

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 12
H1016_PH272SP-092022_C

Este formulario condensado e integral se actualizó el 05/01/2023. 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 05/01/2023. 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 10. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría

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

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 68. 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 05/01/2023. 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 10. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explica(n) nuestra(s) restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

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

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

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

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

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

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

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

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 68.

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 05/01/2023

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	
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml QL (90 mL / 30 días)	3	QL PA

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

10

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

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

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

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

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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
linezolid TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%	4	
meropenem SOLR 1gm, 500mg	4	

ST - Terapia Escalonada

B/D 12

LA - Disponibilidad Limitada

SI - Selectas Insulinas. No se

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

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

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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

B/D

13

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
EDURANT TABS 25mg	5	
efavirenz CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	4	
emtricitabine CAPS 200mg	3	
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	4	
etravirine TABS 100mg, 200mg	5	
fosamprenavir calcium TABS 700mg	5	
FUZEON SOLR 90mg	5	
INTELENCE TABS 25mg	4	
ISENTRESS CHEW 25mg	4	
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	5	
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	
lamivudine SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3	
LEXIVA SUSP 50mg/ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
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	

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 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 df tab 400-300-300 mg	5	
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg	5	
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg	5	QL
disoproxil fumarate tab 100-150 mg	QL (30 tabs / 30 días)	
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg	5	QL
disoproxil fumarate tab 133-200 mg	QL (30 tabs / 30 días)	
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg	5	QL
disoproxil fumarate tab 167-250 mg	QL (30 tabs / 30 días)	
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg	5	QL
disoproxil fumarate tab 200-300 mg	QL (30 tabs / 30 días)	
EVOTAZ TAB 300-150	5	
GENVOYA TAB	5	
JULUCA TAB 50-25MG	5	
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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, 400mg	3	
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	
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	
EPCLUSIA PAK 150-37.5	5	PA
EPCLUSIA PAK 200-50MG	5	PA
EPCLUSIA TAB 200-50MG	5	PA
EPCLUSIA TAB 400-100	5	PA

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

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	3	QL
AEPB 5mg/blister		
QL (6 inhaladores / año)		
ribavirin (hepatitis c) CAPS 200mg	3	
ribavirin (hepatitis c) TABS 200mg	4	
rimantadine hydrochloride	4	
TABS 100mg		
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 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	
ceprozil SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	3	
ceftazidime SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	4	
ceftriaxone sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	
cefuroxime axetil TABS 250mg, 500mg	3	
cefuroxime sodium SOLR 1.5gm, 750mg	3	
cephalexin CAPS 250mg, 500mg	1	GC

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
cephalexin SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
tazicef SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5	
ERITROMICINAS / MACRÓLIDOS		
azithromycin PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	3	
azithromycin TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	GC
clarithromycin SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	4	
clarithromycin TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	3	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	5	
e.e.s. 400 TABS 400mg	4	
ery-tab TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	4	
erythrocinc stearate TABS 250mg	4	
erythromycin base CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
erythromycin ethylsuccinate TABS 400mg	4	
erythromycin lactobionate SOLR 500mg	4	
FLUOROQUINOLONAS		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	4	
ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w	3	
ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w	3	
ciprofloxacin hcl TABS 100mg	4	
ciprofloxacin hcl TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
levofloxacin SOLN 25mg/ml	4	
levofloxacin TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
levofloxacin in d5w iv soln 250	3	
mg/50ml		
levofloxacin in d5w iv soln 500	3	
mg/100ml		
levofloxacin in d5w iv soln 750	3	
mg/150ml		
moxifloxacin hcl TABS 400mg	4	
PENICILINAS		
amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	1	GC
amoxicillin CHEW 125mg, 250mg	2	GC
amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg	4	
amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg	4	
amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml	3	
amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml	4	
amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml	3	
amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml	3	
amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg	3	
amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg	2	GC
amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg	2	GC
amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg	4	
ampicillin CAPS 500mg	2	GC
ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm	4	
ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm	4	
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm	4	
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm	4	

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

ST - Terapia Escalonada B/D
LA - Disponibilidad Limitada

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> 4 <i>for iv soln</i> 15 (10-5) gm		
<i>ampicillin sodium</i> SOLR 1gm, 4 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg		
<i>BICILLIN L-A SUSY</i> 4 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml		
<i>dicloxacillin sodium</i> CAPS 3 250mg, 500mg		
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 1gm, 4 2gm		
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 10gm 5		
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 1gm, 4 2gm, 10gm		
PEN GK/DEXTR INJ 4 40000/ML		
PEN GK/DEXTR INJ 4 60000/ML		
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 4 5000000unit, 20000000unit		
PENICILLIN G PROCAINE 4 SUSP 600000unit/ml		
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 4 500000unit		
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 2 GC 125mg/5ml, 250mg/5ml		
<i>penicillin v potassium</i> TABS 1 GC 250mg, 500mg		
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 4 20000000unit		
<i>piperacillin sod-tazobactam na</i> 4 <i>for inj</i> 3.375 gm (3-0.375 gm)		
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> 4 <i>sod for inj</i> 2.25 gm (2-0.25 gm)		
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> 4 <i>sod for inj</i> 4.5 gm (4-0.5 gm)		
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> 4 <i>sod for inj</i> 13.5 gm (12-1.5 gm)		
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> 4 <i>sod for inj</i> 40.5 gm (36-4.5 gm)		

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

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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, 4 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
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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
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

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

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 <i>bexarotene</i> CAPS 75mg <i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg <i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	5	LA PA
KISQALI 200 PAK FEMARA QL (49 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 400 PAK FEMARA QL (70 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 600 PAK FEMARA QL (91 tabs / 28 días)	5	QL PA
MATULANE CAPS 50mg <i>SYNRIBO</i> SOLR 3.5mg <i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	5	LA PA
WELIREG TABS 40mg	5	LA PA
MITOTIC INHIBITORS		
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml <i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	4	B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
<i>etoposide</i> SOLN 100mg/5ml, 500mg/25ml	3	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	5	B/D
<i>toposar</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml	3	B/D
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	2	GC B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	4	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg 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
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	5	PA
BOSULIF TABS 100mg, 400mg, 500mg	5	PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	5	LA PA
BRUKINSA CAPS 80mg	5	LA PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
CALQUENCE CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
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 <i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
everolimus TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
everolimus TBSO 2mg QL (150 tabs / 30 días)	5	QL PA
everolimus TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
everolimus TBSO 5mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
EXKIVITY CAPS 40mg	5	LA PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
GAVRETO CAPS 100mg	5	LA PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	5	LA PA
HERCEP HYLEC SOL 60- 10000	5	LA PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	LA PA
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
imatinib mesylate TABS 100mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
imatinib mesylate 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	B/D LA
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	LA PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	LA PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg QL (21 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg QL (42 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg QL (63 tabs / 28 días)	5	QL PA
KRAZATI TABS 200mg	5	LA PA
lapatinib ditosylate TABS 250mg	5	PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

de Falta de Cobertura.

ST - Terapia Escalonada

B/D

21

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA CAP 14 MG QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA CAP 18 MG QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA CAP 24 MG QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LORBRENA TABS 25mg, 100mg	5	LA PA
LUMAKRAS TABS 120mg, 320mg	5	LA PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
LYTGOBI TBPK 4mg	5	LA PA
MEKINIST TABS .5mg, 2mg	5	LA PA
MEKTOVI TABS 15mg	5	LA PA
MONJUVI SOLR 200mg	5	LA PA
MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA
NERLYNX TABS 40mg	5	LA PA
NEXAVAR TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg QL (3 caps / 28 días)	5	QL PA
ODOMZO CAPS 200mg	5	LA PA
OGIVRI SOLR 150mg	5	LA PA
OGIVRI INJ 420MG	5	LA PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	LA PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	5	LA PA
PHESGO SOL	5	LA PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	5	PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	5	PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	5	PA
QINLOCK TABS 50mg	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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 <i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 días)	5	LA PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	5	PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	5	LA PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS .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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

B/D

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

LA - Disponibilidad Limitada

22

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
TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE CPPK 100mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE	5	LA PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	LA PA
TURALIO CAPS 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

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

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

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

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

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

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
benazepril & hydrochlorothiazide tab 5- 6.25mg	1	GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg	1	GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg	1	GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	1	GC
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg	1	GC
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg	1	GC
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg	1	GC
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg	1	GC
lisinopril & hydrochlorothiazide 1 tab 10-12.5 mg	1	GC
lisinopril & hydrochlorothiazide 1 tab 20-12.5 mg	1	GC
lisinopril & hydrochlorothiazide 1 tab 20-25 mg	1	GC
quinapril-hydrochlorothiazide 1 tab 10-12.5 mg	1	GC
quinapril-hydrochlorothiazide 1 tab 20-12.5 mg	1	GC
quinapril-hydrochlorothiazide 1 tab 20-25 mg	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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)		

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 24
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>amlodipine besylate-</i>	1	GC QL
<i>olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>		
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine besylate-</i>	1	GC QL
<i>olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>		
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine besylate-</i>	1	GC QL
<i>olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>		
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	1	GC QL
<i>tab 5-160 mg</i>		
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	1	GC QL
<i>tab 5-320 mg</i>		
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	1	GC QL
<i>tab 10-160 mg</i>		
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	1	GC QL
<i>tab 10-320 mg</i>		
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	1	GC QL
QL (60 tabs / 30 días)		
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>EDARBYCLOR TAB 40-12.5</i>	4	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>EDARBYCLOR TAB 40-25MG</i>	4	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>ENTRESTO TAB 24-26MG</i>	3	
<i>ENTRESTO TAB 49-51MG</i>	3	
<i>ENTRESTO TAB 97-103MG</i>	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	1	GC QL
QL (60 tabs / 30 días)		
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	GC
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 QL (30 tabs / 30 días)
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, 80mg	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	
flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg	3	
MULTAQ TABS 400mg	4	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	4	
pacerone TABS 100mg, 400mg	4	

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 QL (30 tabs / 30 días)	5	QL ST
atorvastatin calcium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
EZALLOR SPRINKLE CPSP 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
fluvastatin sodium CAPS 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	1	GC QL
fluvastatin sodium TB24 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 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
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	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 27
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
metoprolol succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	GC
metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml	4	
metoprolol tartrate TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
nadolol TABS 20mg, 40mg, 80mg	3	

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

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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

PA - Autorización Previa QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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, 1.5mg, 2mg, 2.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
ambrisentan TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
bosentan TABS 62.5mg, 125mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
OPSUMIT TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS 20mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
treprostinil SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	LA PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 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	

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
EPRONTIA SOLN 25mg/ml QL (480 mL / 30 días)	4	QL PA
ethosuximide CAPS 250mg	4	
ethosuximide SOLN 250mg/5ml	3	
felbamate SUSP 600mg/5ml	5	
felbamate TABS 400mg, 600mg	4	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 días)	5	QL LA PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 días)	5	QL PA
FYCOMPA TABS 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 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
gabapentin TABS 600mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
gabapentin TABS 800mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
lacosamide SOLN 200mg/20ml	5	
lacosamide TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
lacosamide TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
lacosamide oral SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 días)	4	QL
lamotrigine CHEW 5mg, 25mg	3	
lamotrigine TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
lamotrigine TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg; TBDP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
levetiracetam SOLN 100mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	3	
levetiracetam SOLN 500mg/5ml	4	
levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml	4	
levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml	4	
levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml	4	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	
oxcarbazepine SUSP 300mg/5ml	4	
oxcarbazepine TABS 150mg, 300mg, 600mg	3	
phenobarbital ELIX 20mg/5ml	4	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
phenobarbital TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	3	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
phenobarbital sodium SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	4	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
PHENYTEK CAPS 200mg, 300mg	4	
phenytoin CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	3	
phenytoin sodium SOLN 50mg/ml	3	
phenytoin sodium extended CAPS 100mg, 200mg, 300mg	3	
pregabalin CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL PA
pregabalin CAPS 200mg QL (90 caps / 30 días)	3	QL PA

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
pregabalin CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL PA
pregabalin SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
primidone TABS 50mg, 250mg	2	GC
roweepra TABS 500mg	3	
rufinamide SUSP 40mg/ml QL (2400 mL / 30 días)	5	QL PA
rufinamide TABS 200mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL PA
rufinamide TABS 400mg QL (240 tabs / 30 días)	5	QL PA
SPRITAM TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 días)	4	QL
SPRITAM TB3D 500mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL
SPRITAM TB3D 750mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
SPRITAM TB3D 1000mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
subvenite TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg QL (60 films / 30 días)	5	QL PA
tiagabine hcl TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	4	
topiramate 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 LIQD 5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml; LQPK 7.5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml	4	
vigabatrin PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
vigabatrin TABS 500mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
vigadrone PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
VIMPAT SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 días)	4	QL
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

