

# AvMed Medicare

## Formulario para 2022

### Lista de medicamentos cubiertos

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

HPMS Approved Formulary File Submission  
ID, 00022049 Version Number 14  
H1016\_PH263-092021\_C

Este formulario resumido se actualizó el 08/01/2022. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed Medicare al 1-800-782- 8633 desde el 1ro de octubre al 31 de marzo: 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre: 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, y 9:00 am a 1:00 pm los sábados (para los usuarios de TTY, 711, los 7 días a la semana y las 24 horas del día) o visite [www.avmed.org](http://www.avmed.org)



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

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

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 08/01/2022. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El Formulario adjunto es vigente a partir del 08/01/2022. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por AvMed Medicare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

## ¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

## **Afección médica**

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

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

## **Listado alfabético**

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 64. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Para obtener más información**

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

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

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

## **Formulario de AvMed Medicare**

El formulario a continuación proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por AvMed Medicare. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 64.

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).

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

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

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

B/D - Autorización

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

- 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>morphine sulfate TBCR</i> 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<b>ANALGÉSICOS OPIÁCEOS, SHORT-ACTING</b>			<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i> QL (150 tabs / 30 días)	3	QL
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i> QL (2700 mL / 30 días)	3	QL	<i>hydromorphone hcl LIQD 1mg/ml</i> QL (600 mL / 30 días)	4	QL
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i> QL (400 tabs / 30 días)	3	QL	<i>hydromorphone hcl TABS 2mg, 4mg, 8mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i> QL (360 tabs / 30 días)	3	QL	<i>morphine sulfate SOLN 1mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml</i> B/D	4	B/D
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL	<b>MORPHINE SULFATE SOLN</b> 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml B/D	4	B/D
<i>butorphanol tartrate SOLN 1mg/ml, 2mg/ml</i>	4		<i>morphine sulfate SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml</i> QL (900 mL / 30 días)	3	QL
<i>endocet tab 2.5-325mg</i> QL (360 tabs / 30 días)	3	QL	<i>morphine sulfate SOLN 20mg/ml</i> QL (180 mL / 30 días)	3	QL
<i>endocet tab 5-325mg</i> QL (360 tabs / 30 días)	3	QL	<i>morphine sulfate TABS 15mg, 30mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>endocet tab 7.5-325mg</i> QL (240 tabs / 30 días)	3	QL	<i>nalbuphine hcl SOLN 10mg/ml, 20mg/ml</i> 4		
<i>endocet tab 10-325mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL	<i>oxycodone hcl CAPS 5mg</i> QL (180 caps / 30 días)	4	QL
<i>fentanyl citrate LPOP 200mcg</i> QL (120 losanges / 30 días)	4	QL PA	<i>oxycodone hcl CONC 100mg/5ml</i> QL (180 mL / 30 días)	4	QL
<i>fentanyl citrate LPOP 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg</i> QL (120 losanges / 30 días)	5	QL PA	<i>oxycodone hcl SOLN 5mg/5ml</i> QL (900 mL / 30 días)	4	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i> QL (2700 mL / 30 días)	4	QL	<i>oxycodone hcl TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i> QL (240 tabs / 30 días)	3	QL	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i> QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i> QL (360 tabs / 30 días)	3	QL

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

B/D - Autorización

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 / 75 días)	3	QL PA
linezolid SOLN 600mg/300ml	4	
linezolid SUSR 100mg/5ml QL (1800 mL / 30 días)	5	QL
linezolid TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%	4	
meropenem SOLR 1gm, 500mg	4	
methenamine hippurate TABS 1gm	4	
metronidazole SOLN 500mg/100ml	3	
metronidazole TABS 250mg, 500mg	1	GC
neomycin sulfate TABS 500mg	2	GC
nitazoxanide TABS 500mg QL (6 tabs / 30 días)	5	QL

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada      B/D - Autorización

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido      GC

- Cobertura de Brecha

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	3	
<i>paromomycin sulfate</i> CAPS 250mg	4	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	4	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	4	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	4	
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	5	
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	4	
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	4	
<i>sulfamethoxazole-</i> <i>trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	4	
<i>sulfamethoxazole-</i> <i>trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	3	
<i>sulfamethoxazole-</i> <i>trimethoprim tab</i> 400-80 mg	1	GC
<i>sulfamethoxazole-</i> <i>trimethoprim tab</i> 800-160 mg	1	GC
SYNERCID INJ 500MG	5	
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	5	PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	3	
TRIMETHOPRIM TABS 100mg	2	GC
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg QL (80 caps / 180 días)	4	QL
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg QL (160 caps / 180 días)	4	QL
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	4	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	4	
VANCOMYCIN INJ 500MG	4	
VANCOMYCIN INJ 750MG	4	
<b>FUNGICIDAS</b>		
ABELCET SUSP 5mg/ml	4	B/D
AMBISOME SUSR 50mg	5	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	4	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	5	B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	4	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 200mg	3	
<i>fluconazole</i> TABS 150mg	2	GC
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	3	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	3	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	5	PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	4	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	4	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	3	PA
<i>micafungin sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	5	
NOXAFIL SUSP 40mg/ml QL (630 mL / 30 días)	5	QL PA
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	3	
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg QL (93 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg QL (90 tabs / año)	1	GC QL
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg; SUSR 40mg/ml	5	PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>voriconazole</i> TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL PA
<b>ANTIPALÚDICOS</b>		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 62.5-25 mg	4	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg	4	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	4	
COARTEM TAB 20-120MG	4	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	3	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	3	

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

11

GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	3	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	4	PA
<b>AGENTES ANTIRRETROVIRALES</b>		
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	
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	5	
FUZEON SOLR 90mg	5	
INTELENCE TABS 25mg	4	
INVIRASE TABS 500mg	5	
ISENTRESS CHEW 25mg; PACK 100mg	3	
ISENTRESS CHEW 100mg; TABS 400mg	5	
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3	
LEXIVA SUSP 50mg/ml	4	
maraviroc TABS 150mg, 300mg	5	
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TB24 100mg, 400mg	4	
<i>nevirapine</i> TABS 200mg	2	GC
NORVIR PACK 100mg; SOLN 80mg/ml	4	
PIFELTRO TABS 100mg	5	
PREZISTA SUSP 100mg/ml QL (400 mL / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 75mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL
PREZISTA TABS 150mg QL (240 tabs / 30 días)	5	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PREZISTA TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 800mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
REYATAZ PACK 50mg	5	
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	3	
RUKOBIA TB12 600mg	5	
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg, 150mg, 300mg	5	
SELZENTRY TABS 25mg	3	
stavudine CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	3	
TIVICAY TABS 10mg	3	
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	5	
TIVICAY PD TBSO 5mg	3	
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	LA
TYBOST TABS 150mg	3	
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	4	
<i>zidovudine</i> TABS 300mg	3	
<b>AGENTES ANTIRRETROVIRALES MIXTOS</b>		
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i> tab 600-300 mg	3	
<i>abacavir sulfate-lamivudine-</i> <i>zidovudine</i> tab 300-150-300 mg	5	
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	5	
DESCOVY TAB 200/25MG	5	
DOVATO TAB 50-300MG	5	

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

12

GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
efavirenz-emtricitabine- tenofovir df tab 600-200-300 mg	5	
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg	5	
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg	5	
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100- 150 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133- 200 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167- 250 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200- 300 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
EVOTAZ TAB 300-150	5	
GENVOYA TAB	5	
JULUCA TAB 50-25MG	5	
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg	4	
lopinavir-ritonavir soln 400- 100 mg/5ml (80-20 mg/ml)	4	
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg	4	
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg	5	
ODEFSEY TAB	5	
PREZCOBIX TAB 800-150	5	
STRIBILD TAB	5	
SYMTUZA TAB	5	
TEMIXYS TAB 300-300	5	
TRIUMEQ PD TAB	5	
TRIUMEQ TAB	5	
TRIZIVIR TAB	5	
<b>AGENTES ANTITUBERCULOSOS</b>		
cycloserine CAPS 250mg	5	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ethambutol hcl TABS 100mg, 3 400mg		
isoniazid SYRP 50mg/5ml	4	
isoniazid TABS 100mg, 300mg	1	GC
PASER PACK 4gm	4	
PRIFTIN TABS 150mg	4	
pyrazinamide TABS 500mg	4	
rifabutin CAPS 150mg	4	
rifampin CAPS 150mg, 300mg	3	
rifampin SOLR 600mg	4	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	5	LA PA
TRECATOR TABS 250mg	4	
<b>ANTIVIRALES</b>		
acyclovir CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg	2	GC
acyclovir SUSP 200mg/5ml	4	
acyclovir sodium SOLN 50mg/ml	4	B/D
adefovir dipivoxil TABS 10mg	5	
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	5	
entecavir TABS .5mg, 1mg	4	
EPCLUSA PAK 150-37.5	5	PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	5	PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	5	PA
EPCLUSA TAB 400-100	5	PA
EPIVIR HBV SOLN 5mg/ml	4	
famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg	3	
ganciclovir sodium SOLR 500mg	4	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	5	PA
HARVONI PAK 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 90-400MG	5	PA
lamivudine (hbv) TABS 100mg	4	
MAVYRET PAK 50-20MG	5	PA
MAVYRET TAB 100-40MG	5	PA
oseltamivir phosphate CAPS 30mg	3	QL
QL (168 caps / año)		

