANTIN</i>	.....	31
<i>DILANTIN INFATABS</i>	....	31
<i>DILANTIN-125</i>	.....	31
<i>diltiazem hcl</i>	.....	28
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	.....	28
<i>diltiazem hcl extended</i>		
<i>release beads</i>	.....	28
<i>dilt-xr</i>	.....	28
<i>DIP/TET PED INJ 25-5LFU</i>	.....	57
<i>diphenhydramine hcl</i>	.....	62
<i>diphenoxylate w/ atropine</i>		
<i>liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	....	52
<i>diphenoxylate w/ atropine</i>		
<i>tab 2.5-0.025 mg</i>	.....	52
<i>dipyridamole</i>	.....	55
<i>disopyramide phosphate</i>	.....	26
<i>disulfiram</i>	.....	41
<i>divalproex sodium</i>	.....	31
<i>docetaxel</i>	.....	19
<i>DOCETAXEL</i>	.....	19
<i>dofetilide</i>	.....	26
<i>donepezil hydrochloride</i>	..	33
<i>DOPTELET</i>	.....	54
<i>dorzolamide hcl</i>	.....	60
<i>dorzolamide hcl-timolol</i>		
<i>maleate ophth soln 22.3-</i>		
<i>6.8 mg/ml</i>	.....	60
<i>dotti</i>	.....	48
<i>DOVATO TAB 50-300MG</i>	.....	14
<i>doxazosin mesylate</i>	.....	24
<i>doxepin hcl</i>	.....	34
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	.....	39
<i>doxercalciferol</i>	.....	50
<i>doxorubicin hcl</i>	.....	18
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	18	
<i>doxy 100</i>	.....	17
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	.....	17
<i>doxycycline hydrate</i>	.....	17
<i>DRIZALMA SPRINKLE</i>	..	34
<i>dronabinol</i>	.....	51
<i>drospirenone-ethinyl</i>		
<i>estradiol tab 3-0.02 mg</i>	46	
<i>drospirenone-ethinyl</i>		
<i>estradiol tab 3-0.03 mg</i>	46	
<i>DROXIA</i>	.....	54
<i>droxidopa</i>	.....	29
<i>duloxetine hcl</i>	.....	34
<i>DUPIXENT</i>	.....	55
<i>dutasteride</i>	.....	53
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>		
<i>cap 0.5-0.4 mg</i>	.....	53
E		
<i>e.e.s. 400</i>	.....	16
<i>ec-naproxen</i>	.....	9
<i>EDARBI</i>	.....	26
<i>EDARBYCLOR TAB 40-</i>		
<i>12.5</i>	.....	24
<i>EDARBYCLOR TAB 40-</i>		
<i>25MG</i>	.....	25
<i>EDURANT</i>	.....	13
<i>efavirenz</i>	.....	13
<i>efavirenz-emtricitabine-</i>		
<i>tenofovir df tab 600-200-</i>		
<i>300 mg</i>	.....	14
<i>efavirenz-lamivudine-</i>		
<i>tenofovir df tab 400-300-</i>		
<i>300 mg</i>	.....	14
<i>efavirenz-lamivudine-</i>		
<i>tenofovir df tab 600-300-</i>		
<i>300 mg</i>	.....	14
<i>ELIGARD</i>	.....	18
<i>elinetest</i>	.....	46
<i>ELIQUIS</i>	.....	53
<i>ELIQUIS STARTER PACK</i>	.....	53
<i>ELLENCE</i>	.....	18
<i>eluryng</i>	.....	46
<i>EMCYT</i>	.....	18
<i>emoquette</i>	.....	46
<i>EMSAM</i>	.....	34
<i>emtricitabine</i>	.....	13
<i>emtricitabine-tenofovir</i>		
<i>disoproxil fumarate tab</i>		
<i>100-150 mg</i>	.....	14
<i>emtricitabine-tenofovir</i>		
<i>disoproxil fumarate tab</i>		
<i>133-200 mg</i>	.....	14
<i>emtricitabine-tenofovir</i>		
<i>disoproxil fumarate tab</i>		
<i>167-250 mg</i>	.....	14
<i>emtricitabine-tenofovir</i>		
<i>disoproxil fumarate tab</i>		
<i>200-300 mg</i>	.....	14
<i>EMTRIVA</i>	.....	13
<i>EMVERM</i>	.....	11
<i>enalapril maleate</i>	.....	24
<i>enalapril maleate &</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
<i>10-25 mg</i>	.....	23
<i>enalapril maleate &</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
<i>5-12.5 mg</i>	.....	23
<i>ENBREL</i>	.....	55
<i>ENBREL MINI</i>	.....	55
<i>ENBREL SURECLICK</i>	....	55
<i>ENDARI</i>	.....	54
<i>endocet tab 10-325mg</i>	....	10
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	....	10
<i>endocet tab 5-325mg</i>	....	10
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	....	10
<i>ENGERIX-B</i>	.....	57
<i>enoxaparin sodium</i>	.....	53
<i>enpresse-28</i>	.....	46
<i>enskyce</i>	.....	46
<i>ENSTILAR AER</i>	.....	66
<i>entacapone</i>	.....	35
<i>entecavir</i>	.....	15
<i>ENTRESTO TAB 24-26MG</i>	.....	25
<i>ENTRESTO TAB 49-51MG</i>	.....	25
<i>ENTRESTO TAB 97-</i>		
<i>103MG</i>	.....	25
<i>enulose</i>	.....	52
<i>EPCLUSIA PAK 150-37.5</i>	15	
<i>EPCLUSIA PAK 200-50MG</i>	.....	15