33

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
memantine hcl CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml Se aplica PA si tienen menos de 30 años	4	PA
memantine hcl TABS 5mg, 10mg Se aplica PA si tienen menos de 30 años	3	PA
NAMZARIC CAP 7-10MG	4	
NAMZARIC CAP 14-10MG	4	
NAMZARIC CAP 21-10MG	4	
NAMZARIC CAP 28-10MG	4	
NAMZARIC CAP PACK	4	
rivastigmine PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL
rivastigmine tartrate CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	
amoxapine TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	
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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	GC
<i>paroxetine hcl</i> TB24 12.5mg, 25mg, 37.5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	3	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	4	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml	3	
<i>sertraline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	4	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	GC
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	GC
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	
VIBRYD KIT STARTER	4	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml	3	
<i>amantadine hcl</i> TABS 100mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	4	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	4	
<i>carb/levo orally disintegrating</i> tab 10-100mg	4	
<i>carb/levo orally disintegrating</i> tab 25-100mg	4	
<i>carb/levo orally disintegrating</i> tab 25-250mg	4	
<i>carbidopa</i> TABS 25mg	4	
<i>carbidopa & levodopa</i> tab 10- 100 mg	2	GC
<i>carbidopa & levodopa</i> tab 25- 100 mg	2	GC
<i>carbidopa & levodopa</i> tab 25- 250 mg	2	GC
<i>carbidopa & levodopa</i> tab er 25-100 mg	3	
<i>carbidopa & levodopa</i> tab er 50-200 mg	3	
<i>carbidopa-levodopa-</i> entacapone tabs 12.5-50-200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa-</i> entacapone tabs 18.75-75- 200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa-</i> entacapone tabs 25-100-200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa-</i> entacapone tabs 31.25-125- 200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa-</i> entacapone tabs 37.5-150- 200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa-</i> entacapone tabs 50-200-200 mg	4	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	4	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
KYNMOBI FILM 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg QL (150 films / 30 días)	5	QL PA	ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	4		ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 jeringuilla / 56 días)	5	QL
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	2	GC	ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TB24 .375mg, .75mg, 1.5mg, 2.25mg, 3mg, 3.75mg, 4.5mg	4		asenapine maleate SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg, 1mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL	CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	2	GC	chlorpromazine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>ropinirole hydrochloride</i> TB24 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 12mg	4		CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR CONC 30mg/ml, 100mg/ml	4	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	3		<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg QL (270 tabs / 30 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 (120 tabs / 30 días)	4	QL
ANTIPSICÓTICOS			<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg QL (270 tabs / 30 días)	4	PA
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL	<i>clozapine</i> TBDP 100mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg QL (1 inyección / 28 días)	5	QL	<i>clozapine</i> TBDP 200mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL	FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL	FANAPT PAK <i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	4	PA
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL			

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>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		
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 3 50mg/ml, 100mg/ml	3	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	3	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml QL (1 inyección / 180 días)	5	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	4	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml QL (1 jeringuilla / 90 días)	5	QL
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 4 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)		QL
LATUDA TABS 80mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>lurasidone hcl</i> TABS 80mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL LA PA
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg QL (3 viales / 1 día)	4	QL
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>paliperidone</i> TB24 6mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg QL (1 jeringuilla / 30 días)	5	QL
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	4	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg	3	
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 4 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 4 12.5mg, 25mg QL (2 inyecciones / 28 días)		QL

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

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
RISPERDAL CONSTA SRER 5 37.5mg, 50mg QL (2 inyecciones / 28 días)	5	QL
risperidone SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 días)	3	QL
risperidone TABS .25mg,.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	GC
risperidone TBDP 1mg, 2mg, 3mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
risperidone TBDP 4mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
risperidone TBDP .25mg,.5mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 4 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg QL (2 viales / 28 días)	5	QL PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg QL (1 vial / 28 días)	5	QL PA
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD		
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
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

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
 aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

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

SI – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i> QL (1800 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml</i> QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl TABS 20mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl TBCR 10mg, 20mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CAPS 10mg, 20mg, 30mg</i> QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg</i> QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CHEW 10mg, 20mg, 30mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CHEW 40mg, 50mg, 60mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
temazepam CAPS 15mg QL (60 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
zolpidem tartrate TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más después de un suministro de 90 días en un año	2	GC QL PA
MIGRAÑA		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml QL (1 pen / 30 días)	3	QL PA
dihydroergotamine mesylate SOLN 1mg/ml	5	
dihydroergotamine mesylate SOLN 4mg/ml QL (8 mL / 30 días)	5	QL PA
ergotamine w/ caffeine tab 1- 100 mg QL (40 tabs / 28 días)	3	QL PA
naratriptan hcl TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 días)	3	QL
NURTEC TBDP 75mg QL (16 tabs / 30 días)	3	QL PA
rizatriptan benzoate TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg QL (18 tabs / 30 días)	3	QL
sumatriptan SOLN 5mg/act QL (24 units / 30 días)	4	QL
sumatriptan SOLN 20mg/act QL (12 units / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml QL (18 inyecciones / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml QL (12 inyecciones / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
sumatriptan succinate TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (12 tabs / 30 días)	2	GC QL
zolmitriptan TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg QL (12 tabs / 30 días)	4	QL
VARIOS		
AUSTEDO TABS 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
GRALISE TABS 300mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
GRALISE TABS 600mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
INGREZZA CAPS 40mg, 60mg, 80mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
INGREZZA CAP 40-80MG QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
lithium carbonate CAPS 150mg, 300mg, 600mg	1	GC
lithium carbonate TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	2	GC
NUEDEXTA CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
pyridostigmine bromide TABS 60mg	3	
riluzole TABS 50mg	4	
SAVELLA TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
SAVELLA MIS TITR PAK	4	PA
tetrabenazine TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
tetrabenazine TABS 25mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
BAFIERTAM CPDR 95mg QL (120 caps / 30 días)	5	QL LA PA
BETASERON KIT .3mg QL (14 jeringas / 28 días)	5	QL PA
dalfampridine TB12 10mg	3	PA

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i> fingolimod hcl CAPS .5mg QL (28 caps / 28 días)</i>	5	QL PA
<i> glatiramer acetate SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)</i>	5	QL PA
<i> glatiramer acetate SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)</i>	5	QL PA
<i> glatopa SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)</i>	5	QL PA
<i> glatopa SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)</i>	5	QL PA
<i>KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml QL (16 pens / año)</i>	5	QL LA PA
AGENTES PARA LA TERAPIA MUSCULOESQUELETAL		
<i> baclofen TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	3	
<i> cyclobenzaprine hcl TABS 5mg, 10mg Se aplica PA si tienen 70 años o más</i>	3	PA
<i> dantrolene sodium CAPS 25mg, 50mg, 100mg</i>	4	
<i> tizanidine hcl TABS 2mg, 4mg</i>	2	GC
NARCOLEPSIA / CATAPLEJÍA		
<i> armodafinil TABS 50mg QL (60 tabs / 30 días)</i>	3	QL PA
<i> armodafinil TABS 150mg, 200mg, 250mg QL (30 tabs / 30 días)</i>	3	QL PA
<i> modafinil TABS 100mg QL (30 tabs / 30 días)</i>	4	QL PA
<i> modafinil TABS 200mg QL (60 tabs / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml QL (540 mL / 30 días)</i>	5	QL LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i> XYREM SOLN 500mg/ml QL (540 mL / 30 días)</i>	5	QL LA PA
PSICOTERAPÉUTICOS / VARIOS		
<i> acamprosate calcium TBEC 333mg</i>	4	
<i> buprenorphine hcl SUBL 2mg, 8mg QL (90 tabs / 30 días)</i>	3	QL PA
<i> buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)</i>	4	QL
<i> buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)</i>	4	QL
<i> buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)</i>	4	QL
<i> buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv) QL (60 films / 30 días)</i>	4	QL
<i> buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv) QL (90 tabs / 30 días)</i>	2	GC QL
<i> buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv) QL (90 tabs / 30 días)</i>	2	GC QL
<i> bupropion hcl (smoking deterrent) TB12 150mg</i>	3	
<i> disulfiram TABS 250mg, 500mg</i>	3	
<i> naloxone hcl LIQD 4mg/0.1ml</i>	3	
<i> naloxone hcl SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml</i>	2	GC
<i> naltrexone hcl TABS 50mg</i>	3	
<i> NICOTROL INHALER INHA 10mg</i>	4	
<i> NICOTROL NS SOLN 10mg/ml</i>	4	
<i> varenicline tartrate TABS .5mg, 1mg QL (56 tabs / 28 días)</i>	4	QL PA

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack	4	PA
VIVITROL SUSR 380mg	5	
ENDOCRINO Y METABÓLICO ANDRÓGENOS		
oxandrolone TABS 2.5mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
oxandrolone TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
testosterone GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 días)	4	QL PA
testosterone GEL 1.62% QL (150 gm / 30 días)	4	QL PA
testosterone cypionate SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
testosterone enanthate SOLN 200mg/ml	3	PA
ANTIDIABETICS		
acarbose TABS 25mg, 50mg, 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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
GLYXAMBI TAB 10-5 MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
GLYXAMBI TAB 25-5 MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET XR TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET XR TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET XR TAB 100-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JARDIANCE TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JARDIANCE TABS 25mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-850 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

B/D

42

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SYNJARDY XR TAB 5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 10-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 12.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 25-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRADJENTA TABS 5mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml QL (4 pens / 28 días)	3	QL
VICTOZA SOPN 18mg/3ml QL (3 pens / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-500MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
ANTIDIABETICS, INSULINS		
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml SI	3	
BD ALCOHOL SWABS	3	

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D** **43**
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
FIASP FLEX INJ TOUCH SI	3		NOVOLIN R SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
FIASP INJ 100/ML SI	3		NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
FIASP PENFIL INJ U-100 SI	3		NOVOLOG SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
GAUZE PADS 2" X 2"	3		NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml SI	5	B/D	NOVOLOG MIX INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 5 SOPN 500unit/ml SI			NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN SI (brand RELION not covered)	3	
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	3		NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
INSULIN SAFETY NEEDLES	3		OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO QL (1 kit / año)	4	QL PA
INSULIN SYRINGES: BD	3		OMNIPOD 5 G6 MIS PODS QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
LANTUS SOLN 100unit/ml SI	3		OMNIPOD DASH KIT INTRO QL (1 kit / año)	4	QL PA
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml SI	3		OMNIPOD DASH MIS PODS QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
LEVEMIR SOLN 100unit/ml SI	3		OMNIPOD MIS CLASSIC QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
LEVEMIR FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI	3		OMNIPOD PDM KIT CLASSIC QL (1 kit / año)	4	QL PA
LEVEMIR FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml SI	3		SOLIQUA INJ 100/33 QL (5 pens / 25 días) SI	3	QL
NOVOLIN INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3		TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml SI	3	
NOVOLIN INJ 70/30 FP SI (brand RELION not covered)	3				
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3				
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3				

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
risedronate sodium TABS 30mg; TBEC 35mg	4	
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	5	PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	5	PA
zoledronic acid CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	4	B/D
AGENTES QUELANTES		
CHEMET CAPS 100mg	4	
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
chateal	3	
cryselle-28	3	

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
cyred eq	2	GC
dasetta 1/35	3	
dasetta 7/7/7	3	
deblitane TABS .35mg	2	GC
desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)	3	
desogestrel & ethinyl estradiol 2 tab 0.15 mg-30 mcg	2	GC
drospirenone-ethinyl estradiol 3 tab 3-0.02 mg	3	
drospirenone-ethinyl estradiol 3 tab 3-0.03 mg	3	
elinest	3	
eluryng	4	
emoquette	2	GC
empresse-28	2	GC
enskyce	2	GC
errin TABS .35mg	2	GC
estarrylla	2	GC
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg	2	GC
ethynodiol diacetate & ethinyl 3 estradiol tab 1 mg-50 mcg		
etonogestrel-ethinyl estradiol 4 va ring 0.120-0.015 mg/24hr		
falmina	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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
kelnor 1/50	3	
kurvelo	3	
larin 1.5/30	3	
larin 1/20	3	
larin fe 1.5/30	2	GC
larin fe 1/20	2	GC
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
lyleq TABS .35mg	2	GC
lyza TABS .35mg	2	GC
marlissa	3	
medroxyprogesterone acetate 3 (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml		
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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

B/D

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
similiya	3	
sprintec 28	2	GC
sronyx	2	GC
syeda	3	
tarina fe 1/20 eq	2	GC
tilia fe	4	
tri-estarylla	3	
tri-legest fe	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
tri-linyah	3	
tri-lo-estarylla	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, 200mg	4	
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	
estradiol TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	GC

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

QL - Cantidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

B/D

47

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
prednisolone SOLN 15mg/5ml	2	GC B/D
prednisolone sodium phosphate SOLN 5mg/5ml	4	B/D
prednisolone sodium phosphate SOLN 15mg/5ml	2	GC B/D
prednisolone sodium phosphate SOLN 25mg/5ml	3	B/D
prednisone SOLN 5mg/5ml	4	B/D
prednisone TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	2	GC B/D
prednisone TBPK 5mg, 10mg	3	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	4	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	4	
AGENTES PARA ELEVAR LOS NIVELES DE GLUCOSA		
diazoxide SUSP 50mg/ml	5	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	3	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
VARIOS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5	LA PA
betaine powder for oral solution	5	LA
cabergoline TABS .5mg	3	
carglumic acid TBSO 200mg	5	LA PA
CERDELGA CAPS 84mg	5	LA PA
CEREZYME SOLR 400unit	5	LA PA
cinacalcet hcl TABS 30mg QL (60 tabs / 30 días)	4	B/D QL
cinacalcet hcl TABS 60mg QL (60 tabs / 30 días)	5	B/D QL
cinacalcet hcl TABS 90mg QL (120 tabs / 30 días)	5	B/D QL
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	LA PA