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

B/D - Autorización

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 3 45mg, 75mg QL (84 caps / año)	3	QL
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 3 6mg/ml QL (1080 mL / año)	3	QL
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; 5 SOSY 180mcg/0.5ml	PA	
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg QL (28 tabs / 28 días)	5	QL PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister QL (6 inhaladores / año)	3	QL
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 3 200mg	3	
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> TABS 4 200mg	4	
<i>rimantadine hydrochloride</i> 4 TABS 100mg		
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	3	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 5 50mg/ml	5	
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	3	
VEMLIDY TABS 25mg VOSEVI TAB	5	PA
<b>CEFALOSPORINAS</b>		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	3	
<i>cefaclor</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml	4	
CEFACLOR ER TB12 500mg	4	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg <i>cefadroxil</i> SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	2	GC
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	
<i>cefazin</i> sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 500mg	3	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg <i>cefdinir</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>cefixime</i> SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	4	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> TABS 100mg, 200mg	3	
<i>ceprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	3	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	4	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	3	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	3	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg	1	GC
<i>cephalexin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5	
<b>ERITROMICINAS / MACRÓLIDOS</b>		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	3	
<i>azithromycin</i> TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	GC
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	4	
<i>clarithromycin</i> TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	3	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	5	
e.e.s. 400 TABS 400mg	4	

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

14

GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ery-tab TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	5	
erythrocin stearate TABS 250mg	4	
erythromycin base CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
erythromycin ethylsuccinate TABS 400mg	4	
erythromycin lactobionate SOLR 500mg	5	
<b>FLUOROQUINOLONAS</b>		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	4	
ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w	3	
ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w	3	
ciprofloxacin hcl TABS 100mg	4	
ciprofloxacin hcl TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
levofloxacin SOLN 25mg/ml	4	
levofloxacin TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml	3	
levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml	3	
levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml	3	
moxifloxacin hcl TABS 400mg	4	
<b>PENICILINAS</b>		
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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg	4	
amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml	3	
amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml	4	
amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml	3	
amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml	3	
amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg	3	
amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg	2	GC
amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg	2	GC
amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg	4	
ampicillin CAPS 500mg	2	GC
ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm	4	
ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm	4	
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm	4	
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm	4	
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm	4	
ampicillin sodium SOLR 1gm, 4 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg	4	
BICILLIN L-A SUSP 2400000unit/4ml; SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml	4	
dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg	3	
nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm	4	
nafcillin sodium SOLR 10gm	5	
oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	4	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	4	

PA - Autorización Previa QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

LA - Disponibilidad Limitada

- 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 - Autorización

15

ED - Medicamento Excluido

GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml	4	
penicillin g sodium SOLR 5000000unit	4	
penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	GC
penicillin v potassium TABS 250mg, 500mg	1	GC
pfizerpen SOLR 5000000unit, 4 20000000unit	4	
piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)	4	
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)	4	
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)	4	
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)	4	
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)	4	
<b>TETRACICLINAS</b>		
doxy 100 SOLR 100mg	4	
doxycycline (monohydrate) CAPS 50mg, 100mg	2	GC
doxycycline (monohydrate) TABS 50mg, 75mg, 100mg	3	
doxycycline hyclate CAPS 50mg, 100mg; TABS 20mg, 100mg	3	
doxycycline hyclate SOLR 100mg	4	
minocycline hcl CAPS 50mg, 75mg, 100mg	3	
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	5	LA
tetracycline hcl CAPS 250mg, 500mg	4	PA
tigecycline SOLR 50mg	4	
TIGECYCLINE SOLR 50mg	5	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSICOS</b>		
<b>AGENTES ALQUILANTES</b>		
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	5	B/D
carboplatin SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	3	B/D
cisplatin SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	3	B/D
cyclophosphamide CAPS 25mg, 50mg	3	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml	5	B/D
cyclophosphamide SOLR 1gm, 2gm, 500mg	5	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	4	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	5	B/D
LEUKERAN TABS 2mg	4	
oxaliplatin SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	4	B/D
oxaliplatin SOLR 50mg, 100mg	5	B/D
paraplatin SOLN 1000mg/100ml	3	B/D
<b>ANTIBIÓTICOS</b>		
adriamycin SOLN 2mg/ml	4	B/D
doxorubicin hcl SOLN 2mg/ml	4	B/D
doxorubicin hcl liposomal INJ 2mg/ml	5	B/D
epirubicin hcl SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	4	B/D
<b>ANTIMETABOLITOS</b>		
ALIMTA SOLR 100mg, 500mg	5	B/D
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

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

16

- 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.

GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
LONSURF TAB 15-6.14	5	PA
LONSURF TAB 20-8.19	5	PA
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	3	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	3	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	5	LA PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	5	B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	5	
TABLOID TABS 40mg	4	
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES</b>		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg, 500mg	5	PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	2	GC
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	2	GC
EMCYT CAPS 140mg	5	
ERLEADA TABS 60mg	5	LA PA
<i>exemestane</i> TABS 25mg	4	
<i>flutamide</i> CAPS 125mg	3	
<i>fulvestrant</i> SOLN 250mg/5ml	5	B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	2	GC
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	4	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	PA
LYSODREN TABS 500mg	5	
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	3	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	5	
NUBEQA TABS 300mg	5	LA PA
ORGOVYX TABS 120mg	5	LA PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	GC
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	5	
TRELSTAR MIXJECT SUSR 3.75mg, 11.25mg	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	5	LA PA
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
<i>lenalidomide</i> CAPS 5mg, 10mg, 15mg	5	QL LA PA QL (28 caps / 28 días)
<i>lenalidomide</i> CAPS 25mg	5	QL LA PA QL (21 caps / 28 días)
POMALYST CAPS 1mg, 2mg	5	QL LA PA QL (21 caps / 21 días)
POMALYST CAPS 3mg, 4mg	5	QL LA PA QL (21 caps / 28 días)
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	5	QL LA PA QL (28 caps / 28 días)
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg	5	QL LA PA QL (21 caps / 28 días)
THALOMID CAPS 50mg, 100mg	5	QL PA QL (28 caps / 28 días)
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	5	QL PA QL (56 caps / 28 días)
<b>VARIOS</b>		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	5	LA PA
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	5	PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	2	GC
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	5	B/D
KISQALI 200 PAK FEMARA	5	QL PA QL (49 tabs / 28 días)
KISQALI 400 PAK FEMARA	5	QL PA QL (70 tabs / 28 días)
KISQALI 600 PAK FEMARA	5	QL PA QL (91 tabs / 28 días)
MATULANE CAPS 50mg	5	LA
SYNRIBO SOLR 3.5mg	5	PA
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	5	
WELIREG TABS 40mg	5	LA PA
<b>MITOTIC INHIBITORS</b>		
ABRAXANE INJ 100MG	5	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	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

- 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
docetaxel CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
etoposide SOLN 100mg/5ml, 500mg/25ml	3	B/D
paclitaxel CONC 30mg/5ml, 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D
paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg	5	B/D
toposar SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml	3	B/D
vincristine sulfate SOLN 1mg/ml	2	GC B/D
vinorelbine tartrate SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	4	B/D
<b>MOLECULAR TARGET AGENTS</b>		
AFINITOR TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 2mg QL (150 tabs / 30 días)	5	QL PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 5mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
ALECENSA CAPS 150mg	5	LA PA
ALUNBRIG TABS 30mg, 90mg, 180mg	5	LA PA
ALUNBRIG PAK	5	LA PA
AVASTIN SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
BALVERSA TABS 3mg, 4mg, 5mg	5	LA PA
bortezomib SOLR 3.5mg	5	PA
BORTEZOMIB SOLR 3.5mg	5	PA
BOSULIF TABS 100mg, 400mg, 500mg	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
BRAFTOVI CAPS 75mg	5	LA PA
BRUKINSA CAPS 80mg	5	LA PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
CALQUENCE CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
CAPRELSA TABS 100mg, 300mg	5	LA PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	5	LA PA
COMETRIQ KIT 100MG	5	LA PA
COMETRIQ KIT 140MG	5	LA PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	5	LA PA
COTELLIC TABS 20mg	5	LA PA
DAURISMO TABS 25mg, 100mg	5	LA PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	5	LA PA
erlotinib hcl TABS 25mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
erlotinib hcl TABS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
everolimus TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
everolimus TBSO 2mg QL (150 tabs / 30 días)	5	QL PA
everolimus TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
everolimus TBSO 5mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
EXKIVITY CAPS 40mg	5	LA PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
GAVRETO CAPS 100mg	5	LA PA
GILOTrif TABS 20mg, 30mg, 40mg	5	LA PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	5	PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	PA

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

18

GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
ICLUSIG TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
ICLUSIG TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
IMBRUVICA CAPS 70mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg, 560mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INLYTA TABS 1mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INLYTA TABS 5mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INREBIC CAPS 100mg	5	LA PA
IRESSA TABS 250mg	5	LA PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	B/D
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg QL (21 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg QL (42 tabs / 28 días)	5	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg QL (63 tabs / 28 días)	5	QL PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	5	PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA CAP 14 MG QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA CAP 18 MG QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA CAP 24 MG QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LORBRENA TABS 25mg, 100mg	5	LA PA
LUMAKRAS TABS 120mg	5	LA PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
MEKINIST TABS .5mg, 2mg	5	LA PA
MEKTOVI TABS 15mg	5	LA PA
MONJUVI SOLR 200mg	5	LA PA
MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA
NERLYNX TABS 40mg	5	LA PA
NEXAVAR TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg QL (3 caps / 28 días)	5	QL PA
ODOMZO CAPS 200mg	5	LA PA
OGIVRI SOLR 150mg	5	PA
OGIVRI INJ 420MG	5	PA