EPCLUSA TAB 200-50MG	15
EPCLUSA TAB 400-100.15	15
EPIDIOLEX	31
epinephrine (<i>anaphylaxis</i>)	29, 63
epitol	31
EPIVIR HBV	15
eplerenone	24
EPRONTIA	31
ergocalciferol	68
ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg	40
ERIVEDGE	20
ERLEADA	18
erlotinib hcl	20
errin	46
ertapenem sodium	11
ery	64
ery-tab	16
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	16
erythrocin stearate	16
erythromycin (<i>acne aid</i>) ..	64
erythromycin (<i>ophth</i>)	59
erythromycin base	16
erythromycin ethylsuccinate	16
erythromycin lactobionate	16
escitalopram oxalate	34
esomeprazole magnesium	52
estarrylla	46
estradiol	48
estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg ..	48
estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg ..	48
estradiol vaginal	48
estradiol valerate	48
ethambutol hcl	14
ethosuximide	31
ethynodiol diacetate & ethynodiol estradiol tab 1 mg-35 mcg	46
ethynodiol diacetate & ethynodiol estradiol tab 1 mg-50 mcg	46
etodolac	9
etongestrel-ethinyl	
estradiol va ring 0.120- 0.015 mg/24hr	46
etoposide	19
etravirine	13
EULEXIN	18
euthyrox	50
everolimus	20
everolimus (<i>immunosuppressant</i>) ..	57
EVOTAZ TAB 300-150 ..	14
exemestane	18
EXKIVITY	20
EYSUVIS	60
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	49
falmina	46
famciclovir	15
famotidine	51
famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml	51
FANAPT	36
FANAPT PAK	36
FARXIGA	42
FASENRA	63
FASENRA PEN	63
febuxostat	9
felbamate	31
felodipine	28
femynor	46
fenofibrate	26
fenofibrate micronized ..	26
fentanyl	9
fentanyl citrate	10
fesoterodine fumarate ..	53
FETZIMA	34
FETZIMA CAP TITRATIO	34
FIASP FLEX INJ TOUCH44	
FIASP INJ 100/ML	44
FIASP PENFIL INJ U-100	44
FINACEA	67
finasteride	53
fingolimod hcl	41
FINTEPLA	31
flac	61
FLAREX	60
FLEBOGAMMA DIF	56
flecainide acetate	26
FLOVENT DISKUS	64
FLOVENT HFA	64
fluconazole	12
fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml	12
fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml	12
flucytosine	12
fludrocortisone acetate ..	48
flunisolide (<i>nasal</i>)	63
fluocinolone acetonide ..	66
fluocinolone acetonide (<i>otic</i>)	61
fluocinonide	66
fluocinonide emulsified base	66
fluorometholone (<i>ophth</i>) ..	60
fluorouracil	18
fluorouracil (<i>topical</i>) ..	67
fluoxetine hcl	34
fluphenazine decanoate ..	36
fluphenazine hcl	36
flurbiprofen	9
flurbiprofen sodium	60
fluticasone propionate ..	66
fluticasone propionate (<i>nasal</i>)	63
fluvastatin sodium	26, 27
fluvoxamine maleate	30
folic acid	68
fondaparinux sodium	53
formoterol fumarate	62
FORTEO	45
FOSAMAX + D TAB 70- 2800	45
FOSAMAX + D TAB 70- 5600	45
fosamprenavir calcium	13
fosinopril sodium	24

<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i>	
10-12.5 mg.....	23
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i>	
20-12.5 mg.....	23
FOTIVDA	20
FREAMINE III INJ 10%....	59
<i>fulvestrant</i>	18
<i>furosemide</i>	29
<i>furosemide inj</i>	29
FUZEON.....	13
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	
.....	48
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	48
FYCOMPA.....	31
G	
<i> gabapentin</i>	31, 32
<i> galantamine hydrobromide</i>	
.....	33
GAMASTAN INJ	56
GAMMAGARD LIQUID... GAMMAGARD S/D IGA	
LESS TH	56
GAMMAKED.....	56
GAMMAPLEX.....	56
GAMUNEX-C.....	56
<i> ganciclovir sodium</i>	15
GARDASIL 9 INJ	57
<i> gatifloxacin (ophth)</i>	59
GATTEX	52
GAUZE PADS 2.....	44
<i> gavilyte-c</i>	52
<i> gavilyte-g</i>	52
GAVRETO	20
<i> gefitinib</i>	20
<i> gemcitabine hcl</i>	18
<i> gemfibrozil</i>	26
GEMTESA	53
<i> generlac</i>	52
<i> gengraf</i>	57
GENOTROPIN.....	49
GENOTROPIN MINIQUICK	
.....	49
<i> gentak</i>	59
<i> gentamicin in saline inj</i> 0.8 <i> mg/ml</i>	11
<i> gentamicin in saline inj</i> 1 <i> mg/ml</i>	11
<i> gentamicin in saline inj</i> 1.2 <i> mg/ml</i>	11
<i> gentamicin in saline inj</i> 1.6 <i> mg/ml</i>	11
<i> gentamicin in saline inj</i> 2 <i> mg/ml</i>	11
<i> gentamicin sulfate</i>	11
<i> gentamicin sulfate (ophth)</i>	
.....	59
<i> gentamicin sulfate (topical)</i>	
.....	65
GENVOYA TAB	14
GILOTRIF	20
<i> glatiramer acetate</i>	41
<i> glatopa</i>	41
GLEOSTINE	18
<i> glimepiride</i>	42
<i> glipizide</i>	42
<i> glipizide xl</i>	42
<i> glipizide-metformin hcl tab</i>	
2.5-250 mg	42
<i> glipizide-metformin hcl tab</i>	
2.5-500 mg.....	42
<i> glipizide-metformin hcl tab</i>	
5-500 mg.....	42
<i> glycopyrrolate</i>	51
<i> glydo</i>	66
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	
.....	42
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	
.....	42
GOLYTELY SOL.....	52
GRALISE	40
<i> granisetron hcl</i>	51
<i> griseofulvin microsize</i>	12
<i> griseofulvin ultramicrosize</i>	
.....	12
<i> guanfacine hcl</i>	30
<i> guanfacine hcl (adhd)</i>	39
GVOKE HYOPEN 2- PACK	49
GVOKE KIT	49
GVOKE PFS	49
H	
HAEGARDA.....	54
<i> hailey 1.5/30</i>	46
<i> halobetasol propionate</i> ...	66
<i> haloperidol</i>	36
<i> haloperidol decanoate</i>	36
<i> haloperidol lactate</i>	37
HARVONI PAK 33.75-	
150MG	15
HARVONI PAK 45-200MG	
.....	15
HARVONI TAB 45-200MG	
.....	15
HARVONI TAB 90-400MG	
.....	15
HAVRIX	57
<i> heather</i>	46
HEP SOD/D5W INJ	
20000UNT	54
HEP SOD/D5W INJ	
25000UNT	54
HEP SOD/NACL INJ	
12500UNT	54
HEP SOD/NACL INJ	
25000UNT	54
<i> heparin sodium (porcine)</i> 54	
HEPARIN/NACL INJ	
25000UNT	54
HEPLISAV-B.....	57
HERCEP HYLEC SOL 60- 10000	20
HERCEPTIN	20
HERZUMA	20
HIBERIX	57
HUMIRA	55
HUMIRA PEDIA INJ	
CROHNS	55
HUMIRA PEDIATRIC	
CROHNS D	55
HUMIRA PEN	55
HUMIRA PEN KIT PS/UV	
.....	55
HUMIRA PEN-CD/UC/HS	
START	55
HUMIRA PEN-PEDIATRIC	
UC S	55
HUMIRA PEN-PS/UV	
STARTER	55
HUMULIN R U-500	
(CONCENTR.....	44
HUMULIN R U-500	
KWIKPEN.....	44
<i> hydralazine hcl</i>	30
<i> hydrochlorothiazide</i>	29
<i> hydrocodone bitartrate</i>	9