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

B/D

48

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

SI – Selectas Insulinas. No se

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5	LA PA
sodium phenylbutyrate POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	5	LA PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	LA PA
AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO		
calcium acetate (phosphate binder) CAPS 667mg	3	QL QL (360 caps / 30 días)
calcium acetate (phosphate binder) TABS 667mg	3	QL QL (360 tabs / 30 días)
sevelamer carbonate PACK 2.4gm	5	QL QL (180 paquetes / 30 días)
sevelamer carbonate PACK .8gm	5	QL QL (540 paquetes / 30 días)
sevelamer carbonate TABS 800mg	4	QL QL (540 tabs / 30 días)
VELPHORO CHEW 500mg	5	QL QL (180 tabs / 30 días)
PROGESTINAS		
medroxyprogesterone acetate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
megestrol acetate SUSP 40mg/ml	3	
megestrol acetate (appetite) SUSP 625mg/5ml	4	PA
norethindrone acetate TABS 5mg	3	
AGENTES TIROIDEOS		
euthyrox TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	GC

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	4	B/D QL (60 caps / 30 días)
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	4	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	4	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	2	GC
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml	3	
<i>metoclopramide hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	GC
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	3	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	3	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml	4	B/D
<i>ondansetron hcl</i> TABS 4mg, 8mg	3	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	4	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	4	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	3	PA Se aplica PA si tienen 70 años o más
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	4	QL PA QL (10 parches / 30 días)
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg	3	
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg, 2mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 3 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	
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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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, 12mg/0.6ml	5	PA
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	

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
INHIPIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
esomeprazole magnesium CPDR 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
lansoprazole CPDR 15mg, 30mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
lansoprazole TBDD 15mg, 30mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL ST
omeprazole CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
pantoprazole sodium SOLR 40mg	4	
pantoprazole sodium TBEC 20mg, 40mg	1	GC
rabeprazole sodium TBEC 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
GENITOURINARIAS		
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA		
alfuzosin hcl TB24 10mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
dutasteride CAPS .5mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
finasteride TABS 5mg	1	GC
silodosin CAPS 4mg, 8mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
tamsulosin hcl CAPS .4mg	2	GC

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

B/D

52

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

SI – Selectas Insulinas. No se

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VARIOS		
acetic acid SOLN .25%	2	GC
bethanechol chloride TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
potassium citrate (alkalinizer) TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	4	
ANTIESPANSMÓDICOS URINARIO		
darifenacin hydrobromide TB24 7.5mg, 15mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST
fesoterodine fumarate TB24 4mg, 8mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
GEMTESA TABS 75mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml QL (300 mL / 28 días)	4	QL
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
oxybutynin chloride SYRP 5mg/5ml; TABS 5mg oxybutynin chloride TB24 5mg QL (30 tabs / 30 días)	3	
oxybutynin chloride TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
solifenacin succinate TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
tolterodine tartrate CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
tolterodine tartrate TABS 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
trospium chloride CP24 60mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
trospium chloride TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate vaginal CREA 2%</i>	3	
<i>metronidazole vaginal GEL .75%</i>	3	
<i>terconazole vaginal CREA .4%, .8%; SUPP 80mg</i>	3	
HEMATOLÓGICOS		
ANTICOAGULANTES		
<i>dabigatran etexilate mesylate CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)</i>	4	QL
<i>ELIQUIS TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)</i>	3	QL
<i>ELIQUIS TABS 5mg QL (74 tabs / 30 días)</i>	3	QL
<i>ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 días)</i>	3	QL
<i>enoxaparin sodium SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium SOLN 2.5mg/0.5ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml</i>	5	
<i>HEP SOD/D5W INJ 20000UNT</i>	3	
<i>HEP SOD/D5W INJ 25000UNT</i>	3	
<i>HEP SOD/NACL INJ 25000UNT</i>	3	
<i>heparin sodium (porcine) SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml</i>	3	B/D
<i>HEPARIN/NACL INJ 25000UNT</i>	3	
<i>jantoven TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg</i>	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>PRADAXA CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)</i>	4	QL
<i>PRADAXA CAPS 110mg QL (120 caps / 30 días)</i>	4	QL
<i>warfarin sodium TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg</i>	1	GC
<i>XARELTO SUSR 1mg/ml QL (620 mL / 30 días)</i>	3	QL
<i>XARELTO TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)</i>	3	QL
<i>XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)</i>	3	QL
<i>XARELTO STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 días)</i>	3	QL
FACTORES DE CRECIMIENTO		
HEMATOPOYÉTICOS		
<i>PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml</i>	3	PA
<i>PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml</i>	5	PA
<i>ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml</i>	5	PA
<i>ZIEXTENZO SOSY 6mg/0.6ml</i>	5	PA
VARIOS		
<i>anagrelide hcl CAPS .5mg, 1mg</i>	4	
<i>BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 días)</i>	5	QL LA PA
<i>cilostazol TABS 50mg, 100mg</i>	2	GC
<i>DOPTELET TABS 20mg</i>	5	LA PA
<i>DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg</i>	3	
<i>ENDARI PACK 5gm</i>	5	LA PA
<i>HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 viales / 30 días)</i>	5	QL LA PA
<i>HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 viales / 30 días)</i>	5	QL LA PA

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 53
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>icitibant acetate SOSY 30mg/3ml</i> QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL PA	ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	5	QL PA QL (16 jeringas / 28 días)
<i>pentoxifylline TBCR 400mg</i>	2	GC	ENBREL SOSY 50mg/ml	5	QL PA QL (8 jeringas / 28 días)
PROMACTA PACK 12.5mg QL (360 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA	ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	5	QL PA QL (8 cartridges / 28 días)
PROMACTA PACK 25mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA	ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	5	QL PA QL (8 pens / 28 días)
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA	HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml	5	QL PA QL (2 jeringas / 28 días)
PROMACTA TABS 50mg, 75mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA	HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	QL PA QL (6 jeringas / 28 días)
sajazir SOSY 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL LA PA	HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	5	PA
<i>tranexamic acid SOLN 1000mg/10ml</i>	4		HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	5	PA
<i>tranexamic acid TABS 650mg</i>	3		HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	QL PA QL (6 pens / 28 días)
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA					
aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg	4		HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml	5	QL PA QL (4 pens / 28 días)
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	3		HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	PA
clopidogrel bisulfate TABS 75mg	1	GC	HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	5	PA
dipyridamole TABS 25mg, 50mg, 75mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	5	PA
prasugrel hcl TABS 5mg, 10mg	3		HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	5	PA
AGENTES INMUNOLÓGICOS AUTOIMMUNE AGENTS					
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml; SOSY 100mg/0.67ml, 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	5	PA	INFliximab SOLR 100mg	5	LA PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml; SOLR 25mg QL (16 viales / 28 días)	5	QL PA	KEVZARA SOAJ 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	5	QL PA QL (2 pens / 28 días)
PA - Autorización Previa QL - Cantidad Limitada					
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente					
ED - Medicamento Excluido GC - Cobertura de Brecha					
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).					
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.					
ST - Terapia Escalonada B/D					
LA - Disponibilidad Limitada SI – Selectas Insulinas. No se					
aplica a AvMed Medicare 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 B/D 54

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

ED - Medicamento Excluido GC - Cobertura de Brecha SI – Selectas Insulinas. No se

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
OTEZLA TAB 10/20/30 QL (110 tabs / año)	5	QL PA
REMICADE SOLR 100mg	5	LA PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	5	LA PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
RINVOQ TB24 45mg QL (112 tabs / año)	5	QL PA
SKYRIZI 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
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	3	
TABS 200mg		
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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** **55**
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
INMUNOGLOBULINAS		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	5	LA PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	PA
GAMASTAN INJ	4	B/D LA
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	5	PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	LA PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 25gm/500ml, 30gm/300ml	5	PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
INMUNOSUPRESORES		
azathioprine TABS 50mg	3	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml;	5	QL LA PA
SOSY 200mg/ml		
QL (8 jeringas / 28 días)		
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	5	LA PA
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	4	B/D
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	B/D
gengraf CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
mycophenolate mofetil CAPS 250mg; TABS 500mg	3	B/D
mycophenolate mofetil SUSR 200mg/ml	5	B/D
mycophenolate sodium TBEC 180mg, 360mg	4	B/D
NULOJIX SOLR 250mg	5	B/D
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D
REZUROCK TABS 200mg	5	LA PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	4	B/D
sirolimus SOLN 1mg/ml	5	B/D
sirolimus TABS .5mg, 1mg, 2mg	4	B/D
tacrolimus CAPS .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
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	
PREHEVBRIOSUSP 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 QL (2 viales por vida)	3	QL
TDVAX INJ 2-2 LF	3	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	3	B/D

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 56
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

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

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 57
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ELECTROLITOS/MINERALS/VITAMINAS, ORAL		
klor-con PACK 20meq	4	
klor-con 8 TBCR 8meq	2	GC
klor-con 10 TBCR 10meq	2	GC
klor-con m10 TBCR 10meq	2	GC
klor-con m15 TBCR 15meq	3	
klor-con m20 TBCR 20meq	2	GC
M-NATAL PLUS TAB	3	
potassium chloride CPCR 8meq, 10meq	3	
potassium chloride PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	4	
potassium chloride TBCR 8meq, 10meq, 20meq	2	GC
potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 20meq	2	GC
potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 15meq	3	
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln	2	GC
TRICARE TAB PRENATAL	3	
NUTRICIÓN IV		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	4	B/D
clinisol sf 15%	4	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
dextrose SOLN 5%, 10%	3	
dextrose SOLN 50%, 70%	3	B/D
FREAMINE III INJ 10%	4	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	4	B/D
plenamine	4	B/D

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PREMASOL SOL 10%	5	B/D
PROCALAMINE INJ 3%	4	B/D
PROSOL INJ 20%	4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	4	B/D
OFTÁLMICO		
CONTRA INFECCIONES / ANTIINFLAMATORIOS		
bacitracin-polymyxin- neomycin-hc ophth oint 1%	3	
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	3	
SOLN .5%		
NATACYN SUSP 5%	4	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt- 10000unt op oin</i>	3	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	3	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	3	
<i>ofloxacin (ophth)</i> SOLN .3%	2	GC
<i>polycin ophth oint</i>	2	GC
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	GC
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	3	
OINT 10%; SOLN 10%		
<i>tobramycin (ophth)</i> SOLN .3%	1	GC
<i>trifluridine</i> SOLN 1%	4	
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTIINFLAMATORIOS		
ALREX SUSP .2%	3	
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	4	
SOLN .09%		
BROMSITE SOLN .075%	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	3	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	2	GC
SOLN .1%		
<i>difluprednate EMUL</i> .05%	4	
EYSUVIS SUSP .25%	4	
FLAREX SUSP .1%	4	
<i>fluorometholone (ophth)</i>	3	
SUSP .1%		
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	3	
ILEVRO SUSP .3%	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .5%	2	GC
LOTEMAX OINT .5%	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	3	
SUSP 1%		
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	
PROLENSA SOLN .07%	3	
ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	3	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	2	GC
SOLN 4%		
<i>olopatadine hcl</i> SOLN .1%	3	
ZERVIATE SOLN .24%	4	
CONTRA EL GLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .1%	3	
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	3	
BETOPTIC-S SUSP .25%	3	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	1	GC
.15%		
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%	4	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	4	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	2	GC
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	2	GC
<i>dorzolamide hcl-timolol</i>	2	GC
<i>maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i>		
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	1	GC
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	2	GC
LUMIGAN SOLN .01%	3	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLN .02%	3	
ROCKLATAN DRO	4	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	3	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG 4 .25%, .5%		
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLN 1 .25%, .5%		GC
travoprost SOLN .004%	4	
VYZULTA SOLN .024%	4	

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

QL - Cantidad Limitada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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)
RESPIRATORIO		
COMBINACIONES DE ANICOLINÉRGICO / BETA AGONISTA		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	QL QL (60 blisters / 30 días)

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
BEVESPI AER 9-4.8MCG QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
BREZTRI AERO AER SPHERE QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) QL (4 inhaladores / 28 días)	3	QL
COMBIVENT AER 20-100 QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml	3	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh QL (30 blisters / 30 días)	3	QL
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
ciproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	3	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
desloratadine TABS 5mg	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
arformoterol tartrate NEBU 15mcg/2ml	4	B/D
formoterol fumarate NEBU 20mcg/2ml	5	B/D
levalbuterol hcl NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	4	B/D
levalbuterol tartrate AERO 45mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
terbutaline sulfate TABS 2.5mg, 5mg	4	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhaladores / 30 días)	3	QL
MODULADORES DE LOS LEUCOTRIENOS		
montelukast sodium CHEW 4mg, 5mg	3	
montelukast sodium PACK 4mg	4	
montelukast sodium TABS 10mg	1	GC
zafirlukast TABS 10mg, 20mg	3	
VARIOS		
acetylcysteine SOLN 10%, 20%	4	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	LA PA
cromolyn sodium NEBU 20mg/2ml	3	B/D

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** **61**
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml (genérico de EpiPen)	3		SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	4	
epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (genérico de Adrenaclick)	3		THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	4	
FASENRA SOSY 30mg/ml	5	LA PA	theophylline ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg	4	
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5	LA PA	theophylline TB24 400mg, 600mg	3	
KALYDECO PACK 25mg, 50mg, 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
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA	XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	5	LA PA
ORKAMBI GRA 75-94MG QL (56 packs / 28 días)	5	QL LA PA	ZEMAIRA SOLR 1000mg	5	LA PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packs / 28 días)	5	QL LA PA	ESTEROIDES NASALES		
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packs / 28 días)	5	QL LA PA	flunisolide (nasal) SOLN .025% QL (3 botellas / 30 días)	3	QL
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA	fluticasone propionate (nasal) SUSP 50mcg/act QL (1 botella / 30 días)	2	GC QL
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA	mometasone furoate (nasal) SUSP 50mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL ST
pirfenidone CAPS 267mg QL (270 caps / 30 días)	5	QL PA	OMNARIS SUSP 50mcg/act QL (1 inhalador / 30 días)	4	QL ST
pirfenidone TABS 267mg QL (270 tabs / 30 días)	5	QL PA	XHANCE EXHU 93mcg/act QL (32 mL / 30 días)	4	QL PA
pirfenidone TABS 534mg, 801mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA	ESTEROIDES INHALADOS		
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	5	LA PA	ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalaciones / 30 días)	3	QL
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	5	PA	budesonide (inhalation) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	4	B/D
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			