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada   ED - Medicamento Excluido   GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	5	LA PA
PHESGO SOL	5	LA PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	5	PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	5	PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	5	PA
QINLOCK TABS 50mg	5	LA PA
RETEVMO CAPS 40mg, 80mg	5	LA PA
RIABNI SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	LA PA
RITUXAN SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	LA PA
RITUXAN INJ HYCELA	5	LA PA
ROZLYTREK CAPS 100mg, 200mg	5	LA PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
RUXIENCE SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
RYDAPT CAPS 25mg	5	PA
SCEMBLIX TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
SCEMBLIX TABS 40mg QL (300 tabs / 30 días)	5	QL PA
sorafenib tosylate TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	5	PA
STIVARGA TABS 40mg	5	LA PA
sunitinib malate CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	5	PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	5	LA PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TALZENNA CAPS .5mg, .75mg, 1mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS .25mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
TASIGNA CAPS 50mg, 150mg, 200mg	5	PA
TAZVERIK TABS 200mg	5	LA PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	5	LA PA
TEPMETKO TABS 225mg	5	LA PA
TIBSOVO TABS 250mg	5	LA PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	5	PA
TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE CPPK 100mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE	5	LA PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	LA PA
TURALIO CAPS 200mg	5	LA PA
VELCADE SOLR 3.5mg	5	PA
VENCLEXTA TABS 10mg QL (112 tabs / 28 días)	4	QL LA PA
VENCLEXTA TABS 50mg QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VENCLEXTA TABS 100mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
VENCLEXTA TAB START PK QL (42 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg 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

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC

20

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

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

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

21

GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	1	GC
<b>INHIBIDORES DE LA ECA</b>		
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
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ALDOSTERONA</b>		
eplerenone TABS 25mg, 50mg	3	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg	3	QL QL (30 tabs / 30 días)
spironolactone TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<b>ALFA BLOQUEADORES</b>		
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
<b>COMBINACIONES DE ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II</b>		
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-25 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-320-25 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

22

GC

<b>Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Requisitos/ límites</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Requisitos/ límites</b>
candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 16- 12.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL	olmesartan-amldipine- hydrochlorothiazide tab 20-5- 12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32- 12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL	olmesartan-amldipine- hydrochlorothiazide tab 40-5- 12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL	olmesartan-amldipine- hydrochlorothiazide tab 40-5- 25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
EDARBYCLOR TAB 40-12.5 QL (30 tabs / 30 días)	4	QL	olmesartan-amldipine- hydrochlorothiazide tab 40-10- 12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
EDARBYCLOR TAB 40- 25MG QL (30 tabs / 30 días)	4	QL	olmesartan-amldipine- hydrochlorothiazide tab 40-10- 25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ENTRESTO TAB 24-26MG 3			telmisartan-amldipine tab 40- 5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ENTRESTO TAB 49-51MG 3			telmisartan-amldipine tab 40- 10 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ENTRESTO TAB 97-103MG 3			telmisartan-amldipine tab 80- 5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL	telmisartan-amldipine tab 80- 10 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL	telmisartan-amldipine tab 80- 12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50- 12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC	telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80- 12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100- 12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC	telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80- 12.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100- 25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC	telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL	valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40- 12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL			
olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL			

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

LA - Disponibilidad Limitada

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

ST - Terapia Escalonada

B/D - Autorización

23

ED - Medicamento Excluido GC

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

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

<b>Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Requisitos/ límites</b>
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	
pacerone TABS 200mg	1	GC
propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg	4	
propafenone hcl TABS 150mg, 225mg, 300mg	3	
quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg	2	GC
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	
<b>ANTILIPÉMICOS, FIBRATES</b>		
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
<b>ANTILIPÉMICOS, LOS INHIBIDORES DE LA HMG-COA REDUCTASA</b>		
ALTOPREV TB24 20mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL ST
ALTOPREV TB24 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL ST
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

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC

24

<b>Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Requisitos/ límites</b>
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)		GC QL
pravastatin sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
rosuvastatin calcium TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
simvastatin TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ZYPITAMAG TABS 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST
<b>ANTILIPÉMICOS, VARIOS</b>		
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

<b>Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Requisitos/ límites</b>
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	
<b>BETABLOQUEANTE / DIURÉTICO COMBINACIONES</b>		
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	
<b>BETABLOQUEANTE</b>		
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

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

25

GC

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	2	GC
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	3	
<i>matzim la</i> TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	3	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	4	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	3	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	4	
<i>nisoldipine</i> TB24 8.5mg, 17mg, 20mg, 25.5mg, 30mg, 34mg, 40mg	4	
<i>NYMALIZE</i> SOLN 6mg/ml	5	
<i>taztia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2	GC
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	GC
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	4	
<i>verapamil hcl</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	
<i>verapamil hcl</i> TABS 40mg, 80mg, 120mg	1	GC
<i>verapamil hcl</i> TBCR 120mg, 180mg, 240mg	2	GC
<b>DIURÉTICOS</b>		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg	4	
<i>acetazolamide</i> TABS 125mg, 250mg	3	
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	2	GC
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	2	GC
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	3	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	2	GC
<i>furosemide</i> SOLN 8mg/ml, 10mg/ml	2	GC
<i>furosemide</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	GC

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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

ED - Medicamento Excluido   GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
furosemide inj SOLN 10mg/ml	3	
hydrochlorothiazide CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	GC
indapamide TABS 1.25mg, 2.5mg	2	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
<b>VARIOS</b>		
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-80 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-10 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-20 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-40 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-80 mg	1	GC
clonidine PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	4	
clonidine hcl TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	GC
CORLANOR SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 7.5mg	4	
digitek TABS .125mg, .25mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
digox TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
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
guanfacine hcl TABS 1mg, 2mg	3	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
hydralazine hcl SOLN 20mg/ml	4	
hydralazine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
methyldopa TABS 250mg, 500mg	2	GC PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

LA - Disponibilidad Limitada

- 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 - Autorización

27

ED - Medicamento Excluido

GC -

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
metyrosine CAPS 250mg	5	PA
midodrine hcl TABS 2.5mg, 5mg	3	
midodrine hcl TABS 10mg	4	
minoxidil TABS 2.5mg, 10mg	2	GC
ranolazine TB12 500mg, 1000mg	4	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3	
<b>NITRATOS</b>		
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	
<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR</b>		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 5 1.5mg, 2mg, 2.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
ambrisentan TABS 5mg, 10mg	5	QL LA PA
QL (30 tabs / 30 días)		
bosentan TABS 62.5mg	5	QL LA PA
QL (120 tabs / 30 días)		
bosentan TABS 125mg	5	QL LA PA
QL (60 tabs / 30 días)		
OPSUMIT TABS 10mg	5	QL LA PA
QL (30 tabs / 30 días)		
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS 20mg	3	QL PA
QL (90 tabs / 30 días)		
treprostinil SOLN 20mg/20ml, 5 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	LA PA	
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 5 20mcg/ml	PA	
<b>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>		
<b>CONTRA LA ANSIEDAD</b>		
alprazolam TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 días)	2	GC QL

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

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

28

GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
<i>DIACOMIT</i> CAPS 250mg QL (360 caps / 30 días)	5	QL LA PA
<i>DIACOMIT</i> CAPS 500mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL LA PA
<i>DIACOMIT</i> PACK 250mg QL (360 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>DIACOMIT</i> PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>diazepam</i> CONC 5mg/ml QL (240 mL / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	3	QL PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml QL (1200 mL / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	3	QL PA
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg QL (120 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	2	GC QL PA
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	4	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	4	
<i>DILANTIN</i> CAPS 30mg, 100mg	4	
<i>DILANTIN INFATABS</i> CHEW 50mg	4	
<i>DILANTIN-125</i> SUSP 125mg/5ml	4	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg	4	
<i>divalproex sodium</i> TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	3	
<i>EPIDIOLEX</i> SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL LA PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	3	
<i>EPRONTIA</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ethosuximide</i> SOLN 250mg/5ml	3	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	5	
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	4	
<i>FINTEPLA</i> SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 días)	5	QL LA PA
<i>FYCOMPA</i> SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 días)	5	QL PA
<i>FYCOMPA</i> TABS 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>FYCOMPA</i> TABS 4mg, 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>FYCOMPA</i> TABS 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg QL (1080 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> CAPS 300mg QL (360 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg QL (270 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml QL (2160 mL / 30 días)	3	QL
<i>gabapentin</i> TABS 600mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>gabapentin</i> TABS 800mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
<i>lacosamide</i> SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 días)	4	QL
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	5	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg	3	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg; TBDP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	

PA - Autorización Previa    QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

29

GC

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 250mg	2	GC
<i>roweepra</i> TABS 500mg	3	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml QL (2300 mL / 28 días)	5	QL PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg QL (480 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>rufinamide</i> TABS 400mg QL (240 tabs / 30 días)	5	QL PA
<b>SPRITAM</b> TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 días)	4	QL
<b>SPRITAM</b> TB3D 500mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL
<b>SPRITAM</b> TB3D 750mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<b>SPRITAM</b> TB3D 1000mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
<b>SYMPAZAN</b> FILM 5mg QL (60 films / 30 días)	4	QL PA
<b>SYMPAZAN</b> FILM 10mg, 20mg QL (60 films / 30 días)	5	QL PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	4	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg	3	
<i>topiramate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	GC
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml	4	
<i>valproate sodium</i> SOLN 250mg/5ml	3	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	3	
<b>VALTOCO</b> LIQD 5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml; LQPK 7.5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml	4	
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA

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

30

- 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
vigabatrin TABS 500mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
vigadroner PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
VIMPAT SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 días)	5	QL
VIMPAT SOLN 200mg/20ml	5	
XCOPRI TABS 50mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 días)	4	QL
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
zonisamide CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
<b>CONTRA LA DEMENCIA</b>		
donepezil hydrochloride TABS 5mg; TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
donepezil hydrochloride TABS 10mg; TBDP 10mg	2	GC
galantamine hydrobromide CP24 8mg, 16mg, 24mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
galantamine hydrobromide SOLN 4mg/ml	4	
galantamine hydrobromide TABS 4mg, 8mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
memantine hcl CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml	4	PA
Se aplica PA si tienen menos de 30 años		