hydrocodone-	49
acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml	10
hydrocodone-	29
acetaminophen tab 10-325 mg	10
hydrocodone-	57
acetaminophen tab 5-325 mg	10
hydrocodone-	40
acetaminophen tab 7.5-325 mg	10
hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg	10
hydrocortisone	48
hydrocortisone (intrarectal)	51
hydrocortisone (rectal)	67
hydrocortisone (topical) ..	66
hydromorphone hcl.....	10
hydroxychloroquine sulfate	56
hydroxyurea.....	19
hydroxyzine hcl.....	62
hydroxyzine pamoate.....	62
HYSINGLA ER.....	9
I	
ibandronate sodium	45
IBRANCE	20
ibu	9
ibuprofen	9
icatibant acetate	54
iclevia	46
ICLUSIG	20
IDHIFA	20
ILEVRO	60
imatinib mesylate	20
IMBRUVICA.....	20
imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg	11
imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg	11
imipramine hcl	34
imiquimod	67
IMOVA X RABIES (H.D.C.V.)	57
INBRIJA	35
incassia.....	46
INCRELEX.....	49
INCRUSE ELLIPTA	61
indapamide	29
INFANRIX INJ.....	57
INFLIXIMAB.....	55
INGREZZA	40
INGREZZA CAP 40-80MG	40
INLYTA	20
INQOVI TAB 35-100MG ..	18
INREBIC	20
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO.....	44
INSULIN SAFETY NEEDLES	44
INSULIN SYRINGES: BD	44
INTELENCE.....	13
INTRALIPID	59
INTRON A	56
introvale	46
INVEGA HAFYERA	37
INVEGA SUSTENNA.....	37
INVEGA TRINZA	37
IPOL INJ INACTIVE	57
ipratropium bromide.....	61
ipratropium bromide (nasal)	61
ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml ..	61
irbesartan	26
irbesartan- hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg	25
irbesartan- hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg	25
IRESSA	20
irinotecan hcl.....	19
ISENTRESS	13
ISENTRESS HD	13
isibloom	46
ISOLYTE-P INJ /D5W	58
ISOLYTE-S INJ.....	58
ISOLYTE-S INJ PH 7.4 ..	58
isoniazid.....	14
ISOPTO ATROPINE	61
isosorbide dinitrate.....	30
isosorbide mononitrate ..	30
isotretinoin	64
isradipine	28
itraconazole	12
ivermectin	11
IXIARO INJ	57
J	
JAKAFI	20
jantoven	54
JANUMET TAB 50-1000 ..	42
JANUMET TAB 50-500MG ..	42
JANUMET XR TAB 100-1000 ..	42
JANUMET XR TAB 50-1000 ..	42
JANUMET XR TAB 50-500MG ..	42
JANUVIA.....	42
JARDIANC E	42, 43
jasmiel	46
javvygtor	49
JAYPIRCA	20
JENTADUETO TAB 2.5-1000 ..	43
JENTADUETO TAB 2.5-500 ..	43
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG ..	43
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG ..	43
jinteli	48
jolessa	46
juleber	46
JULUCA TAB 50-25MG ..	14
junel 1.5/30	46
junel 1/20	46
junel fe 1.5/30	46
junel fe 1/20	46
K	
KADCYLA	21
KALYDECO	63
KANJINTI.....	21
kariva	46
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	58
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj	58

<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	58
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	58
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	58
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	58
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	58
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	58
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	58
<i>KCL/D5W/NAACL INJ 0.3/0.9%</i>	58
<i>kelnor 1/35</i>	46
<i>kelnor 1/50</i>	46
<i>KERENDIA</i>	24
<i>KESIMPTA</i>	41
<i>ketoconazole</i>	12
<i>ketoconazole (topical)</i>	65
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	60
<i>KEVZARA</i>	55
<i>KEYTRUDA</i>	21
<i>KINRIX INJ</i>	57
<i>KISQALI 200 DOSE</i>	21
<i>KISQALI 200 PAK FEMARA</i>	19
<i>KISQALI 400 DOSE</i>	21
<i>KISQALI 400 PAK FEMARA</i>	19
<i>KISQALI 600 DOSE</i>	21
<i>KISQALI 600 PAK FEMARA</i>	19
<i>klor-con</i>	58
<i>klor-con 10</i>	59
<i>klor-con 8</i>	58
<i>klor-con m10</i>	59
<i>klor-con m15</i>	59
<i>klor-con m20</i>	59
<i>KORLYM</i>	49
<i>KRAZATI</i>	21
<i>kurvelo</i>	46
L	
<i>labetalol hcl</i>	27
<i>lacosamide</i>	32
<i>lacosamide oral</i>	32
<i>lactated ringer's solution</i>	58
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	67
<i>lactulose</i>	52
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	52
<i>lamivudine</i>	13
<i>lamivudine (hbv)</i>	15
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	14
<i>lamotrigine</i>	32
<i>lansoprazole</i>	52
<i>LANTUS</i>	44
<i>LANTUS SOLOSTAR</i>	44
<i>lapatinib ditosylate</i>	21
<i>larin 1.5/30</i>	47
<i>larin 1/20</i>	47
<i>larin fe 1.5/30</i>	47
<i>larin fe 1/20</i>	47
<i>latanoprost</i>	60
<i>LATUDA</i>	37
<i>leena</i>	47
<i>leflunomide</i>	56
<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
<i>LENVIMA CAP 14 MG</i>	21
<i>LENVIMA CAP 18 MG</i>	21
<i>LENVIMA CAP 24 MG</i>	21
<i>lessina</i>	47
<i>letrozole</i>	18
<i>leucovorin calcium</i>	23
<i>LEUKERAN</i>	18
<i>leuprolide acetate</i>	18
<i>levalbuterol hcl</i>	62
<i>levalbuterol tartrate</i>	62
<i>LEVEMIR</i>	44
<i>LEVEMIR FLEXPEN</i>	44
<i>LEVEMIR FLEXTOUCH</i>	44
<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>	60
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	49
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	62
<i>levofloxacin</i>	16
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	16
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	16
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	16
<i>levonest</i>	47
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	47
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	47
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	47
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	47
<i>levora 0.15/30-28</i>	47
<i>levothyroxine sodium</i>	50
<i>levoxyl</i>	50
<i>LEXIVA</i>	13
<i>lidocaine</i>	66
<i>lidocaine hcl</i>	67
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	11
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	67
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	67