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

B/D

62

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

SI – Selectas Insulinas. No se

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
FLOVENT DISKUS AEPB 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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SYMBICORT AER 80-4.5 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
SYMBICORT AER 160-4.5 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
DE USO TÓPICO DERMATOLOGÍA, ACNÉ		
accutane CAPS 10mg, 20mg, 4 30mg, 40mg	4	PA
amnesteem CAPS 10mg, 20mg, 40mg	4	PA
avita CREA .025%; GEL .025% QL (45 gm / 30 días)	4	QL PA
benzoyl peroxide- erythromycin gel 5-3% QL (46.6 gm / 30 días)	4	QL
claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
clindamycin phosphate (topical) GEL 1% QL (75 gm / 30 días)	4	QL
clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
ery PADS 2% QL (60 pledgets / 30 días)	3	QL
erythromycin (acne aid) SOLN 2% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
myorisan CAPS 10mg, 20mg, 4 30mg, 40mg	4	PA
sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10% QL (118 mL / 30 días)	4	QL
tretinoin CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025% QL (45 gm / 30 días)	4	QL PA
zenatane CAPS 10mg, 20mg, 4 30mg, 40mg	4	PA

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
nystop POWD 100000unit/gm	3	QL QL (60 gm / 30 días)
DERMATOLOGÍA, ANTIPOSIÁSICOS		
acitretin CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	4	PA
calcipotriene OINT .005%	4	QL PA QL (120 gm / 30 días)
calcipotriene SOLN .005%	4	QL PA QL (120 mL / 30 días)
calcitrene OINT .005%	4	QL PA QL (120 gm / 30 días)
tazarotene CREA .1%	3	QL PA QL (60 gm / 30 días)
TAZORAC CREA .05%	4	QL PA QL (60 gm / 30 días)
DERMATOLOGÍA, CONTRA LA SEBORREICA		
ketoconazole (topical) SHAM 2%	2	GC QL QL (120 mL / 30 días)
selenium sulfide LOTN 2.5%	2	GC
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
ala-cort CREA 1%	1	GC
ala-cort CREA 2.5%	2	GC
alclometasone dipropionate CREA .05%; OINT .05%	3	QL QL (60 gm / 30 días)
betamethasone dipropionate (topical) CREA .05%	3	QL QL (120 gm / 30 días)
betamethasone dipropionate (topical) LOTN .05%	3	QL QL (120 mL / 30 días)
betamethasone dipropionate (topical) OINT .05%	4	QL QL (120 gm / 30 días)
betamethasone dipropionate augmented CREA .05%	2	GC QL QL (120 gm / 30 días)
betamethasone dipropionate augmented GEL .05%; OINT .05%	4	QL QL (120 gm / 30 días)

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
 aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

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

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>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
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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%</i>	1	GC
<i>hydrocortisone (topical) CREA 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%</i>	2	GC
<i>mometasone furoate CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide (topical) CREA .1% QL (454 gm / 30 días)</i>	2	GC QL
<i>triamcinolone acetonide (topical) CREA .025%, .5%; OINT .025%, .1%, .5%</i>	2	GC
<i>triamcinolone acetonide (topical) LOTN .025%, .1%</i>	3	
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
<i>lidocaine hcl GEL 2% QL (30 mL / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>lidocaine hcl SOLN 4% QL (50 mL / 30 días)</i>	3	QL PA
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5% QL (30 gm / 30 días)</i>	3	QL PA
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LAS MEMBRANAS MUCOSAS		
<i>azelaic acid GEL 15% QL (50 gm / 30 días)</i>	4	QL
<i>bexarotene (topical) GEL 1% QL (60 gm / 30 días)</i>	5	QL PA

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	3	QL
GEL 1%		
QL (1000 gm / 30 días)		
<i>FINACEA FOAM 15%</i>	4	QL
QL (50 gm / 30 días)		
<i>fluorouracil (topical) CREA 5%</i>	4	QL
QL (40 gm / 30 días)		
<i>fluorouracil (topical) SOLN 2%, 5%</i>	3	QL
QL (10 mL / 30 días)		
<i>hydrocortisone (rectal) CREA 2.5%</i>	2	GC
<i>imiquimod CREA 5%</i>	3	QL
QL (24 paquetes / 30 días)		
<i>lactic acid (ammonium lactate) 2 CREA 12%</i>	2	GC
<i>lactic acid (ammonium lactate) 3 LOTN 12%</i>	3	
<i>metronidazole (topical) CREA .75%</i>	4	QL
QL (45 gm / 30 días)		
<i>metronidazole (topical) GEL .75%</i>	3	QL
QL (45 gm / 30 días)		
<i>metronidazole (topical) LOTN .75%</i>	4	QL
QL (59 mL / 30 días)		
<i>NORITATE CREA 1%</i>	5	QL
QL (60 gm / 30 días)		
<i>PANRETIN GEL .1%</i>	5	QL PA
QL (60 gm / 30 días)		
<i>podofilox SOLN .5%</i>	3	QL
QL (7 mL / 28 días)		
<i>procto-med hc CREA 2.5%</i>	3	
<i>procto-pak CREA 1%</i>	3	
<i>proctosol hc CREA 2.5%</i>	3	
<i>proctozone-hc CREA 2.5%</i>	3	
<i>RECTIV OINT .4%</i>	4	QL
QL (30 gm / 30 días)		
<i>tacrolimus (topical) OINT .03%, .1%</i>	4	QL
QL (100 gm / 30 días)		

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>VALCHLOR GEL .016% QL (60 gm / 30 días)</i>	5	QL LA PA
<i>ZYCLARA PUMP CREA 2.5% QL (7.5 gm / 28 días)</i>	5	QL
<i>DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y CONTRA LA PEDICULOSIS</i>		
<i>malathion LOTN .5% QL (59 mL / 30 días)</i>	4	QL
<i>permethrin CREA 5% QL (60 gm / 30 días)</i>	3	QL
<i>DERMATOLOGÍA, AGENTES PARA EL CUIDAD DE HERIDAS</i>		
<i>REGRANEX GEL .01% QL (30 gm / 30 días)</i>	5	QL PA
<i>SANTYL OINT 250unit/gm QL (180 gm / 30 días)</i>	4	QL
<i>sodium chloride (gu irrigant) SOLN .9%</i>	3	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	2	GC
<i>AGENTES PARA LA BOCA / GARGANTA / DENTALES</i>		
<i>cevimeline hcl CAPS 30mg</i>	4	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%</i>	1	GC
<i>clotrimazole TROC 10mg QL (150 losanges / 30 días)</i>	4	QL
<i>lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%</i>	2	GC
<i>nystatin (mouth-throat) SUSP 100000unit/ml</i>	3	
<i>periogard SOLN .12%</i>	1	GC
<i>pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%</i>	3	
<i>VITAMINAS</i>		
<i>COMPLEJO DE VITAMINA B</i>		
<i>cyanocobalamin SOLN 1000mcg/ml</i>	2	ED GC
<i>folic acid TABS 1mg QL (30 tabs / 30 días)</i>	1	ED GC QL

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

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

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

ÍNDICE

A

<i>abacavir sulfate</i>14
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>15
<i>ABELCET</i>13
<i>ABILIFY MAINTENA</i>36
<i>abiraterone acetate</i>19
<i>acamprosate calcium</i>41
<i>acarbose</i>42
<i>accutane</i>63
<i>acebutolol hcl</i>28
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>11
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>11
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>11
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>11
<i>acetazolamide</i>29
<i>acetic acid</i>52
<i>acetic acid (otic)</i>60
<i>acetylcysteine</i>61
<i>acitretin</i>64
<i>ACTHIB INJ</i>56
<i>ACTIMMUNE</i>55
<i>acyclovir</i>15
<i>acyclovir sodium</i>15
<i>ADACEL INJ</i>56
<i>adefovir dipivoxil</i>15
<i>ADEMPAS</i>30
<i>ADRENALIN</i>29
<i>ADVAIR DISKU AER 100/50</i>63
<i>ADVAIR DISKU AER 250/50</i>63
<i>ADVAIR DISKU AER 500/50</i>63
<i>ADVAIR HFA AER 115/21</i>63
<i>ADVAIR HFA AER 230/21</i>63
<i>ADVAIR HFA AER 45/21</i> 63
<i>afirmelle</i>45
<i>AIMOVIG</i>40
<i>ala-cort</i>64
<i>albendazole</i>12
<i>albuterol sulfate</i>61

<i>alclometasone dipropionate</i>	64
<i>ALDURAZYME</i>	48
<i>ALECENSA</i>	20
<i>alendronate sodium</i>	45
<i>alfuzosin hcl</i>	52
<i>aliskiren fumarate</i>	29
<i>allopurinol</i>	10
<i>alosetron hcl</i>	51
<i>ALPHAGAN P</i>	59
<i>alprazolam</i>	30
<i>ALREX</i>	59
<i>altavera</i>	45
<i>ALTOPREV</i>	27
<i>ALUNBRIG</i>	20
<i>ALUNBRIG PAK</i>	20
<i>alyacen 1/35</i>	45
<i>alyacen 7/7/7</i>	45
<i>amabelz</i>	47
<i>amantadine hcl</i>	35
<i>ambrisentan</i>	30
<i>amikacin sulfate</i>	12
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	29
<i>amiloride hcl</i>	29
<i>amiodarone hcl</i>	26
<i>amitriptyline hcl</i>	34
<i>amlodipine besylate</i>	28
<i>amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-10 mg</i>	30
<i>amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-20 mg</i>	30
<i>amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-40 mg</i>	30
<i>amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	25
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	25
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	25
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg</i>	25

<i>amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-10 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-20 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-40 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-80 mg</i>	29
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	25
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	25
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	25
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg</i>	25

amlodipine besylate-	
valsartan tab 10-320 mg25
amlodipine besylate-	
valsartan tab 5-160 mg	25
amlodipine besylate-	
valsartan tab 5-320 mg	25
amnesteem.....	63
amoxapine	34
amoxicillin	17
amoxicillin & k clavulanate	
chew tab 200-28.5 mg.	17
amoxicillin & k clavulanate	
chew tab 400-57 mg....	17
amoxicillin & k clavulanate	
for susp 200-28.5 mg/5ml	
.....	17
amoxicillin & k clavulanate	
for susp 250-62.5 mg/5ml	
.....	17
amoxicillin & k clavulanate	
for susp 400-57 mg/5ml	
.....	17
amoxicillin & k clavulanate	
for susp 600-42.9 mg/5ml	
.....	17
amoxicillin & k clavulanate	
tab 250-125 mg.....	17
amoxicillin & k clavulanate	
tab 500-125 mg.....	17
amoxicillin & k clavulanate	
tab 875-125 mg.....	17
amoxicillin & k clavulanate	
tab er 12hr 1000-62.5 mg	
.....	17
amphetamine-	
dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg.....	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	39
amphetamine-	
dextroamphetamine tab 15 mg	39
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	13
amphotericin b liposome.	13
ampicillin.....	17
ampicillin & sulbactam	
sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm.....	17
ampicillin & sulbactam	
sodium for inj 3 (2-1) gm	17
ampicillin & sulbactam	
sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm.....	17
ampicillin & sulbactam	
sodium for iv soln 15 (10-5) gm.....	18
ampicillin & sulbactam	
sodium for iv soln 3 (2-1) gm	17
ampicillin sodium	18
anagrelide hcl	53
anastrozole	19
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	60
aprepitant.....	50
aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg	50
api.....	45
APTIOM.....	31
APTIVUS.....	14
ARALAST NP	61
aranelle.....	45
ARCALYST.....	55
arformoterol tartrate.....	61
ariPIPRAZOLE	36
ARISTADA.....	36
ARISTADA INITIO	36
armodafinil	41
ARNUITY ELLIPTA.....	62
asenapine maleate	36
aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg.....	54
atazanavir sulfate.....	14
atenolol.....	28
atenolol & chlorthalidone	
tab 100-25 mg	28
atenolol & chlorthalidone	
tab 50-25 mg	28
atomoxetine hcl.....	39
atorvastatin calcium	27
atovaquone	12
atovaquone-proguanil hcl	
tab 250-100 mg	14
atovaquone-proguanil hcl	
tab 62.5-25 mg	14
ATROPINE SULFATE	60
atropine sulfate	
(ophthalmic)	60
ATROVENT HFA	60
aubra eq	45
aurovela 1/20	45
aurovela fe 1.5/30	45
aurovela fe 1/20	45
AUSTEDO	40
AUVELITY TAB 45-105MG	34
aviane	45
avita	63
ayuna	45
AYVAKIT	20
azacitidine	19
azathioprine	56
azelaic acid	65
azelastine hcl	60
azelastine hcl (ophth).....	59
azithromycin.....	17
aztreonam.....	12