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
memantine hcl TABS 5mg, 10mg	3	PA
Se aplica PA si tienen menos de 30 años		
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	4	QL
QL (30 parches / 30 días)		
rivastigmine tartrate CAPS 1.5mg, 3mg QL (90 caps / 30 días)	3	QL
rivastigmine tartrate CAPS 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>		
amitriptyline hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	
amoxapine TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	
bupropion hcl TABS 75mg, 100mg; TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg, 300mg	3	
citalopram hydrobromide SOLN 10mg/5ml	3	
citalopram hydrobromide TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
clomipramine hcl CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4	PA
desipramine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4	
desvenlafaxine succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
doxepin hcl CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg; CONC 10mg/ml	3	
doxepin hcl CAPS 150mg	4	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

LA - Disponibilidad Limitada

- 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 - Autorización

31

ED - Medicamento Excluido GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
nortriptyline hcl SOLN 10mg/5ml	4	
paroxetine hcl SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
paroxetine hcl TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	GC
paroxetine hcl TB24 12.5mg, 25mg, 37.5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
PAXIL SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
phenelzine sulfate TABS 15mg	3	
protriptyline hcl TABS 5mg, 10mg	4	
sertraline hcl CONC 20mg/ml	3	
sertraline hcl TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
tranylcypromine sulfate TABS 10mg	4	
trazodone hcl TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	GC
trimipramine maleate CAPS 25mg QL (240 caps / 30 días)	4	QL
trimipramine maleate CAPS 50mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
trimipramine maleate CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
TRINTELLIX TABS 5mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
TRINTELLIX TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
TRINTELLIX TABS 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
venlafaxine hcl CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	GC
venlafaxine hcl TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	
VIIBRYD TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
VIIBRYD KIT STARTER	4	
<b>ANTIPARKINSONIANOS</b>		
amantadine hcl CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL
amantadine hcl SOLN 50mg/5ml	3	

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

32

GC

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
KYNMOBI FILM 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg QL (150 films / 30 días)	5	QL PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	4	
pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	1	GC
pramipexole dihydrochloride TB24 .375mg, .75mg, 1.5mg, 2.25mg, 3mg, 3.75mg, 4.5mg	4	
rasagiline mesylate TABS 1mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
rasagiline mesylate TABS .5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	2	GC
ropinirole hydrochloride TB24 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 12mg	4	
selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg	3	
trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<b>ANTIPSICÓTICOS</b>		
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
aripiprazole SOLN 1mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL
aripiprazole TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
aripiprazole TBDP 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

33

GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 jeringuilla / 56 días)	5	QL
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	
asenapine maleate SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
CAPLYTA CAPS 42mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
chlorpromazine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR CONC 30mg/ml, 100mg/ml	4	
clozapine TABS 25mg, 50mg	3	
clozapine TABS 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4	QL
clozapine TABS 200mg QL (135 tabs / 30 días)	4	QL
clozapine TBDP 12.5mg, 25mg	4	PA
clozapine TBDP 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4	QL PA
clozapine TBDP 150mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
clozapine TBDP 200mg QL (135 tabs / 30 días)	5	QL PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
FANAPT PAK	4	PA
fluphenazine decanoate SOLN 25mg/ml	4	
fluphenazine hcl CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
haloperidol TABS .5mg, 1mg, 3 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	3	
haloperidol decanoate SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	3	
haloperidol lactate CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	3	
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	4	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml QL (1 jeringuilla / 90 días)	5	QL
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
LATUDA TABS 80mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
loxapine succinate CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
molindone hcl TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
olanzapine SOLR 10mg QL (3 viales / 1 día)	4	QL
olanzapine TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	2	GC QL
olanzapine TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
olanzapine TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
olanzapine TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC

34

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL	<i>SECUADO</i> PT24 3.8mg/24hr, 4 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL	
<i>paliperidone</i> TB24 6mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL	<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 3 25mg, 50mg, 100mg	3		
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3		<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 4 5mg, 10mg	4		
<i>PERSERIS</i> PRSY 90mg, 120mg QL (1 jeringuilla / 30 días)	5	QL	<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 3 2mg, 5mg, 10mg	3		
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	4		<i>VERSACLOZ</i> SUSP 50mg/ml 5 QL (600 mL / 30 días)	5	QL PA	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	3		<i>VRAYLAR</i> CAPS 1.5mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL	
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA	<i>VRAYLAR</i> CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL	
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA	<i>VRAYLAR</i> CAP 1.5-3MG	4		
<i>REXULTI</i> TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL	<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 4 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL	
<i>REXULTI</i> TABS .25mg, .5mg, 4 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL	<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg QL (6 inyecciones / 3 días)	4	QL	
<i>RISPERDAL CONSTA</i> SRER 4 12.5mg, 25mg QL (2 inyecciones / 28 días)	4	QL	<i>ZYPREXA RELPREVV</i> SUSR 210mg QL (2 viales / 28 días)	4	QL PA	
<i>RISPERDAL CONSTA</i> SRER 5 37.5mg, 50mg QL (2 inyecciones / 28 días)	5	QL	<i>ZYPREXA RELPREVV</i> SUSR 300mg QL (2 viales / 28 días)	5	QL PA	
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 días)	3	QL	<i>ZYPREXA RELPREVV</i> SUSR 405mg QL (1 vial / 28 días)	5	QL PA	
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	GC	<b>TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD</b>			
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL	<i>amphetamine-</i> <i>dextroamphetamine cap er</i> 24hr 5 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA	
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL	<i>amphetamine-</i> <i>dextroamphetamine cap er</i> 24hr 10 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

B/D - Autorización

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg QL (30 caps / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg QL (30 caps / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg QL (30 caps / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg QL (30 caps / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg QL (60 tabs / 30 días)</i>	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg QL (60 tabs / 30 días)</i>	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg QL (60 tabs / 30 días)</i>	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg QL (60 tabs / 30 días)</i>	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg QL (60 tabs / 30 días)</i>	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg QL (90 tabs / 30 días)</i>	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg QL (60 tabs / 30 días)</i>	3	QL PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg QL (120 caps / 30 días)</i>	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg QL (60 caps / 30 días)</i>	4	QL
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg QL (30 caps / 30 días)</i>	4	QL
<i>dexamphetamine hcl TABS 2.5mg, 5mg QL (120 tabs / 30 días)</i>	3	QL PA
<i>dexamphetamine hcl TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)</i>	3	QL PA
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)</i>	3	QL PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
<i>metadate er TBCR 20mg QL (90 tabs / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml QL (1800 mL / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 días)</i>	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl TABS 20mg QL (90 tabs / 30 días)</i>	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl TBCR 10mg, 20mg QL (90 tabs / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>VYVANSE CAPS 10mg, 20mg, 30mg QL (60 caps / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>VYVANSE CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg QL (30 caps / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>VYVANSE CHEW 10mg, 20mg, 30mg QL (60 tabs / 30 días)</i>	4	QL PA

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

B/D - Autorización

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

36

- 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.

GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VYVANSE CHEW 40mg, 50mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
<b>HIPNÓTICOS</b>		
BELSOMRA TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
doxepin hcl (sleep) TABS 3mg, 6mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
HETLIOZ CAPS 20mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
temazepam CAPS 7.5mg QL (30 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más después de un suministro de 90 días en un año	4	QL PA
temazepam CAPS 15mg QL (60 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más después de un suministro de 90 días en un año	4	QL PA
temazepam CAPS 30mg QL (30 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
<b>MIGRAÑA</b>		
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
naratriptan hcl TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 días)	3	QL
<b>VARIOS</b>		
NURTEC TBDP 75mg QL (16 tabs / 30 días)	5	QL PA
rizatriptan benzoate TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg QL (18 tabs / 30 días)	3	QL
sumatriptan SOLN 5mg/act QL (24 units / 30 días)	4	QL
sumatriptan SOLN 20mg/act QL (12 units / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml QL (18 inyecciones / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml QL (12 inyecciones / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (12 tabs / 30 días)	2	GC QL
UBRELVY TABS 50mg, 100mg QL (16 tabs / 30 días)	5	QL PA
zolmitriptan TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg QL (12 tabs / 30 días)	4	QL
AUSTEDO TABS 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
GRALISE TABS 300mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
GRALISE TABS 600mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
INGREZZA CAPS 40mg, 60mg, 80mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
INGREZZA CAP 40-80MG QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	4	
lithium carbonate CAPS 150mg, 300mg, 600mg	1	GC

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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   ED - Medicamento Excluido

B/D - Autorización

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>lithium carbonate</i> TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	2	GC
<i>NUEDEXTA</i> CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>pregabalin (once-daily)</i> TB24 82.5mg, 165mg, 330mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 3 60mg		
<i>riluzole</i> TABS 50mg	4	
<i>SAVELLA</i> TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>SAVELLA MIS TITR PAK</i>	4	PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
<b>AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>		
<i>BETASERON KIT</i> .3mg QL (14 jeringas / 28 días)	5	QL PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	3	PA
<i>GILENYA</i> CAPS .5mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA
<i>KESIMPTA</i> SOAJ 20mg/0.4ml QL (16 pens / año)	5	QL LA PA
<b>AGENTES PARA LA TERAPIA MUSCULOESQUELETAL</b>		
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	3	

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

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC

38

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
bupropion hcl (smoking deterrent) TB12 150mg	3	
CHANTIX PAK 0.5& 1MG	4	PA
disulfiram TABS 250mg, 500mg	3	
naloxone hcl LIQD 4mg/0.1ml	3	
naloxone hcl SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	2	GC
naltrexone hcl TABS 50mg	3	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	4	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	
varenicline tartrate TABS .5mg, 1mg	4	QL PA QL (56 tabs / 28 días)
varenicline tartrate tab 0.5 mg x 11 & tab 1 mg x 42 pack	4	PA
VIVITROL SUSR 380mg	5	
<b>ENDOCRINO Y METABÓLICO</b>		
<b>ANDRÓGENOS</b>		
ANDRODERM PT24 2mg/24hr, 4mg/24hr	4	QL PA QL (30 parches / 30 días)
oxandrolone TABS 2.5mg	3	QL PA QL (120 tabs / 30 días)
oxandrolone TABS 10mg	4	QL PA QL (60 tabs / 30 días)
testosterone GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	4	QL PA QL (300 gm / 30 días)
testosterone cypionate SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
testosterone enanthate SOLN 200mg/ml	3	PA
<b>ANTIDIABETICS</b>		
acarbose TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml	3	QL QL (4 pens / 28 días)
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml	4	QL QL (1 pen / 30 días)