<i>lillow</i>.....47	LUMAKRAS.....21	MENACTRA INJ.....57
<i>linezolid</i>.....11, 12	LUMIGAN.....60	MENQUADFI INJ.....57
LINEZOLID INJ 2MG/ML 12	LUMIZYME.....49	MENVEO INJ.....57
LINZESS.....52	LUPRON DEPOT (1- MONTH).....18	MENVEO SOL.....57
<i>liothyronine sodium</i>.....50	LUPRON DEPOT (3- MONTH).....18	<i>mercaptopurine</i>.....18
<i>lisinopril</i>.....24	LUPRON DEPOT-PED (1- MONTH).....49	<i>meropenem</i>.....12
<i>lisinopril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-12.5 mg</i>.....23	LUPRON DEPOT-PED (3- MONTH).....49	<i>mesalamine</i>.....51
<i>lisinopril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-12.5 mg</i>.....23	LUPRON DEPOT-PED (6- MONTH).....49	<i>mesalamine w/ cleanser</i>.....51
<i>lisinopril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-25 mg</i>.....23	<i>lurasidone hcl</i>.....37	MESNEX.....23
<i>lithium carbonate</i>.....40	<i>lutera</i>.....47	<i>metadate er</i>.....39
LIVALO.....27	<i>lyleq</i>.....47	<i>metformin hcl</i>.....43
<i>loestrin 1.5/30-21</i>.....47	<i>lyllana</i>.....48	<i>methadone hcl</i>.....9
<i>loestrin 1/20-21</i>.....47	LYNPARZA.....21	<i>methadone hydrochloride i</i>.....10
<i>loestrin fe 1.5/30</i>.....47	LYSODREN.....18	<i>methazolamide</i>.....29
<i>loestrin fe 1/20</i>.....47	LYTGOBI.....21	<i>methenamine hippurate</i>.....12
LOKELMA.....46	<i>lyza</i>.....47	<i>methimazole</i>.....50
LONSURF TAB 15-6.14.18	M	<i>methotrexate sodium</i>.....18, 56
LONSURF TAB 20-8.19.18	<i>magnesium sulfate</i>.....58	<i>methsuximide</i>.....32
<i>loperamide hcl</i>.....52	MAGNESIUM SULFATE 58	<i>methylphenidate hcl</i>.....39
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-</i> <i>100 mg/5ml (80-20</i> <i>mg/ml)</i>.....14	<i>magnesium sulfate in</i> <i>dextrose 5% iv soln 1</i> <i>gm/100ml</i>.....58	<i>methylprednisolone</i>.....48
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-</i> <i>25 mg</i>.....14	<i>malathion</i>.....67	<i>methylprednisolone acetate</i>.....49
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-</i> <i>50 mg</i>.....14	<i>maraviroc</i>.....13	<i>methylprednisolone sod</i> <i>succ</i>.....49
<i>lorazepam</i>.....30	<i>marlissa</i>.....47	<i>metoclopramide hcl</i>.....51
<i>lorazepam intensol</i>.....30	MARPLAN.....34	<i>metolazone</i>.....29
LORBRENA.....21	MATULANE.....19	<i>metoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>100-25 mg</i>.....27
<i>loryna</i>.....47	<i>matzim la</i>.....28	<i>metoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>100-50 mg</i>.....27
<i>losartan potassium</i>.....26	MAVYRET PAK 50-20MG.....15	<i>metoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>50-25 mg</i>.....27
<i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>100-12.5 mg</i>.....25	MAVYRET TAB 100-40MG.....15	<i>metoprolol succinate</i>.....28
<i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>100-25 mg</i>.....25	<i>meclizine hcl</i>.....51	<i>metoprolol tartrate</i>.....28
<i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>50-12.5 mg</i>.....25	<i>medroxyprogesterone</i> <i>acetate</i>.....50	<i>metronidazole</i>.....12
LOTEMAX.....60	<i>medroxyprogesterone</i> <i>acetate (contraceptive)</i>.....47	<i>metronidazole (topical)</i>.....67
<i>lovastatin</i>.....27	<i>mefloquine hcl</i>.....13	<i>metronidazole vaginal</i>.....53
<i>low-ogestrel</i>.....47	<i>megestrol acetate</i>.....18, 50	<i>metyrosine</i>.....30
<i>loxapine succinate</i>.....37	<i>megestrol acetate</i> <i>(appetite)</i>.....50	MG SO4/D5W INJ 10MG/ML .....58
	MEKINIST.....21	<i>micafungin sodium</i>.....12
	MEKTOVI.....21	<i>microgestin 1.5/30</i>.....47
	<i>meloxicam</i>.....9	<i>microgestin 1/20</i>.....47
	<i>memantine hcl</i>.....33	<i>microgestin fe 1.5/30</i>.....47
		<i>microgestin fe 1/20</i>.....47
		<i>midodrine hcl</i>.....30