azurette.....	45
B	
bacitracin (ophthalmic)....	58
bacitracin-polymyxin b	
 ophth oint	58
bacitracin-polymyxin-	
 neomycin-hc ophth oint	
 1%.....	58
baclofen.....	41
BAFIERTAM	40
balsalazide disodium	51
BALVERSA.....	20
balziva	45
BARACLUDE.....	15
BASAGLAR KWIKPEN...43	
BCG VACCINE	56
BD ALCOHOL SWABS...43	
BELSOMRA.....39	
benazepril &	
 hydrochlorothiazide tab	
 10-12.5 mg.....	24
benazepril &	
 hydrochlorothiazide tab	
 20-12.5 mg.....	24
benazepril &	
 hydrochlorothiazide tab	
 20-25 mg.....	24
benazepril &	
 hydrochlorothiazide tab	
 5-6.25mg.....	24
benazepril hcl	24
BENDEKA	18
BENLYSTA.....56	
benzoyl peroxide-	
 erythromycin gel 5-3% 63	
benztropine mesylate.....35	
BERINERT	53
BESIVANCE	58
BESREMI	20
betaine powder for oral	
 solution.....	48
betamethasone	
 dipropionate (topical)...64	
betamethasone	
 dipropionate augmented	
 64, 65	
betamethasone valerate .65	
BETASERON	40
betaxolol hcl (ophth)	59
bethanechol chloride.....52	
BETOPTIC-S	59
BEVESPI AER 9-4.8MCG	
 60	
bexarotene.....20	
bexarotene (topical).....65	
BEXSERO INJ.....56	
bicalutamide.....19	
BICILLIN L-A.....18	
BIKTARVY TAB 30-120-15	
 MG	15
BIKTARVY TAB 50-200-25	
 MG	15
bisoprolol &	
 hydrochlorothiazide tab	
 10-6.25 mg.....	28
bisoprolol &	
 hydrochlorothiazide tab	
 2.5-6.25 mg.....	28
bisoprolol &	
 hydrochlorothiazide tab	
 5-6.25 mg.....	28
bisoprolol fumarate	28
BIVIGAM.....55	
blisovi fe 1.5/30.....45	
BOOSTRIX INJ.....56	
bortezomib.....20	
BORTEZOMIB	20
bosentan.....30	
BOSULIF	20
BRAFTOVI.....20	
BREO ELLIPTA INH 100-	
 25	63
BREO ELLIPTA INH 200-	
 25	63
BREZTRI AERO AER	
 SPHERE	60
BREZTRI AERO AER	
 SPHERE	
 (INSTITUTIONAL PACK)	
 60	
briellyn	45
BRILINTA	54
brimonidine tartrate.....59	
brinzolamide	59
BRIVIACT	31
bromfenac sodium (ophth)	
 59	
bromocriptine mesylate...35	
BROMSITE	59
BRUKINSA	20
budesonide	51
budesonide (inhalation) ..62	
bumetanide	29
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	11
BYDUREON BCISE.....42	
BYETTA.....42	
C	
cabergoline	48
CABOMETYX	20
calcipotriene.....64	
calcitonin (salmon) spray 45	
calcitrene	64
calcitriol.....50	
calcium acetate (phosphate	
 binder).....49	
CALQUENCE	20
camila	45
candesartan cilexetil	26
candesartan cilexetil-	
 hydrochlorothiazide tab	
 16-12.5 mg.....	25
candesartan cilexetil-	
 hydrochlorothiazide tab	
 32-12.5 mg.....	25
candesartan cilexetil-	
 hydrochlorothiazide tab	
 32-25 mg.....	25

CAPLYTA	36
CAPRELSA	20
captopril	24
carb/levo orally disintegrating tab 10- 100mg	35
carb/levo orally disintegrating tab 25- 100mg	35
carb/levo orally disintegrating tab 25- 250mg	35
carbamazepine	31
carbidopa	35
carbidopa & levodopa tab 10-100 mg.....	35
carbidopa & levodopa tab 25-100 mg.....	35
carbidopa & levodopa tab 25-250 mg.....	35
carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg.....	35
carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg.....	35
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 12.5- 50-200 mg.....	35
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 18.75- 75-200 mg.....	35
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 25-100- 200 mg	35
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 31.25- 125-200 mg.....	35
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 37.5- 150-200 mg.....	35
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 50-200- 200 mg	35
carboplatin	18
carglumic acid.....	48
carteolol hcl (ophth)	59
cartia xt	28
carvedilol	28
caspofungin acetate.....	13
CAYSTON	12
cefaclor.....	16
CEFACLOR ER	16
cefadroxil	16
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	16
cefazolin sodium.....	16
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	16
cefdinir	16
cefepime hcl.....	16
cefixime	16
cefoxitin sodium.....	16
cefpodoxime proxetil.....	16
ceprozil	16
ceftazidime	16
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	16
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	16
ceftriaxone sodium.....	16
cefuroxime axetil.....	16
cefuroxime sodium.....	16
celecoxib.....	10
CELONTIN	31
cephalexin	16, 17
CERDELGA	48
CEREZYME	48
cetirizine hcl	60
cevimeline hcl	66
chateal	45
CHEMET	45
chlorhexidine gluconate (mouth-throat)	66
chloroquine phosphate ..	14
chlorpromazine hcl.....	36
CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR	36
chlorthalidone	29
cholestyramine	27
cholestyramine light	27
choline fenofibrate	27
ciclopirox olamine	64
cilostazol	53
CILOXAN	58
CIMDUO TAB 300-300 ..	15
cinacalcet hcl	48
CIPRO	17
CIPRO HC SUS OTIC ..	60
ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w.....	17
ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w.....	17
ciprofloxacin hcl	17
ciprofloxacin hcl (ophth) ..	58
ciprofloxacin- dexamethasone otic susp 0.3-0.1%.....	60
cisplatin	18
citalopram hydrobromide	34
claravis	63
clarithromycin	17
clindamycin hcl	12
clindamycin palmitate hydrochloride.....	12
clindamycin phosphate ..	12
clindamycin phosphate (topical)	63
clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml	12
clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml	12
clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml	12
clindamycin phosphate vaginal.....	53
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	12
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	12
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	12
CLINIMIX INJ 4.25/D10 ..	58
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	58
CLINIMIX INJ 5%/D15W	58
CLINIMIX INJ 5%/D20W	58
CLINIMIX INJ 6/5	58
CLINIMIX INJ 8/10	58
CLINIMIX INJ 8/14	58
clinisol sf 15%.....	58
CLINOLIPID EMU 20%..	58
clobazam	31
clobetasol propionate.....	65
clobetasol propionate e...	65
clomipramine hcl	34
clonazepam	31
clonidine	30
clonidine hcl	30

<i>clopidogrel bisulfate</i>	54
<i>clorazepate dipotassium</i>	31
<i>clotrimazole</i>	66
<i>clotrimazole (topical)</i>	64
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	64
<i>clozapine</i>	36
COARTEM TAB 20-120MG	14
<i>colchicine</i>	10
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	10
<i>colesevelam hcl</i>	27
<i>colestipol hcl</i>	27
<i>colistimethate sodium</i>	12
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	59
COMBIVENT AER 20-100	60
COMETRIQ (60MG DOSE)	20
COMETRIQ KIT 100MG	20
COMETRIQ KIT 140MG	20
COMPLERA TAB	15
<i>compro</i>	50
<i>constulose</i>	51
COPIKTRA	20
CORLANOR	30
COTELLIC	20
CREON CAP 12000UNT	52
CREON CAP 24000UNT	52
CREON CAP 3000UNIT	.51
CREON CAP 36000UNT	52
CREON CAP 6000UNIT	.52
<i>cromolyn sodium</i>	61
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	51
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	59
<i>cryselle-28</i>	45
<i>cyanocobalamin</i>	66
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	41
<i>cyclophosphamide</i>	18
CYCLOPHOSPHAMIDE	18
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR</i>	18
<i>cycloserine</i>	15
<i>cyclosporine</i>	56
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>	56
<i>cyproheptadine hcl</i>	60
<i>cyred eq</i>	46
CYSTADROPS	60
CYSTAGON	48
CYSTARAN	60
<i>cytarabine</i>	19
D	
D10W/NACL INJ 0.2%	57
D2.5W/NACL INJ 0.45%	.57
D5W/LYTES INJ #48	57
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	53
<i>dalfampridine</i>	40
<i>danazol</i>	47
<i>dantrolene sodium</i>	41
<i>dapsone</i>	12
DAPTACEL INJ	56
<i>daptomycin</i>	12
DAPTOMYCIN	12
<i>darifenacin hydrobromide</i>	52
<i>dasetta 1/35</i>	46
<i>dasetta 7/77</i>	46
DAURISMO	20
DAYVIGO	39
<i>deblitane</i>	46
<i>deferasirox</i>	45
DELESTROGEN	47
DELSTRIGO TAB	15
DENGVAXIA SUS	56
DESCOVY TAB 120-15MG	15
DESCOVY TAB 200/25MG	15
<i>desipramine hcl</i>	34
<i>desloratadine</i>	60
<i>desmopressin acetate</i>	49
<i>desmopressin acetate spray</i>	49
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	49
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	46
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	46
<i>desvenlafaxine succinate</i>	34
<i>dexamethasone</i>	48
DEXAMETHASONE INTENSOL	48
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	48
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>	59
<i>dexamethylphenidate hcl</i>	.39
<i>dextrose</i>	58
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	57
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	.57
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	57
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	.57
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	.57
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	.57
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	.57
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	.57
DIACOMIT	31
<i>diazepam</i>	31
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	31
<i>diazepam inj</i>	31
<i>diazoxide</i>	48
<i>diclofenac potassium</i>	10
<i>diclofenac sodium</i>	10
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	59
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	66
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 50-0.2 mg</i>	10
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 75-0.2 mg</i>	10
<i>dicloxacillin sodium</i>	18
<i>dicyclomine hcl</i>	50
DIFICID	17
<i>diflunisal</i>	10
<i>dilfluprednate</i>	.59
<i>digoxin</i>	30
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	40

DILANTIN	31
DILANTIN INFATABS	31
DILANTIN-125	31
diltiazem hcl.....	28
diltiazem hcl coated beads	28
diltiazem hcl extended release beads.....	28
dilt-xr.....	28
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	56
diphenhydramine hcl.....	61
diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml....	51
diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg.....	51
dipyridamole	54
disopyramide phosphate.....	26
disulfiram	41
divalproex sodium.....	31
docetaxel	20
DOCETAXEL.....	20
dofetilide	26
donepezil hydrochloride..	33
DOPTELET	53
dorzolamide hcl.....	59
dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml	59
dotti.....	47
DOVATO TAB 50-300MG	15
doxazosin mesylate	24
doxepin hcl	34
doxepin hcl (sleep).....	39
doxercalciferol	50
doxorubicin hcl.....	19
doxorubicin hcl liposomal	19
doxy 100.....	18
doxycycline (monohydrate)	18
doxycycline hydiate.....	18
DRIZALMA SPRINKLE	34
dronabinol.....	50
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg	46
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg	46
DROXIA.....	53
droxidopa	30
duloxetine hcl.....	34
DUPIXENT	54
dutasteride.....	52
dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg	52
E	
e.e.s. 400.....	17
ec-naproxen.....	10
EDARBI	26
EDARBYCLOR TAB 40-12.5	25
EDARBYCLOR TAB 40-25MG	25
EDURANT	14
efavirenz	14
efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg	15
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg	15
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg	15
ELIGARD	19
elinest	46
ELIQUIS	53
ELIQUIS STARTER PACK	53
ELLENCE	19
eluryng	46
EMCYT	19
emoquette	46
EMSAM	34
emtricitabine	14
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg	15
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg	15
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg	15
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg	15
EMTRIVA.....	14
EMVERM.....	12
enalapril maleate	24
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg	24
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg	24
ENBREL	54
ENBREL MINI.....	54
ENBREL SURECLICK....	54
ENDARI	53
endocet tab 10-325mg....	11
endocet tab 2.5-325mg...11	11
endocet tab 5-325mg....11	11
endocet tab 7.5-325mg...11	11
ENGERIX-B	56
enoxaparin sodium	53
enpresse-28.....	46
enskyce	46
ENSTILAR AER.....	65
entacapone	35
entecavir	15
ENTRESTO TAB 24-26MG	25
ENTRESTO TAB 49-51MG	25
ENTRESTO TAB 97-103MG	25
enulose	51
EPCLUSA PAK 150-37.5	15
EPCLUSA PAK 200-50MG	15
EPCLUSA TAB 200-50MG	15
EPCLUSA TAB 400-100.	15
EPIDIOLEX	31
epinephrine (anaphylaxis)	30, 62
epitol	31
EPIVIR HBV.....	16
eplerenone	24
EPRONTIA	32
ergocalciferol	67
ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg	40
ERIVEDGE	20
ERLEADA	19
erlotinib hcl.....	20
errin	46
ertapenem sodium	12
ery.....	63

ery-tab	17
ERYTHROCIN	
LACTOBIONATE	17
erythrocin stearate.....	17
erythromycin (acne aid) ..	63
erythromycin (ophth).....	58
erythromycin base	17
erythromycin ethylsuccinate	17
erythromycin lactobionate	17
escitalopram oxalate.....	34
esomeprazole magnesium	52
estarrylla	46
estradiol	47
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	15
ethosuximide	32
ethynodiol diacetate &	
ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg	46
ethynodiol diacetate &	
ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg	46
etodolac	10
etonogestrel-ethinyl	
estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr.....	46
etoposide	20
etravirine.....	14
EULEXIN	19
euthyrox.....	49
everolimus	21
everolimus	
(immunosuppressant) .56	
EVOTAZ TAB 300-150 ...	15
exemestane	19
EXKIVITY	21
EYSUVIS	59
EZALLOR SPRINKLE....	27
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.....	16
famotidine	51
famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml.....	51
FANAPT	36
FANAPT PAK	36
FARXIGA	42
FASENRA	62
FASENRA PEN	62
febuxostat	10
felbamate	32
felodipine	28
femynor.....	46
fenofibrate	27
fenofibrate micronized	27
fentanyl	10
fentanyl citrate	11
fesoterodine fumarate....	52
FETZIMA	34
FETZIMA CAP TITRATIO	34
FIASP FLEX INJ TOUCH44	
FIASP INJ 100/ML	44
FIASP PENFIL INJ U-100	44
FINACEA	66
finasteride	52
fingolimod hcl	41
FINTEPLA	32
flac	60
FLAREX	59
FLEBOGAMMA DIF	55
flecainide acetate.....	26
FLOVENT DISKUS	63
FLOVENT HFA	63
fluconazole	13
fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml	13
fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml	13
flucytosine.....	13
fludrocortisone acetate	48
flunisolide (nasal).....	62
fluocinolone acetonide	65
fluocinolone acetonide (otic)	60
fluocinonide	65
fluocinonide emulsified base	65
fluorometholone (ophth)	59
fluorouracil	19
fluorouracil (topical)	66
fluoxetine hcl	34
fluphenazine decanoate..	36
fluphenazine hcl	37
flurbiprofen	10
flurbiprofen sodium	59
fluticasone propionate	65
fluticasone propionate (nasal)	62
fluvastatin sodium	27
fluvoxamine maleate	30
folic acid	66
fondaparinux sodium	53
formoterol fumarate	61
FORTEO	45
FOSAMAX + D TAB 70-2800	45
FOSAMAX + D TAB 70-5600	45
fosamprenavir calcium...14	
fosinopril sodium	24
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	24
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	24
FOTIVDA	21
FREAMINE III INJ 10%...58	
fulvestrant	19
furosemide	29
furosemide inj	29
FUZEON	14
fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg	48
fyavolv tab 1mg-5mcg....48	
FYCOMPA	32
G	
gabapentin	32