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	3	QL QL (30 tabs / 30 días)
glimepiride TABS 1mg, 2mg	1	GC QL QL (90 tabs / 30 días)
glimepiride TABS 4mg	1	GC QL QL (60 tabs / 30 días)
glipizide TABS 5mg	1	GC QL QL (240 tabs / 30 días)
glipizide TABS 10mg	1	GC QL QL (120 tabs / 30 días)
glipizide TB24 2.5mg, 5mg	1	GC QL QL (90 tabs / 30 días)
glipizide TB24 10mg	1	GC QL QL (60 tabs / 30 días)
glipizide xl TB24 2.5mg, 5mg	1	GC QL QL (90 tabs / 30 días)
glipizide xl TB24 10mg	1	GC QL QL (60 tabs / 30 días)
glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg	1	GC QL QL (240 tabs / 30 días)
glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg	1	GC QL QL (120 tabs / 30 días)
glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg	1	GC QL QL (120 tabs / 30 días)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	3	QL QL (30 tabs / 30 días)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	3	QL QL (30 tabs / 30 días)
JANUMET TAB 50-500MG	3	QL QL (60 tabs / 30 días)
JANUMET TAB 50-1000	3	QL QL (60 tabs / 30 días)
JANUMET XR TAB 50-500MG	3	QL QL (60 tabs / 30 días)
JANUMET XR TAB 50-1000	3	QL QL (60 tabs / 30 días)
JANUMET XR TAB 100-1000	3	QL QL (30 tabs / 30 días)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	QL QL (30 tabs / 30 días)
JARDIANCE TABS 10mg	3	QL QL (60 tabs / 30 días)

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

39

GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
JARDIANCE TABS 25mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-850 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB XR 2.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB XR 5- 1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
metformin hcl TABS 500mg QL (150 tabs / 30 días)	1	GC QL
metformin hcl TABS 850mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
metformin hcl TABS 1000mg QL (75 tabs / 30 días)	1	GC QL
metformin hcl TB24 500mg QL (120 tabs / 30 días) (genérico de GLUCOPHAGE XR)	1	GC QL
metformin hcl TB24 750mg QL (60 tabs / 30 días) (genérico de GLUCOPHAGE XR)	1	GC QL
nateglinide TABS 60mg, 120mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (2 pens / 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

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

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC

40

<b>Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Requisitos/ límites</b>
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
<b>ANTIDIABETICS, INSULINS</b>		
BASAGLAR KWIKPEN	3	
SOPN 100unit/ml SI		
BD ALCOHOL SWABS	3	
FIASP FLEX INJ TOUCH SI	3	
FIASP INJ 100/ML SI	3	
FIASP PENFIL INJ U-100 SI	3	
GAUZE PADS 2" X 2"	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml SI	5	B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 5 SOPN 500unit/ml SI		
INSULIN SAFETY NEEDLES	3	
INSULIN SYRINGES: BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVI DIA/MHC	3	
LEVEMIR SOLN 100unit/ml SI	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml SI	3	
NOVOLIN INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN INJ 70/30 FP SI (brand RELION not covered)	3	

<b>Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Requisitos/ límites</b>
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG MIX INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO QL (1 kit / año)	4	QL PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO QL (1 kit / año)	4	QL PA
OMNIPOD DASH MIS PODS QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD MIS CLASSIC QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC QL (1 kit / año)	4	QL PA

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
PEN NEEDLES: NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/ TRIVIDIA	3	
SOLIQUA INJ 100/33 QL (10 pens / 30 días) SI	3	QL
TRESIBA SOLN 100unit/ml SI	3	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml SI	3	
V-GO 20 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
V-GO 30 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
V-GO 40 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
XULTOPHY INJ 100/3.6 QL (5 pens / 30 días) SI	3	QL
<b>CALCIUM REGULATORS</b>		
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	PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3	B/D
pamidronate disodium SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml; SOLR 30mg, 90mg	3	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 jeringuilla / 180 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
risedronate sodium TABS 5mg, 35mg, 150mg	3	
risedronate sodium TABS 30mg; TBEC 35mg	4	
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	5	PA
zoledronic acid CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	4	B/D
<b>AGENTES QUELANTES</b>		
CHEMET CAPS 100mg	4	
deferasirox PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 90mg, 180mg, 360mg; TBSO 250mg, 500mg	5	PA
deferasirox TBSO 125mg	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	
<b>ANTICONCEPTIVOS</b>		
afirmelle	2	GC
altavera	2	GC
alyacen 1/35	2	GC
alyacen 7/7/7	2	GC
apri	2	GC
aranelle	3	
aubra eq	2	GC
aurovela 1/20	2	GC
aurovela fe 1.5/30	2	GC
aurovela fe 1/20	2	GC
aviane	2	GC
ayuna	2	GC
azurette	3	
balziva	3	
blisovi fe 1.5/30	2	GC
briellyn	3	
camila TABS .35mg	2	GC
caziant	2	GC
chateal	2	GC
cryselle-28	2	GC
cyred eq	2	GC

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada      B/D - Autorización

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

LA - Disponibilidad Limitada

- 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
dasetta 1/35	2	GC
dasetta 7/7/7	2	GC
deblitane TABS .35mg	2	GC
desogest-eth estrad & eth	3	
estradiol tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)		
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	2	GC
ELLA TABS 30mg	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		
etongestrel-ethinyl estradiol 4 va ring 0.120-0.015 mg/24hr		
falmina	2	GC
femynor	2	GC
hailey 1.5/30	2	GC
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	2	GC
junel 1/20	2	GC
junel fe 1.5/30	2	GC
junel fe 1/20	2	GC
kariva	3	
kelnor 1/35	2	GC
kelnor 1/50	3	
kurvelo	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
larin 1.5/30	2	GC
larin 1/20	2	GC
larin fe 1.5/30	2	GC
larin fe 1/20	2	GC
larissia	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	2	GC
levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125- 30mg-mcg	2	GC
levora 0.15/30-28	2	GC
lillow	2	GC
loestrin 1.5/30-21	2	GC
loestrin 1/20-21	2	GC
loestrin fe 1.5/30	2	GC
loestrin fe 1/20	2	GC
loryna	3	
low-ogestrel	2	GC
lutera	2	GC
lyleq TABS .35mg	2	GC
lyza TABS .35mg	2	GC
marlissa	2	GC
medroxyprogesterone acetate 3 (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml		
microgestin 1.5/30	2	GC
microgestin 1/20	2	GC
microgestin fe 1.5/30	2	GC
microgestin fe 1/20	2	GC
milii	2	GC
mono-linyah	2	GC
necon 0.5/35-28	2	GC
nikki	3	
nora-be TABS .35mg	2	GC
norethindrone (contraceptive) TABS .35mg	2	GC
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg	2	GC

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg	2	GC
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	2	GC
norlyroc TABS .35mg	2	GC
nortrel 0.5/35 (28)	2	GC
nortrel 1/35 (21)	2	GC
nortrel 1/35 (28)	2	GC
nortrel 7/7/7	2	GC
nylia 1/35	2	GC
nylia 7/7/7	2	GC
nymyo	2	GC
ocella	3	
orsythia	2	GC
philith	3	
pimtrea	3	
pirmella 1/35	2	GC
portia-28	2	GC
reclipsen	2	GC
setlakin	3	
sharobel TABS .35mg	2	GC
simliya	3	
sprintec 28	2	GC
sronyx	2	GC
syeda	3	
tarina fe 1/20 eq	2	GC
tilia fe	4	
tri-estarylla	2	GC
tri-legest fe	4	
tri-linyah	2	GC
tri-lo-estarylla	3	
tri-lo-marzia	3	
tri-lo-mili	3	
tri-lo-sprintec	3	
tri-mili	2	GC
tri-nymyo	2	GC
tri-sprintec	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
tri-vylibra	2	GC
tri-vylibra lo	3	
trivora-28	2	GC
velivet	2	GC
vestura	3	
vienna	2	GC
viorele	3	
vyfemla	3	
vylibra	2	GC
wera	2	GC
xulane	4	
zafemy	4	
zovia 1/35	2	GC
zumandimine	3	
<b>ENDOMETRIOSIS</b>		
danazol CAPS 50mg, 100mg, 200mg		
SYNAREL SOLN 2mg/ml	5	
<b>ESTRÓGENOS</b>		
amabelz	3	
DELESTROGEN OIL 10mg/ml	4	
dotti PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
estradiol PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	3	
estradiol TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	GC
estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg	3	
estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg	3	
estradiol vaginal CREA .1mg/gm	3	
estradiol vaginal TABS 10mcg	4	
estradiol valerate OIL 20mg/ml, 40mg/ml	4	
fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg	3	

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
fyavolv tab 1mg-5mcg	3	
jinteli	3	
lyllana PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
mimvey	3	
norethindrone acetate-ethinyl	3	
estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg		
norethindrone acetate-ethinyl	3	
estradiol tab 1 mg-5 mcg		
yuvafem TABS 10mcg	4	
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>		
dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	3	
DEXAMETHASONE	4	
INTENSOL CONC 1mg/ml		
dexamethasone sodium phosphate SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	3	
fludrocortisone acetate TABS .1mg	2	GC
hydrocortisone TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	
methylprednisolone TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	3	B/D
methylprednisolone TBPK 4mg	2	GC
methylprednisolone acetate SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	3	B/D
methylprednisolone sod succ SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	3	B/D
prednisolone SOLN 15mg/5ml	2	GC B/D
prednisolone sodium phosphate SOLN 5mg/5ml, 25mg/5ml	3	B/D
prednisolone sodium phosphate SOLN 15mg/5ml	2	GC 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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	4	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	4	
<b>AGENTES PARA ELEVAR LOS NIVELES DE GLUCOSA</b>		
diazoxide SUSP 50mg/ml	5	
GVOKE HYOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	3	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
<b>VARIOS</b>		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5	LA PA
betaine powder for oral solution	5	LA
cabergoline TABS .5mg	3	
CARBAGLU TBSO 200mg	5	LA PA
carglumic acid TBSO 200mg	5	LA PA
CERDELGA CAPS 84mg	5	PA
CEREZYME SOLR 400unit	5	LA PA
cinacalcet hcl TABS 30mg QL (120 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
CYSTADANE POW	5	LA
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	LA PA
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

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

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.