<i>miglustat</i>	49
<i>mili</i>	47
<i>mimvey</i>	48
<i>minocycline hcl</i>	17
<i>minoxidil</i>	30
<i>mirtazapine</i>	34
<i>misoprostol</i>	52
<i>MITIGARE</i>	9
M-M-R II INJ	57
M-NATAL PLUS TAB	59
<i>modafinil</i>	41
<i>moexipril hcl</i>	24
<i>molindone hcl</i>	37
<i>mometasone furoate</i>	66
<i>mometasone furoate (nasal)</i>	63
<i>MONJUVI</i>	21
<i>mono-linyah</i>	47
<i>montelukast sodium</i>	62
<i>morphine sulfate</i>	10
<i>MORPHINE SULFATE</i>	10
MORPHINE SULFATE/SODIUM C.	10
<i>MOVANTIK</i>	52
<i>moxifloxacin hcl</i>	16
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	59
<i>MULTAQ</i>	26
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	58
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	58
<i>mupirocin</i>	65
<i>MVASI</i>	21
<i>mycophenolate mofetil</i>	57
<i>mycophenolate sodium</i>	57
<i>MYRBETRIQ</i>	53
N	
<i>nabumetone</i>	9
<i>nadolol</i>	28
<i>nafcillin sodium</i>	17
<i>NAGLAZYME</i>	49
<i>nalbuphine hcl</i>	10
<i>naloxone hcl</i>	41, 42
<i>naltrexone hcl</i>	42
<i>NAMZARIC CAP 14-10MG</i>	33
<i>NAMZARIC CAP 21-10MG</i>	34
<i>NAMZARIC CAP 28-10MG</i>	34
NAMZARIC CAP 7-10MG	
<i>.....</i>	33
NAMZARIC CAP PACK	34
<i>naproxen</i>	9
<i>naproxen sodium</i>	9
<i>naratriptan hcl</i>	40
<i>NATACYN</i>	59
<i>nateglinide</i>	43
<i>NATPARA</i>	45
<i>NAYZILAM</i>	32
<i>nebivolol hcl</i>	28
<i>necon 0.5/35-28</i>	47
<i>nefazodone hcl</i>	34
<i>neomycin sulfate</i>	12
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-1000unt op oin</i>	60
<i>neomycin-polymyx-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	60
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	59
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	59
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	59
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	61
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	61
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-1000unt op oin</i>	60
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	59
<i>NERLYNX</i>	21
<i>NEUPRO</i>	35
<i>nevirapine</i>	13
<i>NEXAVAR</i>	21
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	27
<i>nicardipine hcl</i>	28
<i>NICOTROL INHALER</i>	42
<i>NICOTROL NS</i>	42
<i>nifedipine</i>	28
<i>nikki</i>	47
nilutamide	19
<i>nimodipine</i>	28
<i>NINLARO</i>	21
<i>nisoldipine</i>	28
<i>nitazoxanide</i>	12
<i>nitisinone</i>	49
NITRO-BID	30
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	12
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	12
<i>nitroglycerin</i>	30
<i>nizatidine</i>	51
<i>nora-be</i>	47
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	47
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	47
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	47
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	47
<i>norethindrone acetate</i>	50
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	48
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	48
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	47
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	47
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	47
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	47
NORITATE	67
<i>norlyroc</i>	47
NORPACE CR	26
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	47
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	47
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	47

<i>nortrel</i> 7/7/7	47
<i>nortriptyline hcl</i>	34
NORVIR	13
NOVOLIN INJ 70/30	44
NOVOLIN INJ 70/30 FP..	44
NOVOLIN N	44
NOVOLIN N FLEXPEN...	44
NOVOLIN R	44
NOVOLIN R FLEXPEN...	44
NOVOLOG	44
NOVOLOG FLEXPEN ...	44
NOVOLOG MIX INJ 70/30	44
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN.....	44
NOVOLOG PENFILL.....	44
NOXAFILE.....	12
NUBEQA	19
NUEDEXTA CAP 20-10MG	40
NULOJIX	57
NUPLAZID	37
NURTEC	40
NUTRILIPID.....	59
NUZYRA	17
<i>nyamyc</i>	65
<i>nylia</i> 1/35	47
<i>nylia</i> 7/7/7	47
NYMALIZE	28
<i>nymyo</i>	47
<i>nystatin</i>	12
<i>nystatin</i> (mouth-throat)....	68
<i>nystatin</i> (topical).....	65
<i>nystop</i>	65
O	
<i>ocella</i>	47
OCTAGAM	56
<i>octreotide acetate</i>	49, 50
ODEFSEY TAB.....	14
ODOMZO	21
OFEV.....	63
<i>ofloxacin</i> (ophth)	60
<i>ofloxacin</i> (otic)	61
OGIVRI	21
OGIVRI INJ 420MG	21
<i>olanzapine</i>	37
<i>olmesartan medoxomil</i>	26
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg.....	25
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 40-12.5 mg.....	25
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 40-25 mg.....	25
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 20-5-12.5 mg.....	25
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 40-10-12.5 mg.....	25
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 40-10-25 mg.....	25
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 40-5-12.5 mg.....	25
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 40-5-25 mg.....	25
<i>olopatadine hcl</i>	60
<i>olopatadine hcl (nasal)</i>	62
<i>omeprazole</i>	52
OMNARIS	63
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	44
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	45
OMNIPOD DASH KIT INTRO	45
OMNIPOD DASH MIS PODS	45
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	45
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	45
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	45
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	45
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	45
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	45
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	45
OMNIPOD MIS CLASSIC	45
OMNIPOD PDM KIT	
CLASSIC	45
<i>ondansetron</i>	51
<i>ondansetron hcl</i>	51
ONTRUZANT	21
ONUREG	18
OPSUMIT	30
ORGOVYX	19
ORKAMBI GRA 100-125	63
ORKAMBI GRA 150-188	63
ORKAMBI GRA 75-94MG	63
ORKAMBI TAB 100-125	63
ORKAMBI TAB 200-125	63
ORSERDU	19
<i>oseltamivir phosphate</i>	15
OTEZLA	55
OTEZLA TAB 10/20/30...55	55
<i>oxacillin sodium</i>	17
<i>oxaliplatin</i>	18
<i>oxandrolone</i>	42
<i>oxaprozin</i>	9
<i>oxcarbazepine</i>	32
<i>oxybutynin chloride</i>	53
<i>oxycodone hcl</i>	10, 11
<i>oxycodone w/</i> <i>acetaminophen tab 10-</i> 325 mg	11
<i>oxycodone w/</i> <i>acetaminophen tab 2.5-</i> 325 mg	11
<i>oxycodone w/</i> <i>acetaminophen tab 5-325</i> <i>mg</i>	11
<i>oxycodone w/</i> <i>acetaminophen tab 7.5-</i> 325 mg	11
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	43
OZEMPIC (1MG/DOSE) ..43	
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML	43
P	
<i>pacerone</i>	26
<i>paclitaxel</i>	19
<i>paclitaxel protein-bound</i> <i>particles for iv susp 100</i> <i>mg</i>	19
<i>paliperidone</i>	37
<i>pamidronate disodium</i> ...45	