<i>galantamine hydrobromide</i>	33	
GAMASTAN INJ	55	
GAMMAGARD LIQUID	55	
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	55	
GAMMAKED	55	
GAMMAPLEX	55	
GAMUNEX-C	55	
<i>ganciclovir sodium</i>	16	
GARDASIL 9 INJ	56	
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	58	
GATTEX	51	
GAUZE PADS 2	44	
<i>gavilyte-c</i>	51	
<i>gavilyte-g</i>	51	
GAVRETO	21	
<i>gemcitabine hcl</i>	19	
<i>gemfibrozil</i>	27	
GEMTESA	52	
<i>generlac</i>	51	
<i>gengraf</i>	56	
GENOTROPIN	49	
GENOTROPIN MINIQUICK	49	
<i>gentak</i>	58	
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	12	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	12	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	12	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	12	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	12	
<i>gentamicin sulfate</i>	12	
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	58	
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	64	
GENVOYA TAB	15	
GILOTrif	21	
<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 2.5-250 mg</i>	42	
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	42	
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	42	
<i>glycopyrrolate</i>	50	
<i>glydo</i>	65	
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	42	
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	42	
GOLYTELY SOL	51	
GRALISE	40	
<i>granisetron hcl</i>	50	
<i>griseofulvin microsize</i>	13	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	13	
<i>guanfacine hcl</i>	30	
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	39	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	48	
GVOKE KIT	48	
GVOKE PFS	48	
H		
HAEGARDA	53	
<i>hailey 1.5/30</i>	46	
<i>halobetasol propionate</i>	65	
<i>haloperidol</i>	37	
<i>haloperidol decanoate</i>	37	
<i>haloperidol lactate</i>	37	
HARVONI PAK 33.75-150MG	16	
HARVONI PAK 45-200MG	16	
HARVONI TAB 45-200MG	16	
HARVONI TAB 90-400MG	16	
HAVRIX	56	
<i>heather</i>	46	
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	53	
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	53	
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	53	
<i>heparin sodium (porcine)</i>	53	
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	53	
HEPLISAV-B	56	
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	21	
HERCEPTIN	21	
HERZUMA	21	
HIBERIX	56	
HUMIRA	54	
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	54	
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D	54	
HUMIRA PEN	54	
HUMIRA PEN KIT PS/UV	54	
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	54	
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S	54	
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	54	
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>	10	
<i>hydrocodone-acetaminophen soln</i>	7.5-325 mg/15ml	11
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	10-325 mg	11
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	5-325 mg	11
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	7.5-325 mg	11
<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i>	7.5-200 mg	11
<i>hydrocortisone</i>	48	
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	51	
<i>hydrocortisone (rectal)</i>	66	
<i>hydrocortisone (topical)</i>	65	
<i>hydromorphone hcl</i>	11	
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	55	
<i>hydroxyurea</i>	20	

hydroxyzine hcl.....	61
hydroxyzine pamoate.....	61
HYSINGLA ER.....	10
I	
ibandronate sodium	45
IBRANCE.....	21
ibu.....	10
ibuprofen.....	10
icatibant acetate.....	54
iclevia.....	46
ICLUSIG.....	21
IDHIFA.....	21
ILEVRO	59
imatinib mesylate.....	21
IMBRUVICA.....	21
imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg.....	12
imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg.....	12
imipramine hcl	34
imiquimod.....	66
IMOVAZ RABIES (H.D.C.V.)	56
incassia.....	46
INCRELEX.....	49
INCRUSE ELLIPTA	60
indapamide	29
INFANRIX INJ	56
INFLIXIMAB.....	54
INGREZZA	40
INGREZZA CAP 40-80MG	40
INLYTA	21
INQOVI TAB 35-100MG .19	
INREBIC	21
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	44
INSULIN SAFETY NEEDLES	44
INSULIN SYRINGES: BD	44
INTELENCE	14
INTRALIPID.....	58
INTRON A	55
introvale.....	46
INVEGA HAFYERA	37
INVEGA SUSTENNA.....	37
INVEGA TRINZA	37
IPOL INJ INACTIVE.....	56
ipratropium bromide.....	60
ipratropium bromide (nasal)	60
ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml 60	
irbesartan.....	26
irbesartan- hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg	25
irbesartan- hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg	25
IRESSA	21
irinotecan hcl.....	20
ISENTRESS	14
ISENTRESS HD	14
isibloom	46
ISOLYTE-P INJ /D5W.....	57
ISOLYTE-S INJ.....	57
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	57
isoniazid.....	15
ISOPTO ATROPINE	60
isosorbide dinitrate.....	30
isosorbide mononitrate	30
isotretinoin	63
isradipine	28
itraconazole	13
ivermectin	12
IXIARO INJ	56
J	
JAIFI	21
jantoven	53
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	42
jasmiel	46
javygtor.....	49
JAYPIRCA	21
JENTADUETO TAB 2.5- 1000	42
JENTADUETO TAB 2.5- 500	42
JENTADUETO TAB 2.5- 850	42
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	42
JENTADUETO TAB XR 5- 1000MG	42
jinteli	48
jolessa	46
juleber.....	46
JULUCA TAB 50-25MG ..	15
junel 1.5/30	46
junel 1/20	46
junel fe 1.5/30	46
junel fe 1/20	46
K	
KADCYLA	21
KALYDECO	62
KANJINTI.....	21
kariva	46
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	57
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj	57
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	57
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	57
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	57
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj	57
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj	57
kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	57
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	57
kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj	57
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	57
kelnor 1/35.....	46
kelhor 1/50.....	46
KERENDIA	24

KESIMPTA	41
<i>ketoconazole</i>	13
<i>ketoconazole (topical)</i>	64
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	59
KEVZARA.....	54
KEYTRUDA	21
KINRIX INJ	56
KISQALI 200 DOSE.....	21
KISQALI 200 PAK FEMARA	20
KISQALI 400 DOSE.....	21
KISQALI 400 PAK FEMARA	20
KISQALI 600 DOSE.....	21
KISQALI 600 PAK FEMARA	20
<i>klor-con</i>	58
<i>klor-con 10</i>	58
<i>klor-con 8</i>	58
<i>klor-con m10</i>	58
<i>klor-con m15</i>	58
<i>klor-con m20</i>	58
KORLYM	49
KRAZATI	21
<i>kurvelo</i>	46
KYNMOBI	36
L	
<i>labetalol hcl</i>	28
<i>lacosamide</i>	32
<i>lacosamide oral</i>	32
<i>lactated ringer's solution</i>	57
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	66
<i>lactulose</i>	51
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	51
<i>lamivudine</i>	14
<i>lamivudine (hbv)</i>	16
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	15
<i>lamotrigine</i>	32
<i>lansoprazole</i>	52
LANTUS	44
LANTUS SOLOSTAR	44
<i>lapatinib ditosylate</i>	21
<i>larin 1.5/30</i>	46
<i>larin 1/20</i>	46
<i>larin fe 1.5/30</i>	46
<i>larin fe 1/20</i>	46
<i>latanoprost</i>	59
LATUDA	37
<i>leena</i>	46
<i>leflunomide</i>	55
<i>lenalidomide</i>	19
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	21
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	22
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	22
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	21
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	21
LENVIMA CAP 14 MG	22
LENVIMA CAP 18 MG	22
LENVIMA CAP 24 MG	22
<i>lessina</i>	46
<i>letrozole</i>	19
<i>leucovorin calcium</i>	23
LEUKERAN	18
<i>leuprolide acetate</i>	19
<i>levalbuterol hcl</i>	61
<i>levalbuterol tartrate</i>	61
LEVEMIR	44
LEVEMIR FLEXPEN.....	44
LEVEMIR FLEXTOUCH .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>	59
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	49
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	61
<i>levofloxacin</i>	17
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	17
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	17
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	17
levonest	46
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	46
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	46
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	46
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125- 30mg-mcg</i>	46
<i>levora 0.15/30-28</i>	46
<i>levo-t</i>	50
<i>levothyroxine sodium</i>	50
<i>levoxyl</i>	50
LEXIVA	14
<i>lidocaine</i>	65
<i>lidocaine hcl</i>	65
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	12
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	66
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	65
<i>illow</i>	46
<i>linezolid</i>	12
<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml- 0.9%</i>	12
LINZESS	51
<i>liothyronine sodium</i>	50
<i>lisinopril</i>	24
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	24
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	24
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	24
<i>lithium carbonate</i>	40
LIVALO	27
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	46
<i>loestrin 1/20-21</i>	46
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	46
<i>loestrin fe 1/20</i>	46
LOKELMA	45

LONSURF TAB 15-6.14 .19	
LONSURF TAB 20-8.19 .19	
loperamide hcl	51
lopinavir-ritonavir soln 400-	
100 mg/5ml (80-20	
mg/ml)	15
lopinavir-ritonavir tab 100-	
25 mg	15
lopinavir-ritonavir tab 200-	
50 mg	15
lorazepam.....	31
lorazepam intensol.....	31
LORBRENA.....	22
loryna.....	46
losartan potassium.....	26
losartan potassium &	
hydrochlorothiazide tab	
100-12.5 mg.....	25
losartan potassium &	
hydrochlorothiazide tab	
100-25 mg.....	25
losartan potassium &	
hydrochlorothiazide tab	
50-12.5 mg.....	25
LOTEMAX	59
lovastatin	27
low-ogestrel	46
loxapine succinate	37
LUMAKRAS.....	22
LUMIGAN	59
LUMIZYME	49
LUPRON DEPOT (1-	
MONTH).....	19
LUPRON DEPOT (3-	
MONTH).....	19
LUPRON DEPOT-PED (1-	
MONTH	49
LUPRON DEPOT-PED (3-	
MONTH	49
lurasidone hcl	37
lutera.....	46
lyleq	46
lyllana	48
LYNPARZA.....	22
LYSODREN.....	19
LYTGOBI	22
lyza	46
M	
magnesium sulfate.....	57
MAGNESIUM SULFATE	57
<i>magnesium sulfate in</i>	
<i>dextrose 5% iv soln 1</i>	
<i>gm/100ml</i>	57
<i>malathion</i>	66
<i>maraviroc</i>	14
<i>marlissa</i>	46
<i>MARPLAN</i>	34
<i>MATULANE</i>	20
<i>matzim la</i>	28
<i>MAVYRET PAK 50-20MG</i>	
.....	16
<i>MAVYRET TAB 100-40MG</i>	
.....	16
<i>meclizine hcl</i>	50
<i>medroxyprogesterone</i>	
<i>acetate</i>	49
<i>medroxyprogesterone</i>	
<i>acetate (contraceptive)</i>	46
<i>mefloquine hcl.....</i>	14
<i>megestrol acetate</i>	19, 49
<i>megestrol acetate</i>	
<i>(appetite)</i>	49
<i>MEKINIST</i>	22
<i>MEKTOVI</i>	22
<i>meloxicam</i>	10
<i>memantine hcl</i>	34
<i>MENACTRA INJ</i>	56
<i>MENQUADFI INJ</i>	56
<i>MENVEO INJ.....</i>	56
<i>MENVEO SOL</i>	56
<i>mercaptopurine</i>	19
<i>meropenem</i>	12
<i>mesalamine</i>	51
<i>mesalamine w/ cleanser</i>	51
<i>MESNEX</i>	23
<i>metadate er</i>	39
<i>metformin hcl</i>	42, 43
<i>methadone hcl</i>	10
<i>methadone hydrochloride i</i>	
.....	10
<i>methazolamide</i>	29
<i>methenamine hippurate</i>	13
<i>methimazole</i>	50
<i>methotrexate sodium</i>	19, 55
<i>methylphenidate hcl</i>	39
<i>methylprednisolone</i>	48
<i>methylprednisolone acetate</i>	
.....	48
<i>methylprednisolone sod</i>	
<i>succ.....</i>	48
metoclopramide hcl.....	50
metolazone	29
metoprolol &	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>100-25 mg</i>	28
metoprolol &	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>100-50 mg</i>	28
metoprolol &	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>50-25 mg</i>	28
metoprolol succinate.....	28
metoprolol tartrate.....	28
metronidazole	13
metronidazole (topical)	66
metronidazole vaginal.....	53
metyrosine	30
MG SO4/D5W INJ	
10MG/ML	57
micafungin sodium.....	13
microgestin 1.5/30	46
microgestin 1/20	46
microgestin fe 1.5/30	46
microgestin fe 1/20	46
midodrine hcl	30
miglustat	49
mili	46
mimvey	48
minocycline hcl	18
minoxidil	30
mirtazapine	34
misoprostol	51
MITIGARE	10
M-M-R II INJ	56
M-NATAL PLUS TAB	58
modafinil	41
moexipril hcl	24
molindone hcl	37
mometasone furoate	65
mometasone furoate	
<i>(nasal)</i>	62
MONJUVI.....	22
mono-linyah	46
montelukast sodium	61
morphine sulfate	11
MORPHINE SULFATE	11
MORPHINE	
<i>SULFATE/SODIUM C.</i>	11
MOVANTIK	51
moxifloxacin hcl	17