ST - Terapia Escalonada

B/D - Autorización

45

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5	PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	5	LA PA
KORLYM TABS 300mg	5	LA PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml	4	B/D
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> TABS 330mg	3	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	5	LA PA
LUPRON DEPOT-PED (1- MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	5	PA
LUPRON DEPOT-PED (3- MONTH KIT 11.25mg, 30mg	5	PA
<i>miglustat</i> CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	5	LA PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg	5	PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	4	PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	5	PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	3	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5	LA PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	5	PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	LA PA
<b>AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO</b>		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg QL (360 caps / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm QL (180 paquetes / 30 días)	4	QL
<i>sevelamer carbonate</i> PACK .8gm QL (540 paquetes / 30 días)	5	QL
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 800mg QL (540 tabs / 30 días)	4	QL
VELPHORO CHEW 500mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL
<b>PROGESTINAS</b>		
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	3	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	4	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	3	
<b>AGENTES TIROIDEOS</b>		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	GC
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	GC
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	GC
<i>levoxyt</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	GC
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	3	

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ST - Terapia Escalonada      B/D - Autorización

- 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>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
<b>VITAMIN D ANALOGS</b>		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	2	GC B/D
<i>calcitriol</i> SOLN 1mcg/ml	4	B/D
<i>doxercalciferol</i> CAPS .5mcg, 1mcg, 2.5mcg	4	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	4	B/D
<i>RAYALDEE</i> CPCR 30mcg	5	
<b>GASTROINTESTINAL</b>		
<b>ANTIEMÉTICOS</b>		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	4	B/D
<i>aprepitant capsule therapy</i> <i>pack 80 &amp; 125 mg</i>	4	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	4	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg <i>QL (60 caps / 30 días)</i>	4	B/D QL
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml	3	
<i>granisetron hcl</i> SOLN 4mg/4ml	4	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	4	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	2	GC
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml	3	
<i>metoclopramide hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	GC
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	3	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml	4	B/D
<i>ondansetron hcl</i> TABS 4mg, 8mg, 24mg	3	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	4	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	4	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg <i>Se aplica PA si tienen 70 años o más</i>	3	PA
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days <i>QL (10 parches / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>Se aplica PA si tienen 70 años o más</i>		
<b>ANTIESPASMÓDICOS</b>		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg		3
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml		4
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg, 2mg		3
<b>ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA H2</b>		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml		3
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml <i>QL (300 mL / 30 días)</i>	4	QL
<i>famotidine</i> TABS 20mg <i>QL (120 tabs / 30 días)</i>	1	GC QL
<i>famotidine</i> TABS 40mg <i>QL (60 tabs / 30 días)</i>	1	GC QL
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml		3
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg		4
<b>ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL</b>		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg		3

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
budesonide CPEP 3mg	4	PA
budesonide TB24 9mg	5	PA
hydrocortisone ( <i>intrarectal</i> )	4	
ENEM 100mg/60ml		
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	
<b>LASANTES</b>		
constulose SOLN 10gm/15ml	3	
enulose SOLN 10gm/15ml	3	
gavilyte-c	2	GC
gavilyte-g	2	GC
gavilyte-n/flavor pack	2	GC
generlac SOLN 10gm/15ml	3	
GOLYTELY SOL	3	
lactulose SOLN 10gm/15ml	3	
lactulose ( <i>encephalopathy</i> ) SOLN 10gm/15ml	3	
NULYTELY SOL LMN/LIME	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	
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	4	
<b>VARIOS</b>		
alosetron hcl TABS 1mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
alosetron hcl TABS .5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
cromolyn sodium ( <i>mastocytosis</i> ) CONC 100mg/5ml	4	
diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg	3	
GATTEX KIT 5mg	5	LA PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
loperamide hcl CAPS 2mg	3	
misoprostol TABS 100mcg, 200mcg	3	
MOVANTIK TABS 12.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
MOVANTIK TABS 25mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	5	PA
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
<b>ENZIMAS PANCREÁTICAS</b>		
CREON CAP 3000UNIT	3	
CREON CAP 6000UNIT	3	
CREON CAP 12000UNT	3	
CREON CAP 24000UNT	3	
CREON CAP 36000UNT	3	
ZENPEP CAP 3000UNIT	4	
ZENPEP CAP 5000UNIT	4	
ZENPEP CAP 10000UNT	4	
ZENPEP CAP 15000UNT	4	
ZENPEP CAP 20000UNT	4	
ZENPEP CAP 25000	4	
ZENPEP CAP 40000	4	
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
dexlansoprazole CPDR 30mg, 60mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
esomeprazole magnesium CPDR 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

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.

ST - Terapia Escalonada

B/D - Autorización

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<i>lansoprazole</i> TBDD 15mg, 30mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL ST
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg	3	
<i>pantoprazole sodium</i> TBEC 20mg, 40mg	1	GC
PRILOSEC PACK 2.5mg, 10mg	4	
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<b>GENITOURINARIAS</b>		
<b>HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA</b>		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> cap 4 0.5-0.4 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	GC
<i>silodosin</i> CAPS 4mg, 8mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	2	GC
<b>VARIOS</b>		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	2	GC
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	4	
<b>ANTIESPANSMÓDICOS URINARIO</b>		
<i>darifenacin hydrobromide</i> TB24 7.5mg, 15mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST
<i>MYRBETRIQ</i> SRER 8mg/ml QL (300 mL / 28 días)	4	QL
<i>MYRBETRIQ</i> TB24 25mg, 50mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>oxybutynin chloride</i> SYRP 5mg/5ml; TABS 5mg	3	
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL ST
TOVIAZ TB24 4mg, 8mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>trospium chloride</i> TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<b>ANTIINFECCIOSOS VAGINALES</b>		
<i>clindamycin phosphate</i> <i>vaginal</i> CREA 2%	3	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	3	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3	
VANDAZOLE GEL .75%	3	
<b>HEMATOLÓGICOS</b>		
<b>ANTICOAGULANTES</b>		
<i>ELIQUIS</i> TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>ELIQUIS</i> TABS 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL
<i>ELIQUIS</i> STARTER PACK TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	4	

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada   ED - Medicamento Excluido   GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
fondaparinux sodium SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5	
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	3	
heparin sodium (porcine) SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D
heparin sodium (porcine) 100 unit/ml in d5w	3	
heparin sodium (porcine)- dextrose iv sol 20000 unit/500ml-5%	3	
heparin sodium (porcine)- dextrose iv sol 25000 unit/500ml-5%	3	
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	3	
jantoven TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
PRADAXA CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
PRADAXA CAPS 110mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
warfarin sodium TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
XARELTO SUSR 1mg/ml QL (620 mL / 30 días)	3	QL
XARELTO TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
XARELTO STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 días)	3	QL
<b>FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICOS</b>		
PROCIT SOLN 2000unit/ml, 3 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	PA
PROCIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	PA

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

LA - Disponibilidad Limitada

- 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
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	PA
<b>VARIOS</b>		
anagrelide hcl CAPS .5mg, 1mg	4	
BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 días)	5	QL LA PA
cilostazol TABS 50mg, 100mg	2	GC
DOPTELET TABS 20mg	5	LA PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	3	
ENDARI PACK 5gm	5	LA PA
HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 viales / 30 días)	5	QL LA PA
HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 viales / 30 días)	5	QL LA PA
icatibant acetate SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL PA
pentoxifylline TBCR 400mg	2	GC
PROMACTA PACK 12.5mg QL (360 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA PACK 25mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
sajazir SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL PA
tranexamic acid SOLN 1000mg/10ml	4	
tranexamic acid TABS 650mg	3	
<b>INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA</b>		
aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg	4	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	4	
clopidogrel bisulfate TABS 75mg	1	GC

ST - Terapia Escalonada

B/D - Autorización

ED - Medicamento Excluido   GC

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	5	PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg OTEZLA TABS 30mg QL (60 tabs / 30 días)	5	LA PA
OTEZLA TAB 10/20/30 QL (110 tabs / año)	5	QL PA
REMICADE SOLR 100mg RENFLEXIS SOLR 100mg RINVOQ TB24 15mg, 30mg QL (30 tabs / 30 días)	5	PA
RINVOQ TB24 45mg QL (112 tabs / año)	5	QL PA
SKYRIZI PSKT 75mg/0.83ml QL (7 kits / 365 días)	5	QL PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (7 jeringas / 365 días)	5	QL PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (7 pens / 365 días)	5	QL PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml QL (2 viales / 28 días)	5	QL LA PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml QL (3 jeringas / 28 días)	5	QL LA PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 24 días)	5	QL PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<b>FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS</b>		
<b>MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (DMARD)</b>		
hydroxychloroquine sulfate TABS 200mg	3	
leflunomide TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
methotrexate sodium TABS 2.5mg	3	