PAMIDRONATE	
DISODIUM	45
PANRETIN	67
pantoprazole sodium	52
PANZYGA	56
paraplatin	18
paricalcitol	50
paromomycin sulfate	12
paroxetine hcl	34, 35
PEDIARIX INJ 0.5ML	57
PEDVAX HIB	57
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm	52
peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm	52
PEGASYS	15
PEMAZYRE	21
pemetrexed disodium	18
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	17
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	17
penicillamine	46
penicillin g potassium	17
PENICILLIN G PROCAINE	17
penicillin g sodium	17
penicillin v potassium	17
PENTACEL INJ	57
pentamidine isethionate inh	12
pentamidine isethionate inj	12
pentoxifylline	54
perindopril erbumine	24
periogard	68
permethrin	67
perphenazine	37
PERSERIS	37
pfizerpen	17
phenelzine sulfate	35
phenobarbital	32
phenobarbital sodium	32
PHENYTEK	32
phenytoin	32
phenytoin sodium	32
phenytoin sodium extended	32
PHESGO SOL	21
philith	47
phytonadione	68
PIFELTRO	13
pilocarpine hcl	60
pilocarpine hcl (oral)	68
pimozone	37
pimtrea	47
pindolol	28
pioglitazone hcl	43
piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)	17
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)	17
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)	17
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)	17
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)	17
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	21
PIQRAY 250MG TAB DOSE	21
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	21
pirfenidone	63
pirmella 1/35	47
piroxicam	9
PLASMA-LYTE INJ -148	58
PLASMA-LYTE INJ -A	58
plenamine	59
PLENU SOL	52
podofilox	67
polycin ophth oint	60
polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%	60
POMALYST	19
portia-28	47
posaconazole	12, 13
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	58
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	58
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	58
potassium chloride	58, 59
POTASSIUM CHLORIDE	58
potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj	58
potassium chloride microencapsulated crystals er	59
potassium citrate (alkalinizer)	53
PRADAXA	54
PRALUENT	27
pramipexole dihydrochloride	36
prasugrel hcl	55
pravastatin sodium	27
praziquantel	12
prazosin hcl	24
prednisolone	49
prednisolone acetate (ophth)	60
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	60
prednisolone sodium phosphate	49
prednisone	49
PREDNISONE INTENSOL	49
pregabalin	32
PREHEVBARIO	57
PREMASOL SOL 10%	59
PRENATAL TAB 27-1MG	59
PRENATAL TAB PLUS	59
prevalite	27
PREVYMIS	15
PREZCOBIX TAB 800-150	14
PREZISTA	13
PRIFTIN	14
primaquine phosphate	13
PRIMAQUINE PHOSPHATE	13
primidone	32
PRIORIX INJ	57
PRIVIGEN	56
probenecid	9

<i>prochlorperazine</i>	51	<i>ranolazine</i>	30	SANDIMMUNE	57
<i>prochlorperazine edisylate</i>	51	<i>rasagiline mesylate</i>	36	SANTYL	67
		RAYALDEE	50	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	50
<i>prochlorperazine maleate</i>	51	<i>reclipsen</i>	47	SAVELLA	40
		RECOMBIVAX HB	57	SAVELLA MIS TITR PAK	40
PROCRT	54	RECTIV	67	SCEMBLIX	21
<i>procto-med hc</i>	67	REGRANEX	67	<i>scopolamine</i>	51
<i>proctosol hc</i>	67	RELENZA DISKHALER	15	SECUADO	38
<i>protozone-hc</i>	67	RELISTOR	52	<i>selegiline hcl</i>	36
PROGRAF	57	REMICADE	55	<i>selenium sulfide</i>	65
PROLASTIN-C	63	RENFLEXIS	55	SELZENTRY	13
PROLENSA	60	<i>repaglinide</i>	43	SEREVENT DISKUS	62
PROLIA	45	RESTASIS	61	<i>sertraline hcl</i>	35
PROMACTA	54	RESTASIS MULTIDOSE	61	<i>setlakin</i>	47
<i>promethazine hcl</i>	51	RETEVMO	21	<i>sevelamer carbonate</i>	50
<i>propafenone hcl</i>	26	REVLIMID	19	<i>sharobel</i>	47
<i>prparacaine hcl</i>	61	REXULTI	37	SHINGRIX	57
<i>propranolol hcl</i>	28	REYATAZ	13	SIGNIFOR	50
<i>propylthiouracil</i>	50	REZLIDHIA	21	<i>sildenafil citrate</i>	61
PROQUAD INJ	57	REZUROCK	57	<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>	
PROSOL INJ 20%	59	RHOPRESSA	60	<i>hypertension)</i>	30
<i>protriptyline hcl</i>	35	<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	15	<i>silodosin</i>	53
PULMICORT FLEXHALER	64	<i>rifabutin</i>	14	<i>silver sulfadiazine</i>	65
PULMOZYME	63	<i>rifampin</i>	14	SIMBRINZA SUS 1-0.2%	60
PURIXAN	18	<i>riluzole</i>	40	<i>simliya</i>	47
<i>pyrazinamide</i>	14	<i>rimantadine hydrochloride</i>	15	<i>simvastatin</i>	27
<i>pyridostigmine bromide</i>	40	RINVOQ	55	<i>sirolimus</i>	57
Q		<i>risedronate sodium</i>	45	SIRTURO	14
QINLOCK	21	RISPERDAL CONSTA	37	SIVEXTRO	12
QUADRACEL INJ	57	<i>risperidone</i>	37, 38	SKYRIZI	55
QUADRACEL INJ 0.5ML	57	<i>ritonavir</i>	13	SKYRIZI PEN	55
<i>quetiapine fumarate</i>	37	<i>rivastigmine</i>	34	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf</i>	
<i>quinapril hcl</i>	24	<i>rivastigmine tartrate</i>	34	<i>oral sol 17.5-3.13-1.6</i>	
<i>quinapril-</i>		<i>rizatriptan benzoate</i>	40	<i>gm/177ml</i>	52
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		ROCKLATAN DRO	60	<i>sodium chloride</i>	58
<i>10-12.5 mg</i>	23	<i>roflumilast</i>	63	<i>sodium chloride (gu</i>	
<i>quinapril-</i>		<i>ropinirole hydrochloride</i>	36	<i>irrigant)</i>	67
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>rosuvastatin calcium</i>	27	<i>sodium fluoride chew; tab;</i>	
<i>20-25 mg</i>	24	ROTARIX SUS	57	<i>1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	.59
<i>quinidine sulfate</i>	26	ROTATEQ SOL	57	SODIUM OXYBATE	41
<i>quinine sulfate</i>	13	<i>roweepra</i>	32	<i>sodium phenylbutyrate</i>	50
R		ROZLYTREK	21	<i>sodium polystyrene</i>	
RABAVERT INJ	57	RUBRACA	21	<i>sulfonate powder</i>	46
<i>rabeprazole sodium</i>	52	<i>rufinamide</i>	32	<i>solifenacin succinate</i>	53
<i>raloxifene hcl</i>	50	RUKOBIA	13	SOLIQUA INJ 100/33	45
<i>ramipril</i>	24	RYBELSUS	43	SOLTAMOX	19
		RYDAPT	21	SOLU-CORTEF	49
		S		SOMATULINE DEPOT	50
		<i>sajazir</i>	54		