<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	59
MULTAQ	26
<i>mupirocin</i>	64
MVASI	22
<i>mycophenolate mofetil</i>	56
<i>mycophenolate sodium</i>	56
<i>myorisan</i>	63
MYRBETRIQ	52
N	
<i>nabumetone</i>	10
<i>nadolol</i>	28
<i>nafcillin sodium</i>	18
NAGLAZYME	49
<i>nalbuphine hcl</i>	11
<i>naloxone hcl</i>	41
<i>naltrexone hcl</i>	41
NAMZARIC CAP 14-10MG	34
NAMZARIC CAP 21-10MG	34
NAMZARIC CAP 28-10MG	34
NAMZARIC CAP 7-10MG	34
NAMZARIC CAP PACK	34
<i>naproxen</i>	10
<i>naproxen sodium</i>	10
<i>naratriptan hcl</i>	40
NATACYN	59
<i>nateglinide</i>	43
NATPARA	45
NAYZILAM	32
<i>nebivolol hcl</i>	28
<i>necon 0.5/35-28</i>	46
<i>nefazodone hcl</i>	34
<i>neomycin sulfate</i>	13
<i>neomycin-bacitrac zn-polomyx 5(3.5)mg-400unt-1000unt op oin</i>	59
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	59
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	58
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	58
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	58
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	60
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	60
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-1000unt op oin</i>	59
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	58
NERLYNX	22
NEUPRO	36
<i>nevirapine</i>	14
NEXAVAR	22
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	27
<i>nicardipine hcl</i>	29
NICOTROL INHALER	41
NICOTROL NS	41
<i>nifedipine</i>	29
<i>nikki</i>	46
<i>nilutamide</i>	19
<i>nimodipine</i>	29
NINLARO	22
<i>nisoldipine</i>	29
<i>nitazoxanide</i>	13
<i>nitisinone</i>	49
NITRO-BID	30
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	13
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	13
<i>nitroglycerin</i>	30
<i>nizatidine</i>	51
<i>nora-be</i>	46
<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>	49
<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	66
<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 7/7/7</i>	47
<i>nortriptyline hcl</i>	34, 35
NORVIR	14
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
NOXAFIL	13
NUBEQA	19
NUEDEXTA CAP 20-10MG	40
NULOJIX	56
NUPLAZID	37
NURTEC	40
NUTRILIPID	58
NUZYRA	18
<i>nyamyc</i>	64

<i>nylia</i> 1/35	47
<i>nylia</i> 7/7/7	47
NYMALIZE	29
<i>nymyo</i>	47
<i>nystatin</i>	13
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	66
<i>nystatin (topical)</i>	64
<i>nystop</i>	64
O	
<i>ocella</i>	47
OCTAGAM	55
<i>octreotide acetate</i>	49
ODEFSEY TAB.....	15
ODOMZO	22
OFEV.....	62
<i>ofloxacin (ophth)</i>	59
<i>ofloxacin (otic)</i>	60
OGIVRI	22
OGIVRI INJ 420MG	22
<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>olmesartanamlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 20-5-12.5 mg.....	25
<i>olmesartanamlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 40-10-12.5 mg.....	25
<i>olmesartanamlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 40-10-25 mg.....	26
<i>olmesartanamlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 40-5-12.5 mg.....	25
<i>olmesartanamlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 40-5-25 mg.....	25
<i>olopatadine hcl</i>	59
<i>olopatadine hcl (nasal)</i>	61
<i>omeprazole</i>	52
OMNARIS	62
OMNIPOD 5 G6 KIT	
INTRO	44
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	
.....	44
OMNIPOD DASH KIT	
INTRO	44
OMNIPOD DASH MIS	
PODS	44
OMNIPOD MIS CLASSIC	
.....	44
OMNIPOD PDM KIT	
CLASSIC.....	44
<i>ondansetron</i>	50
<i>ondansetron hcl</i>	50
ONTRUZANT.....	22
ONUREG	19
OPSUMIT	30
ORGOVYX	19
ORKAMBI GRA 100-125	62
ORKAMBI GRA 150-188	62
ORKAMBI GRA 75-94MG	
.....	62
ORKAMBI TAB 100-125	62
ORKAMBI TAB 200-125	62
ORSERDU.....	19
<i>oseltamivir phosphate</i>	16
OTEZLA.....	54
OTEZLA TAB 10/20/30	55
<i>oxacillin sodium</i>	18
<i>oxaliplatin</i>	18, 19
<i>oxandrolone</i>	42
<i>oxaprozin</i>	10
<i>oxcarbazepine</i>	32
<i>oxybutynin chloride</i>	52
<i>oxycodone hcl</i>	11, 12
<i>oxycodone w/</i>	
<i>acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i>	12
<i>oxycodone w/</i>	
<i>acetaminophen tab 2.5-</i> <i>325 mg</i>	12
<i>oxycodone w/</i>	
<i>acetaminophen tab 5-325</i> <i>mg</i>	12
<i>oxycodone w/</i>	
<i>acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i>	12
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	43
OZEMPIC (1MG/DOSE) .43	
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML	43
P	
<i>pacerone</i>	26, 27
<i>paclitaxel</i>	20
<i>paclitaxel protein-bound</i> <i>particles for iv susp</i> 100 <i>mg</i>	20
<i>paliperidone</i>	37
<i>pamidronate disodium</i> ...45	
PAMIDRONATE	
DISODIUM	45
PANRETIN.....	66
<i>pantoprazole sodium</i>52	
PANZYGA.....	55
<i>paraplatin</i>	19
<i>paricalcitol</i>	50
<i>paromomycin sulfate</i>13	
<i>paroxetine hcl</i>	35
PEDIARIX INJ 0.5ML.....56	
PEDVAX HIB	56
peg 3350-kcl-na bicarb- nacl-na sulfate for soln 236 gm	51
peg 3350-kcl-sod bicarb- nacl for soln 420 gm...51	
PEGASYS.....	16
PEMAZYRE	22
<i>pemetrexed disodium</i>19	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	18
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	18
<i>penicillamine</i>	45
<i>penicillin g potassium</i>18	
PENICILLIN G PROCAINE	
.....	18
<i>penicillin g sodium</i>	18
<i>penicillin v potassium</i>18	
PENTACEL INJ	56
<i>pentamidine isethionate inh</i>	13
<i>pentamidine isethionate inj</i>	13
pentoxifylline	54
perindopril erbumine	24
periogard	66
permethrin.....	66
perphenazine	37
PERSERIS.....	37

<i>pfizerpen</i>	18
<i>phenelzine sulfate</i>	35
<i>phenobarbital</i>	32
<i>phenobarbital sodium</i>	32
<i>PHENYTEK</i>	32
<i>phenytoin</i>	32
<i>phenytoin sodium</i>	32
<i>phenytoin sodium extended</i>	32
<i>PHESGO SOL</i>	22
<i>philith</i>	47
<i>phytonadione</i>	67
<i>PIFELTRO</i>	14
<i>pilocarpine hcl</i>	59
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	66
<i>pimozide</i>	37
<i>pimtrea</i>	47
<i>pindolol</i>	28
<i>pioglitazone hcl</i>	43
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	18
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	18
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	18
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	18
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	18
<i>PIQRAY 200MG DAILY DOSE</i>	22
<i>PIQRAY 250MG TAB DOSE</i>	22
<i>PIQRAY 300MG DAILY DOSE</i>	22
<i>pirfenidone</i>	62
<i>permella 1/35</i>	47
<i>piroxicam</i>	10
<i>PLASMA-LYTE INJ -148</i>	57
<i>PLASMA-LYTE INJ -A</i>	57
<i>plenamine</i>	58
<i>PLENVU SOL</i>	51
<i>podofilox</i>	66
<i>polycin ophth oint</i>	59
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	59
<i>POMALYST</i>	19
<i>portia-28</i>	47
<i>posaconazole</i>	13
<i>POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ</i>	57
<i>POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ</i>	57
<i>POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ</i>	57
<i>potassium chloride</i>	57, 58
<i>POTASSIUM CHLORIDE</i>	57
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	57
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	58
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	52
<i>PRADAXA</i>	53
<i>PRALUENT</i>	27
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	36
<i>prasugrel hcl</i>	54
<i>pravastatin sodium</i>	27
<i>praziquantel</i>	13
<i>prazosin hcl</i>	24
<i>prednisolone</i>	48
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	59
<i>PREDNISOLONE SODIUM PHOSP</i>	59
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	48
<i>prednisone</i>	48
<i>PREDNISONE INTENSOL</i>	48
<i>pregabalin</i>	32, 33
<i>PREHEVBARIO</i>	56
<i>PREMASOL SOL 10%</i>	58
<i>PRENATAL TAB 27-1MG</i>	58
<i>PRENATAL TAB PLUS</i>	58
<i>prevalite</i>	27
<i>PREVYMIS</i>	16
<i>PREZCOBIX TAB 800-150</i>	15
<i>PREZISTA</i>	14
<i>PRIFTIN</i>	15
<i>primaquine phosphate</i>	14
<i>PRIMAQUINE PHOSPHATE</i>	14
<i>primidone</i>	33
<i>PRIORIX INJ</i>	56
<i>PRIVIGEN</i>	55
<i>probenecid</i>	10
<i>PROCALAMINE INJ 3%</i>	58
<i>prochlorperazine</i>	50
<i>prochlorperazine edisylate</i>	50
<i>prochlorperazine maleate</i>	50
<i>PROCRIT</i>	53
<i>procto-med hc</i>	66
<i>procto-pak</i>	66
<i>proctosol hc</i>	66
<i>protozone-hc</i>	66
<i>PROGRAF</i>	56
<i>PROLASTIN-C</i>	62
<i>PROLENSA</i>	59
<i>PROLIA</i>	45
<i>PROMACTA</i>	54
<i>promethazine hcl</i>	50
<i>propafenone hcl</i>	27
<i>proparacaine hcl</i>	60
<i>propranolol hcl</i>	28
<i>propylthiouracil</i>	50
<i>PROQUAD INJ</i>	56
<i>PROSOL INJ 20%</i>	58
<i>protriptyline hcl</i>	35
<i>PULMICORT FLEXHALER</i>	63
<i>PULMOZYME</i>	62
<i>PURIXAN</i>	19
<i>pyrazinamide</i>	15
<i>pyridostigmine bromide</i>	40
<i>Q</i>	
<i>QINLOCK</i>	22
<i>QUADRACEL INJ</i>	56
<i>QUADRACEL INJ 0.5ML</i>	56
<i>quetiapine fumarate</i>	37
<i>quinapril hcl</i>	24
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	24