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

51

GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TREXALL TABS 5mg, 7.5mg, 4 10mg, 15mg		B/D
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	B/D
<b>INMUNOGLOBULINAS</b>		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml	5	PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	PA
GAMASTAN INJ	4	B/D
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	5	PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 5 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 25gm/500ml, 30gm/300ml	5	PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 5 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 5 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	5	LA PA
ARCALYST SOLR 220mg	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
INTRON A SOLN 6000000unit/ml, 10000000unit/ml; SOLR 5000000unit	5	B/D
INTRON A SOLR 10000000unit	3	B/D
INTRON A SOLR 18000000unit	4	B/D
<b>INMUNOSUPRESORES</b>		
azathioprine TABS 50mg	3	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; 5 SOSY 200mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	QL PA	
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	5	PA
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	4	B/D
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	B/D
gengraf CAPS 25mg, 100mg; 4 SOLN 100mg/ml	4	B/D
mycophenolate mofetil CAPS 3 250mg; TABS 500mg	3	B/D
mycophenolate mofetil SUSR 5 200mg/ml	5	B/D
mycophenolate sodium TBEC 4 180mg, 360mg	4	B/D
NULOJIX SOLR 250mg	5	B/D
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D
REZUROCK TABS 200mg	5	LA PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	3	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
ZORTRESS TABS 1mg	5	B/D
<b>VACUNAS</b>		
ACTHIB INJ	3	
ADACEL INJ	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
BCG VACCINE SOLR 50mg	3	
BEXSERO INJ	3	
BOOSTRIX INJ	3	
DAPTACEL INJ	3	
DENGVAXIA SUS	3	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	3	B/D
ENGERIX-B SUSP 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	3	B/D
GARDASIL 9 INJ	3	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	3	
HIBERIX SOLR 10mcg	3	
IMOVOX RABIES (H.D.C.V.) INJ 2.5unit/ml	3	B/D
INFANRIX INJ	3	
IPOV INJ INACTIVE	3	
IXIARO INJ	3	
KINRIX INJ	3	
M-M-R II INJ	3	
MENACTRA INJ	3	
MENQUADFI INJ	3	
MENVEO INJ	3	
PEDIARIX INJ 0.5ML	3	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	3	
PENTACEL INJ	3	
PREHEVBRIOSUSP 10mcg/ml	3	B/D
PROQUAD INJ	3	
QUADRACEL INJ	3	
RABAVERT INJ	3	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml	3	B/D
ROTARIX SUS	3	
ROTAQE 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
TICOVAC SUSY 2.4mcg/0.5ml	3	
TRUMENBA INJ	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
<b>SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS</b> <b>ELECTROLITOS/MINERALS,</b> <b>INJECTABLE</b>		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	3	
D5W/LYTES INJ #48	4	
D10W/NACL INJ 0.2%	3	
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 5% in lactated ringers	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%	3	
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	3	
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	
ISOLYTE-S INJ	4	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	4	
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj	3	

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN NACL 0.45% INJ	4	
kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN NACL 0.9% INJ	4	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4	
<i>lactated ringer's solution</i>	3	
MAGNESIUM SULFATE	3	
SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml		
<i>magnesium sulfate</i> SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	3	
<i>magnesium sulfate</i> 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	
<i>potassium chloride</i> SOLN 2meq/ml	3	
POTASSIUM CHLORIDE	4	
SOLN 10meq/50ml, 20meq/50ml		
<i>potassium chloride</i> SOLN 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml	4	
<i>potassium chloride</i> 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj	3	
<i>sodium chloride</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	3	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
<b>ELECTROLITOS/MINERALS/VITAMINAS, ORAL</b>		
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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq	3	
<i>potassium chloride</i> PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	4	
<i>potassium chloride</i> TBCR 8meq, 10meq, 20meq	2	GC
<i>potassium chloride</i> <i>microencapsulated crystals er</i> TBCR 10meq, 20meq	2	GC
<i>potassium chloride</i> <i>microencapsulated crystals er</i> TBCR 15meq	3	
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	3	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1</i> (0.5 f) mg/ml soln	2	GC
TRICARE TAB PRENATAL	3	
<b>NUTRICIÓN IV</b>		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	4	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	4	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
<i>dextrose</i> SOLN 5%, 10%	3	
<i>dextrose</i> SOLN 50%, 70%	3	B/D
FREAMINE III INJ 10%	4	B/D
<i>hepatamine</i>	4	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	4	B/D
<i>plenamine</i>	4	B/D
PREMASOL SOL 10%	4	B/D
PROCALAMINE INJ 3%	4	B/D
PROSOL INJ 20%	4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	4	B/D

PA - Autorización Previa QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>OFTÁLMICO</b>		
<b>CONTRA INFECCIONES /</b>		
<b>ANTIINFLAMATORIOS</b>		
bacitracin-polymyxin-	3	
neomycin-hc ophth oint 1%		
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	4	
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	
<b>CONTRA INFECCIONES</b>		
bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm	3	
bacitracin-polymyxin b ophth oint	2	GC
BESIVANCE SUSP .6%	3	
CILOXAN OINT .3%	3	
ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%	2	GC
erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm	2	GC
gatifloxacin (ophth) SOLN .5%	3	
gentak OINT .3%	3	
gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%	2	GC
moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%	3	
NATACYN SUSP 5%	4	
neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-1000unt op oin	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>neomycin-polomy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt- mg/ml</i>		
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>		
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>		
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>		
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>		
<i>trifluridine SOLN 1%</i>		
<i>ZIRGAN GEL .15%</i>		
<b>ANTIINFLAMATORIOS</b>		
ALREX SUSP .2%		
bromfenac sodium (ophth) SOLN .09%		
BROMSITE SOLN .075%		
dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%		
diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%		
difluprednate EMUL .05%		
FLAREX SUSP .1%		
fluorometholone (ophth) SUSP .1%		
flurbiprofen sodium SOLN .03%		
ILEVRO SUSP .3%		
ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%		
ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .5%		
LOTEMAX OINT .5%		
prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%		
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%		
PROLENSA SOLN .07%		
<b>ANTIALÉRGICOS</b>		
azelastine hcl (ophth) SOLN .05%		
bepotastine besilate SOLN 1.5%		
BEPREVE SOLN 1.5%		

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

B/D - Autorización

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

55

- 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
cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%	1	GC
LASTACRAFT SOLN .25%	4	
olopatadine hcl SOLN .1%	3	
ZERVIA TE SOLN .24%	4	
<b>CONTRA EL GLAUCOMA</b>		
ALPHAGAN P SOLN .1%	3	
betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%	3	
BETOPTIC-S SUSP .25%	3	
brimonidine tartrate SOLN .2%	1	GC
brimonidine tartrate SOLN .15%	4	
brinzolamide SUSP 1%	4	
carteolol hcl (ophth) SOLN 1%	2	GC
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	
dorzolamide hcl SOLN 2%	2	GC
dorzolamide hcl-timolol	2	GC
maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml		
latanoprost SOLN .005%	2	GC
levobunolol hcl SOLN .5%	2	GC
LUMIGAN SOLN .01%	3	
pilocarpine hcl SOLN 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLN .02%	3	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	3	
timolol maleate (ophth) SOLG 4 .25%, .5%	4	
timolol maleate (ophth) SOLN 1 .25%, .5%	1	GC
timolol maleate (ophth) once- daily SOLN .5%	4	
travoprost SOLN .004%	4	
VYZULTA SOLN .024%	4	
<b>VARIOS</b>		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	
atropine sulfate (ophthalmic) SOLN 1%	3	
CYSTADROPS SOLN .37%	5	LA PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ISOPTO ATROPINE SOLN 1%	3	
proparacaine hcl SOLN .5%	3	
RESTASIS EMUL .05%	3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	
Xiidra SOLN 5%	3	
<b>ÓTICO</b>		
<b>ÓTICO AGENTS</b>		
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	
<b>INHIBDORES DE LA</b>		
<b>FOSFODIESTERASA TIPO 5</b>		
<b>INHIBDORES DE LA</b>		
<b>FOSFODIESTERASA TIPO 5</b>		
sildenafil citrate TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	ED QL (4 tabs / 30 días)
tadalafil TABS 10mg, 20mg	3	ED QL (4 tabs / 30 días)
<b>RESPIRATORIO</b>		
<b>COMBINACIONES DE ANICOLINÉRGICO / BETA AGONISTA</b>		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	QL (60 blisters / 30 días)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	3	QL (1 inhalador / 30 días)
BREZTRI AERO AER SPHERE	3	QL (1 inhalador / 30 días)

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC

56

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>hydroxyzine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml <i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg <i>olopatadine hcl (nasal)</i> SOLN .6%	4	
<b>BETA AGONISTAS</b>		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Proair HFA)	3	QL
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Proventil HFA)	3	QL
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Ventolin HFA)	3	QL
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml <i>albuterol sulfate</i> NEBU .083% <i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml <i>albuterol sulfate</i> TABS 2mg, 4mg <i>arformoterol tartrate</i> NEBU 15mcg/2ml <i>BROVANA</i> NEBU 15mcg/2ml <i>formoterol fumarate</i> NEBU 20mcg/2ml <i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	2	GC B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml <i>albuterol sulfate</i> TABS 2mg, 4mg <i>arformoterol tartrate</i> NEBU 15mcg/2ml <i>BROVANA</i> NEBU 15mcg/2ml <i>formoterol fumarate</i> NEBU 20mcg/2ml <i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	5	GC
<i>albuterol sulfate</i> TABS 2mg, 4mg <i>arformoterol tartrate</i> NEBU 15mcg/2ml <i>BROVANA</i> NEBU 15mcg/2ml <i>formoterol fumarate</i> NEBU 20mcg/2ml <i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	4	B/D
<i>albuterol sulfate</i> TABS 2mg, 4mg <i>arformoterol tartrate</i> NEBU 15mcg/2ml <i>BROVANA</i> NEBU 15mcg/2ml <i>formoterol fumarate</i> NEBU 20mcg/2ml <i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	5	B/D
<i>albuterol sulfate</i> TABS 2mg, 4mg <i>arformoterol tartrate</i> NEBU 15mcg/2ml <i>BROVANA</i> NEBU 15mcg/2ml <i>formoterol fumarate</i> NEBU 20mcg/2ml <i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	4	B/D
<i>albuterol sulfate</i> TABS 2mg, 4mg <i>arformoterol tartrate</i> NEBU 15mcg/2ml <i>BROVANA</i> NEBU 15mcg/2ml <i>formoterol fumarate</i> NEBU 20mcg/2ml <i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	5	B/D