SOMAVERT	50
sorafenib tosylate.....	22
sorine.....	26
sotalol hcl.....	26
sotalol hcl (afib/afl).....	26
spironolactone	24
spironolactone &	
hydrochlorothiazide tab	
25-25 mg.....	29
sprintec 28.....	47
SPRITAM.....	32, 33
SPRYCEL.....	22
sps.....	46
sronyx.....	47
ssd.....	65
stavudine	13
STELARA	55, 56
STIVARGA	22
streptomycin sulfate.....	12
STRIBILD TAB.....	14
subvenite	33
sucralfate.....	52
sulfacetamide sodium (acne).....	65
sulfacetamide sodium (ophth).....	60
sulfacetamide sodium- prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%	59
sulfadiazine.....	12
sulfamethoxazole- trimethoprim iv soln 400- 80 mg/5ml	12
sulfamethoxazole- trimethoprim susp 200-40 mg/5ml	12
sulfamethoxazole- trimethoprim tab 400-80 mg	12
sulfamethoxazole- trimethoprim tab 800-160 mg	12
SULFAMYRON	65
sulfasalazine.....	51
sulindac	9
sumatriptan.....	40
sumatriptan succinate....	40
sunitinib malate.....	22
SUNLENCA	13
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	52
syeda	47
SYMBICORT AER 160-4.5	64
SYMBICORT AER 80-4.5	64
SYMDEKO TAB 100-15063	
SYMDEKO TAB 50-75MG	63
SYMJEPI	63
SYMPAZAN	33
SYMTUZA TAB.....	14
SYNAREL.....	48
SYNJARDY TAB 12.5- 1000MG	43
SYNJARDY TAB 12.5-500	43
SYNJARDY TAB 5- 1000MG	43
SYNJARDY TAB 5-500MG	43
SYNJARDY XR TAB 10- 1000	43
SYNJARDY XR TAB 12.5- 1000MG	43
SYNJARDY XR TAB 25- 1000	43
SYNJARDY XR TAB 5- 1000MG	43
SYNRIBO	19
SYNTHROID.....	50
T	
TABLOID	18
TABRECTA.....	22
tacrolimus	57
tacrolimus (topical).....	67
tadalafil	61
TAFINLAR	22
TAGRISSO	22
TALTZ.....	56
TALZENNA	22
tamoxifen citrate	19
tamsulosin hcl.....	53
tarina fe 1/20 eq.....	47
TASIGNA.....	22
tasimelteon	39
tazarotene.....	65
tazicef	16
TAZORAC	65
taztia xt	28
TAZVERIK	22
TDVAX INJ 2-2 LF	57
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	57
tenofovir disoproxil fumarate	13
TEPMETKO	22
terazosin hcl.....	24
terbinafine hcl	13
terbutaline sulfate	62
terconazole vaginal.....	53
TERIPARATIDE.....	45
testosterone	42
testosterone cypionate....	42
testosterone enanthate ...	42
tetrabenazine	40, 41
tetracycline hcl.....	17
THALOMID	19
THEO-24.....	63
theophylline.....	63
thioridazine hcl.....	38
thiothixene	38
tiadylt er	28
tiagabine hcl.....	33
TIBSOVO	22
TICOVAC	57
tigecycline	17
TIGECYCLINE	17
tilia fe	47