<i>quinapril-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>20-12.5 mg</i>	24
<i>quinapril-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>20-25 mg</i>	24
<i>quinidine sulfate</i>	27
<i>quinine sulfate</i>	14
R	
<i>RABAVERT INJ</i>	56
<i>rabeprazole sodium</i>	52
<i>raloxifene hcl</i>	49
<i>ramipril</i>	24
<i>ranolazine</i>	30
<i>rasagiline mesylate</i>	36
<i>RAYALDEE</i>	50
<i>reclipsen</i>	47
<i>RECOMBIVAX HB</i>	56
<i>RECTIV</i>	66
<i>REGRANEX</i>	66
<i>RELENZA DISKHALER</i>	16
<i>RELISTOR</i>	51
<i>REMICADE</i>	55
<i>RENFLEXIS</i>	55
<i>repaglinide</i>	43
<i>RESTASIS</i>	60
<i>RESTASIS MULTIDOSE</i>	60
<i>RETEVMO</i>	22
<i>REVLIMID</i>	19
<i>REXULTI</i>	37
<i>REYATAZ</i>	14
<i>REZLIDHIA</i>	22
<i>REZUROCK</i>	56
<i>RHOPRESSA</i>	59
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	16
<i>rifabutin</i>	15
<i>rifampin</i>	15
<i>riluzole</i>	40
<i>rimantadine hydrochloride</i>	
.....	16
<i>RINVOQ</i>	55
<i>risedronate sodium</i>	45
<i>RISPERDAL CONSTA</i>	37,
38	
<i>risperidone</i>	38
<i>ritonavir</i>	14
<i>rivastigmine</i>	34
<i>rivastigmine tartrate</i>	34
<i>rizatriptan benzoate</i>	40
<i>ROCKLATAN DRO</i>	59
<i>roflumilast</i>	62
<i>ropinirole hydrochloride</i>	36
<i>rosuvastatin calcium</i>	27
<i>ROTARIX SUS</i>	56
<i>ROTATEQ SOL</i>	56
<i>roweepra</i>	33
<i>ROZLYTREK</i>	22
<i>RUBRACA</i>	22
<i>rufinamide</i>	33
<i>RUKOBIA</i>	14
<i>RYBELSUS</i>	43
<i>RYDAPT</i>	22
S	
<i>sajazir</i>	54
<i>SANDIMMUNE</i>	56
<i>SANTYL</i>	66
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	
.....	49
<i>SAVELLA</i>	40
<i>SAVELLA MIS TITR PAK</i>	
.....	40
<i>SCEMBLIX</i>	22
<i>scopolamine</i>	50
<i>SECUADO</i>	38
<i>selegiline hcl</i>	36
<i>selenium sulfide</i>	64
<i>SELZENTRY</i>	14
<i>SEREVENT DISKUS</i>	61
<i>sertraline hcl</i>	35
<i>setlakin</i>	47
<i>sevelamer carbonate</i>	49
<i>sharobel</i>	47
<i>SHINGRIX</i>	56
<i>SIGNIFOR</i>	49
<i>sildenafil citrate</i>	60
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i>	
.....	30
<i>silodosin</i>	52
<i>silver sulfadiazine</i>	64
<i>SIMBRINZA SUS 1-0.2%</i>	59
<i>simliya</i>	47
<i>simvastatin</i>	27
<i>sirolimus</i>	56
<i>SIRTURO</i>	15
<i>SIVEXTRO</i>	13
<i>SKYRIZI</i>	55
<i>SKYRIZI PEN</i>	55
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	
.....	51
<i>sodium chloride</i>	57
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	66
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	58
SODIUM OXYBATE	41
<i>sodium phenylbutyrate</i>	49
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	45
<i>solifenacin succinate</i>	52
<i>SOLIQUA INJ 100/33</i>	44
<i>SOLTAMOX</i>	19
<i>SOLU-CORTEF</i>	48
<i>SOMATULINE DEPOT</i>	49
<i>SOMAVERT</i>	49
<i>sorafenib tosylate</i>	22
<i>sorine</i>	27
<i>sotalol hcl</i>	27
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	27
<i>spironolactone</i>	24
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	
.....	29
<i>sprintec 28</i>	47
<i>SPRITAM</i>	33
<i>SPRYCEL</i>	22
<i>sps</i>	45
<i>sronyx</i>	47
<i>ssd</i>	64
<i>stavudine</i>	14
<i>STIVARGA</i>	22
<i>streptomycin sulfate</i>	13
<i>STRIBILD TAB</i>	15
<i>subvenite</i>	33
<i>sucralfate</i>	51
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	
.....	63
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	
.....	59
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	
.....	58
<i>sulfadiazine</i>	13
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	
.....	13
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	
.....	13

sulfamethoxazole-	
trimethoprim tab 400-80	
mg	13
sulfamethoxazole-	
trimethoprim tab 800-160	
mg	13
SULFAMYRON	64
sulfasalazine.....	51
sulindac	10
sumatriptan.....	40
sumatriptan succinate....	40
sunitinib malate.....	22
SUNLENCA	14
SUPREP BOWEL SOL	
PREP KIT.....	51
syeda.....	47
SYMBICORT AER 160-4.5	
.....	63
SYMBICORT AER 80-4.5	
.....	63
SYMDEKO TAB 100-15062	
SYMDEKO TAB 50-75MG	
.....	62
SYMJEPI	62
SYMPAZAN.....	33
SYMTUZA TAB.....	15
SYNAREL.....	47
SYNERCID INJ 500MG ..	13
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	20
SYNTHROID	50
T	
TABLOID	19
TABRECTA	22
tacrolimus	56
tacrolimus (topical).....	66
tadalafil	60
TAFINLAR	22
TAGRISSO	22
TALTZ.....	55
TALZENNA	22
tamoxifen citrate	19
tamsulosin hcl.....	52
tarina fe 1/20 eq.....	47
TASIGNA.....	22
tasimelteon	39
tazarotene.....	64
tazicef	17
TAZORAC	64
taztia xt	29
TAZVERIK	22
TDVAX INJ 2-2 LF	56
TECENTRIQ	22
TEFLARO	17
telmisartan	26
telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg	26
telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg	26
telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg	26
telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg	26
telmisartan-	
hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg	26
telmisartan-	
hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg	26
telmisartan-	
hydrochlorothiazide tab 80-25 mg	26
temazepam.....	39, 40
TENIVAC INJ 5-2LF	56
tenofovir disoproxil	
fumarate.....	14
TEPMETKO	22
terazosin hcl.....	24
terbinafine hcl	13
terbutaline sulfate	61
terconazole vaginal.....	53
TERIPARATIDE.....	45
testosterone.....	42
testosterone cypionate....	42
testosterone enanthate ..	42
tetrabenazine	40
tetracycline hcl.....	18
THALOMID	20
THEO-24.....	62
theophylline.....	62
thioridazine hcl.....	38
thiothixene	38
tiadylt er	29
tiagabine hcl.....	33
TIBSOVO	22
TICOVAC	57
tigecycline	18
TIGECYCLINE	18
tilia fe	47
timolol maleate.....	28
timolol maleate (ophth) ..	59
tinidazole	13
TIVICAY	14
TIVICAY PD	14
tizanidine hcl.....	41
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	
.....	58
TOBRADEX ST SUS 0.3-	
0.05	58
tobramycin	13
tobramycin (ophth).....	59
tobramycin sulfate.....	13
tobramycin-dexamethasone	
ophth susp 0.3-0.1% ..	58
tolterodine tartrate.....	52
topiramate	33
toposar	20
toremifene citrate	19
torsemide	29
TOUJEO MAX SOLOSTAR	
.....	44
TOUJEO SOLOSTAR.....	45
TPN ELECTROL INJ	57
TRADJENTA.....	43
tramadol hcl	12
tramadol-acetaminophen	
tab 37.5-325 mg	12
trandolapril	24
tranexamic acid.....	54
tranylcypromine sulfate..	35
TRAVASOL INJ 10%	58
travoprost	59
TRAZIMERA	22
trazodone hcl	35
TRECATOR	15

TRELEGY AER ELLIPTA	13
100-62.5-25 MCG	60
TRELEGY AER ELLIPTA	
200-62.5-25 MCG	60
treprostinil.....	30
TRESIBA	45
TRESIBA FLEXTOUCH..	45
tretinoin.....	63
tretinoin (<i>chemotherapy</i>)	20
TREXALL.....	55
<i>triamcinolone acetonide</i>	
(<i>mouth</i>).....	66
<i>triamcinolone acetonide</i>	
(<i>topical</i>)	65
<i>triamterene &</i>	
<i>hydrochlorothiazide cap</i>	
37.5-25 mg.....	29
<i>triamterene &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
37.5-25 mg.....	29
<i>triamterene &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
75-50 mg.....	29
TRICARE TAB PRENATAL	58
.....	
<i>trientine hcl</i>	45
<i>tri-estarrylla</i>	47
<i>trifluoperazine hcl</i>	38
<i>trifluridine</i>	59
<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 TAB 100-50-	
75MG & 150MG	62
TRIKAFTA TAB 50-25-	
37.5MG & 75MG	62
<i>tri-legest fe</i>	47
<i>tri-linyah</i>	47
<i>tri-lo-estarrylla</i>	47
<i>tri-lo-marzia</i>	47
<i>tri-lo-mili</i>	47
<i>tri-lo-sprintec</i>	47
<i>trimethoprim</i>	13
TRIMETHOPRIM	13
<i>tri-mili</i>	47
<i>trimipramine maleate</i>	35
TRINTELLIX	35
<i>tri-nymyo</i>	47
<i>tri-sprintec</i>	47
TRIUMEQ PD TAB	15
TRIUMEQ TAB	15
<i>trivora-28</i>	47
<i>tri-vylibra</i>	47
<i>tri-vylibra lo</i>	47
TRIZIVIR TAB.....	15
TROGARZO	14
TROPHAMINE INJ 10% .58	
<i>trospium chloride</i>	52
TRULICITY	43
TRUMENBA INJ	57
TRUSELTIQ 100 MG	
DAILY DOSE.....	23
TRUSELTIQ 125 MG	
DAILY DOSE.....	23
TRUSELTIQ 50 MG DAILY	
DOSE	23
TRUSELTIQ 75 MG DAILY	
DOSE	23
TRUXIMA	23
TUKYSA	23
TURALIO	23
TWINRIX INJ	57
TYBOST	14
TYPHIM VI.....	57
TYRVAYA.....	60
U	
<i>unithroid</i>	50
<i>ursodiol</i>	51
V	
<i>valacyclovir hcl</i>	16
<i>VALCHLOR</i>	66
<i>valganciclovir hcl</i>	16
<i>valproate sodium</i>	33
<i>valproic acid</i>	33
<i>valsartan</i>	26
<i>valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
160-12.5 mg.....	26
<i>valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
160-25 mg.....	26
valsartan-	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
320-12.5 mg.....	26
valsartan-	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
320-25 mg.....	26
valsartan-	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
80-12.5 mg.....	26
VALTOCO.....	33
<i>vancomycin hcl</i>	13
VANCOMYCIN INJ 1 GM13	
.....	13
VANCOMYCIN INJ 500MG	
.....	13
VANCOMYCIN INJ 750MG	
.....	13
VAQTA	57
<i>varenicline tartrate</i>	41
<i>varenicline tartrate tab 11 x</i>	
<i>0.5 mg & 42 x 1 mg start</i>	
<i>pack</i>	42
VARIVAX	57
VASCEPA.....	27
<i>velvet</i>	47
VELPHORO.....	49
VELTASSA	45
VEMLIDY	16
VENCLEXTA	23
VENCLEXTA TAB START	
PK	23
venlafaxine hcl.....	35
VENTAVIS	30
VENTOLIN HFA.....	61
VENTOLIN HFA	
(<i>INSTITUTIONAL PACK</i>)	
.....	61
verapamil hcl.....	29
VERQUVO	30
VERSACLOZ	38
VERZENIO	23
vestura.....	47
V-GO 20 KIT	45
V-GO 30 KIT	45
V-GO 40 KIT	45
VICTOZA	43
vienna	47
vigabatrin	33
vigadrone	33
VIIBRYD KIT STARTER	35
<i>vilazodone hcl</i>	35

VIMPAT	33	XERMELO	51	ZARXIO	53
<i>vincristine sulfate</i>	20	XGEVA	45	ZEJULA	23
<i>vinorelbine tartrate</i>	20	XHANCE	62	ZELBORA F	23
<i>viorele</i>	47	XIFAXAN	51	ZEMAIRA	62
VIRACEPT	14	XIGDUO XR TAB 10-1000	43	<i>zenatane</i>	63
VIREAD	14	XIGDUO XR TAB 10- 500MG	43	ZENPEP CAP 1000UNT	52
VITRAKVI	23	XIGDUO XR TAB 2.5-1000	43	ZENPEP CAP 1500UNT	52
VIVITROL	42	XIGDUO XR TAB 5- 1000MG	43	ZENPEP CAP 2000UNT	52
VIZIMPRO	23	XIGDUO XR TAB 5-500MG	43	ZENPEP CAP 2500UNT	52
VONJO	23	XiIDRA	60	ZENPEP CAP 3000UNIT 52	
<i>voriconazole</i>	13, 14	XOLAIR	62	ZENPEP CAP 4000UNT	52
VOSEVI TAB	16	XOSPATA	23	ZENPEP CAP 5000UNIT 52	
VOTRIENT	23	XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	23	ZERVIA TE	59
VRAYLAR	38	XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	23	<i>zidovudine</i>	14
VRAYLAR CAP 1.5-3MG 38		XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	23	ZIEXTENZO	53
<i>vyfemla</i>	47	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	23	ziprasidone hcl	38
<i>vylibra</i>	47	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	23	ziprasidone mesylate	38
VYVANSE	39	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	23	ZIRABEV	23
VYZULTA	59	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	23	ZIRGAN	59
W		XTANDI	19	zoledronic acid	45
<i>warfarin sodium</i>	53	xulane	47	ZOLINZA	23
<i>water for irrigation, sterile</i> <i>irrigation soln.</i>	66	XULTOPHY INJ 100/3.6 45		zolmitriptan	40
WELIREG	20	XYREM	41	zolpidem tartrate	40
wer a	47	Y		ZONISADE	33
X		YF-VAX INJ	57	<i>zonisamide</i>	33
XALKORI	23	yuva f em	48	zovia 1/35	47
XARELTO	53	Z		ZTALMY	33
XARELTO STAR TAB 15/20MG	53	zafem y	47	<i>zumandimine</i>	47
XATMEP	55	zaflukast	61	ZYCLARA PUMP	66
XCOPRI	33			ZYDELIG	23
XCOPRI PAK 100-150	33			ZYKADIA	23
XCOPRI PAK 12.5-25	33			ZYLET SUS 0.5-0.3%	58
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	33			ZYPITAMAG	27
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	33			ZYPREXA RELPREVV ..	38
XCOPRI PAK 50-100MG	33				
XELJANZ	55				
XELJANZ XR	55				

Este formulario resumido se actualizó el 05/01/2023. 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ございます。通訳をご用命になるには、1-800-882-8633 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。