<i>timolol maleate</i>	28
<i>timolol maleate (ophth)</i>	60
<i>tinidazole</i>	12
TIVICAY	13
TIVICAY PD	13
<i>tizanidine hcl</i>	41
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	59
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	59
<i>tobramycin</i>	12
<i>tobramycin (ophth)</i>	60
<i>tobramycin sulfate</i>	12
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	59
<i>tolterodine tartrate</i>	53
<i>topiramate</i>	33
<i>toremifene citrate</i>	19
<i>torsemide</i>	29
TOUJEO MAX SOLOSTAR	45
TOUJEO SOLOSTAR	45
TPN ELECTROL INJ	58
TRADJENTA	43
<i>tramadol hcl</i>	11
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	11
<i>trandolapril</i>	24
<i>tranexamic acid</i>	54
<i>tranylcypromine sulfate</i>	35
TRAVASOL INJ 10%	59
<i>travoprost</i>	60
TRAZIMERA	22
<i>trazodone hcl</i>	35
TRECATOR	14
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	61
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	61
<i>treprostинil</i>	30
TRESIBA	45
TRESIBA FLEXTOUCH	45
<i>tretinoin</i>	65
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	19
TREXALL	56
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	68
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	66
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	29
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	29
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	29
TRICARE TAB PRENATAL	59
<i>trientine hcl</i>	46
<i>tri-estarrylla</i>	47
<i>trifluoperazine hcl</i>	38
<i>trifluridine</i>	60
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	36
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	43
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	43
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	43
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	43
TRIKAFTA PAK 59.5MG	63
TRIKAFTA PAK 75MG	63
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	63
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	63
<i>tri-legest fe</i>	48
<i>tri-linyah</i>	48
<i>tri-lo-estarrylla</i>	48
<i>tri-lo-marzia</i>	48
<i>tri-lo-mili</i>	48
<i>tri-lo-sprintec</i>	48
<i>trimethoprim</i>	12
<i>tri-mili</i>	48
<i>trimipramine maleate</i>	35
TRINTELLIX	35
<i>tri-nymyo</i>	48
<i>tri-sprintec</i>	48
TRIUMEQ PD TAB	14
TRIUMEQ TAB	14
<i>trivora-28</i>	48
<i>tri-vylibra</i>	48
<i>tri-vylibra lo</i>	48
TRIZIVIR TAB	14
TROGARZO	14
TROPHAMINE INJ 10%	59
<i>trospium chloride</i>	53
TRULICITY	43
TRUMENBA INJ	57
TRUSELTIQ 100MG DAILY DOSE	22
TRUSELTIQ 125MG DAILY DOSE	22
TRUSELTIQ 50MG DAILY DOSE	22
TRUSELTIQ 75MG DAILY DOSE	22
TRUXIMA	22
TUKYSA	22
TURALIO	22
TWINRIX INJ	57
TYBOST	14
TYPHIM VI	57
TYRVAYA	61
U	
<i>unithroid</i>	50
<i>ursodiol</i>	52
V	
<i>valacyclovir hcl</i>	15
VALCHLOR	67
<i>valganciclovir hcl</i>	15
<i>valproate sodium</i>	33
<i>valproic acid</i>	33
<i>valsartan</i>	26
<i>valsartan- hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	25
<i>valsartan- hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	25
<i>valsartan- hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	26
<i>valsartan- hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	26
<i>valsartan- hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	25
VALTOCO 10 MG DOSE	33
VALTOCO 15 MG DOSE	33
VALTOCO 20 MG DOSE	33
VALTOCO 5 MG DOSE	33
<i>vancomycin hcl</i>	12
VANCOMYCIN INJ 1 GM	12

VANCOMYCIN INJ 500MG	12
VANCOMYCIN INJ 750MG	12
VAQTA	57
varenicline tartrate	42
varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack	42
VARIVAX	57
VASCEPA.....	27
velvet	48
VELPHORO.....	50
VELTASSA	46
VEMLIDY	15
VENCLEXTA	22
VENCLEXTA TAB START PK	22
venlafaxine hcl.....	35
VENTAVIS	30
VENTOLIN HFA.....	62
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	62
verapamil hcl	28
VERQUVO.....	30
VERSACLOZ.....	38
VERZENIO	22
vestura.....	48
V-GO 20 KIT	45
V-GO 30 KIT	45
V-GO 40 KIT	45
VICTOZA	43
vienna	48
vigabatrin	33
vigadronе	33
VIIBRYD KIT STARTER ..	35
vilazodone hcl.....	35
VIMPAT	33
vincristine sulfate	19
vinorelbine tartrate	19
viorele	48
VIRACEPT.....	14
VIREAD	14
VITRAKVI	22
VIVITROL	42
VIZIMPRO	22
VONJO	22
voriconazole	13
VOSEVI TAB	15
VOTRIENT	22
VRAYLAR	38
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	38
vyfemla	48
vylibra	48
VYVANSE.....	39
VYZULTA	60
W	
warfarin sodium	54
water for irrigation, sterile irrigation soln.....	67
WELIREG	19
wera.....	48
X	
XALKORI	22
XARELTO	54
XARELTO STAR TAB 15/20MG	54
XATMEP	56
XCOPRI	33
XCOPRI PAK 100-150....	33
XCOPRI PAK 12.5-25....	33
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE).....	33
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION).....	33
XCOPRI PAK 50-100MG	33
XELJANZ	56
XELJANZ XR	56
XERMELO	52
XGEVA	46
XHANCE	64
XIFAXAN	52
XIGDUO XR TAB 10-1000	44
XIGDUO XR TAB 10-500MG	44
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	44
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	44
XIGDUO XR TAB 5-500MG	44
XIIDRA.....	61
XOLAIR	63
XOSPATA.....	22
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	22
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	22
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	22
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	22
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	22
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	22
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	22
XTANDI	19
xulane	48
XULTOPHY INJ 100/3.6	45
XYREM.....	41
Y	
YF-VAX INJ	57
yuvafem	48
Z	
zafemy	48
zafirlukast	62
ZARXIO	54
ZEJULA	23
ZELBORA F	23
ZEMAIRA	63
zenatane	65
ZENPEP CAP 1000UNT	52
ZENPEP CAP 1500UNT	52
ZENPEP CAP 2000UNT	52
ZENPEP CAP 2500UNT	52
ZENPEP CAP 3000UNIT	52
ZENPEP CAP 4000UNT	52
ZENPEP CAP 5000UNIT	52
ZERVIATE	60
zidovudine	14
ZIEXTENZO	54
ziprasidone hcl	38
ziprasidone mesylate	38
ZIRABEV	23
ZIRGAN	60
zoledronic acid	46
ZOLINZA	23
zolmitriptan	40
zolpidem tartrate	40
ZONISADE	33
zonisamide	33

<i>zovia</i> 1/35	48	ZYCLARA PUMP	67	ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	59
ZTALMY	33	ZYDELIG	23	ZYPITAMAG	27
<i>zumandimine</i>	48	ZYKADIA	23	ZYPREXA RELPREVV ..	38

Este formulario resumido se actualizó el 09/01/2023. 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

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-882-8633. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-882-8633. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-882-8633。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-882-8633。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-882-8633. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-882-8633. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-882-8633 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-882-8633. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-882-8633 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-882-8633. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي سؤال تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مساعدتك. هذه خدمة . سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-800-882-8633 مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-882-8633 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-882-8633. Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-882-8633. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-882-8633. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znajdującego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-882-8633. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-882-8633 にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。