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
levalbuterol tartrate AERO 45mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
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
<b>MODULADORES DE LOS LEUCOTRIENOS</b>		
montelukast sodium CHEW 4mg, 5mg	3	
montelukast sodium PACK 4mg	4	
montelukast sodium TABS 10mg	1	GC
zafirlukast TABS 10mg, 20mg	3	
<b>VARIOS</b>		
acetylcysteine SOLN 10%, 20%	3	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	LA PA
cromolyn sodium NEBU 20mg/2ml	3	B/D
DALIRESP TABS 250mcg, 500mcg	4	
epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml (genérico de EpiPen)	3	
epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (genérico de Adrenaclick)	3	
ESBRIET CAPS 267mg QL (270 caps / 30 días)	5	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ESBRIET TABS 267mg QL (270 tabs / 30 días)	5	QL PA
ESBRIET TABS 801mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
FASENRA SOSY 30mg/ml	5	LA PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5	LA PA
KALYDECO PACK 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL PA
pirfenidone TABS 267mg QL (270 tabs / 30 días)	5	QL PA
pirfenidone TABS 801mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	5	LA PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	5	PA
SYMDEKO TAB 50-75MG QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMDEKO TAB 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	4	
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	4	
theophylline SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg	4	
theophylline TB24 400mg, 600mg	3	
TRIKAFTA TAB 50-25- 37.5MG & 75MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA

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

- 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
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	5	LA PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg	5	LA PA
<b>ESTEROIDES NASALES</b>		
flunisolide (nasal) SOLN .025% QL (3 botellas / 30 días)	3	QL
fluticasone propionate (nasal) SUSP 50mcg/act QL (1 botella / 30 días)	2	GC QL
mometasone furoate (nasal) SUSP 50mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
OMNARIS SUSP 50mcg/act QL (1 inhalador / 30 días)	4	QL
<b>ESTEROIDES INHALADOS</b>		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalaciones / 30 días)	3	QL
budesonide (inhalation) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	4	B/D
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist QL (180 inhalaciones / 30 días)	3	QL
FLOVENT DISKUS AEPB 100mcg/blist, 250mcg/blist QL (240 inhalaciones / 30 días)	3	QL
FLOVENT HFA AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
PULMICORT FLEXHALER AEPB 90mcg/act QL (3 inhaladores / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PULMICORT FLEXHALER AEPB 180mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
<b>COMBINACIONES DE ESTEROIDES / BETA AGONISTA</b>		
ADVAIR DISKU AER 100/50 QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
ADVAIR DISKU AER 250/50 QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
ADVAIR DISKU AER 500/50 QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
ADVAIR HFA AER 45/21 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
ADVAIR HFA AER 115/21 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
ADVAIR HFA AER 230/21 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
BREO ELLIPTA INH 100-25 QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
BREO ELLIPTA INH 200-25 QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
SYMBICORT AER 80-4.5 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
SYMBICORT AER 160-4.5 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
<b>DE USO TÓPICO</b>		
<b>DERMATOLOGÍA, ACNÉ</b>		
accutane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
amnesteem CAPS 10mg, 20mg, 40mg	4	PA
avita CREA .025%; GEL .025% QL (45 gm / 30 días)	4	QL PA
benzoyl peroxide- erythromycin gel 5-3% QL (46.6 gm / 30 días)	4	QL

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

- 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 - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

59

GC

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

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

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

ST - Terapia Escalonada

ED - Medicamento Excluido   GC

B/D - Autorización

60

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

<b>Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Requisitos/ límites</b>
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA	4	QL .025% QL (120 gm / 30 días)
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL	3	QL .01% QL (118.28 mL / 30 días)
<i>fluocinolone acetonide</i> OINT	3	QL .025% QL (120 gm / 30 días)
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN	4	QL .01% QL (90 mL / 30 días)
<i>fluocinonide</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT	4	QL .05% QL (60 gm / 30 días)
<i>fluocinonide</i> SOLN .05% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
<i>fluocinonide emulsified base</i>	3	QL CREA .05% QL (120 gm / 30 días)
<i>fluticasone propionate</i> CREA	3	.05%; OINT .005%
<i>halobetasol propionate</i> CREA	4	QL .05%; OINT .05% QL (50 gm / 30 días)
<i>hydrocortisone (topical)</i>	1	GC CREA 1%
<i>hydrocortisone (topical)</i>	2	GC CREA 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%
<i>mometasone furoate</i> CREA	3	.1%; OINT .1%; SOLN .1%
<i>triamcinolone acetonide</i>	2	GC QL (topical) CREA .1% QL (454 gm / 30 días)
<i>triamcinolone acetonide</i>	2	GC (topical) CREA .025%, .5%; OINT .025%, .1%, .5%
<i>triamcinolone acetonide</i>	3	(topical) LOTN .025%, .1%
<i>triderm</i> CREA .5%	2	GC

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

B/D - Autorización

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

61

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
glydo PRSY 2% QL (60 mL / 30 días)	4	QL PA
lidocaine OINT 5% QL (50 gm / 30 días)	4	QL PA
lidocaine PTCH 5% QL (3 parches / 1 día)	4	QL PA
lidocaine hcl GEL 2% QL (30 mL / 30 días)	4	QL PA
lidocaine hcl SOLN 4% QL (50 mL / 30 días)	3	QL PA
lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5% QL (30 gm / 30 días)	3	QL PA
<b>DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LAS MEMBRANAS MUCOSAS</b>		
azelaic acid GEL 15% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
bexarotene (topical) GEL 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA
diclofenac sodium (topical) GEL 1% QL (1000 gm / 30 días)	3	QL PA
FINACEA FOAM 15% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
fluorouracil (topical) CREA 5% QL (40 gm / 30 días)	4	QL
fluorouracil (topical) SOLN 2%, 5% QL (10 mL / 30 días)	3	QL
hydrocortisone (rectal) CREA 2.5% QL (24 paquetes / 30 días)	2	GC
imiquimod CREA 5% QL (24 paquetes / 30 días)	3	QL
lactic acid (ammonium lactate) 2 CREA 12% LOTN 12%	2	GC
lactic acid (ammonium lactate) 3 LOTN 12%	3	GC
metronidazole (topical) CREA 4 .75% QL (45 gm / 30 días)	4	QL
metronidazole (topical) GEL .75% QL (45 gm / 30 días)	3	QL

PA - Autorización Previa      QL - Cantidad Limitada

Previa, Parte D vs. Parte B solamente

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
metronidazole (topical) LOTN .75%	4	QL
QL (59 mL / 30 días)		
NORITATE CREA 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL
PANRETIN GEL .1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA
podofilox SOLN .5% QL (7 mL / 28 días)	3	QL
procto-med hc CREA 2.5%	3	
procto-pak CREA 1%	3	
proctosol hc CREA 2.5%	3	
proctozone-hc CREA 2.5%	3	
RECTIV OINT .4% QL (30 gm / 30 días)	4	QL
rosadan CREA .75% QL (45 gm / 30 días)	4	QL
tacrolimus (topical) OINT .03%, .1% QL (100 gm / 30 días)	4	QL
TARGRETIN GEL 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA
VALCHLOR GEL .016% QL (60 gm / 30 días)	5	QL LA PA
ZYCLARA PUMP CREA 2.5% QL (15 gm / 30 días)	5	QL
<b>DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y CONTRA LA PEDICULOSIS</b>		
malathion LOTN .5% QL (59 mL / 30 días)	4	QL
permethrin CREA 5% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<b>DERMATOLOGÍA, AGENTES PARA EL CUIDAD DE HERIDAS</b>		
REGRANEX GEL .01% QL (30 gm / 30 días)	5	QL PA
SANTYL OINT 250unit/gm QL (180 gm / 30 días)	4	QL
sodium chloride (gu irrigant) SOLN .9% water for irrigation, sterile irrigation soln	3	GC
<b>AGENTES PARA LA BOCA / GARGANTA / DENTALES</b>		
cevimeline hcl CAPS 30mg	4	

ST - Terapia Escalonada

B/D - Autorización

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Medicamento Excluido

62

GC

<b>Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Requisitos/ límites</b>
<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 3 100000unit/ml</i>		
<i>periogard SOLN .12%</i>	1	GC
<i>pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%</i>		
<b>VITAMINAS</b>		
<b>COMPLEJO DE VITAMINA B</b>		
<i>cyanocobalamin SOLN 1000mcg/ml</i>	2	ED GC
<i>folic acid TABS 1mg QL (30 tabs / 30 días)</i>	1	ED GC QL
<b>VITAMINA D</b>		
<i>ergocalciferol CAPS 50000unit QL (4 caps / 28 días)</i>	2	ED GC QL
<b>ACTIVIDAD DE LA VITAMINA K</b>		
<i>phytonadione TABS 5mg QL (60 tabs / 30 días)</i>	4	ED QL

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

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

## ÍNDICE

<b>A</b>	
abacavir sulfate.....	12
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg.....	12
abacavir sulfate- lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg....	12
ABELCET .....	11
ABILITY MAINTENA.....	34
abiraterone acetate.....	17
ABRAXANE INJ 100MG .	18
acamprosate calcium.....	38
acarbose.....	39
accutane .....	60
acebutolol hcl.....	26
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml.....	9
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg.....	9
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg.....	9
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg.....	9
acetazolamide .....	27
acetic acid.....	49
acetic acid (otic).....	57
acetylcysteine .....	58
acitretin .....	61
ACTHIB INJ .....	53
ACTIMMUNE .....	52
acyclovir.....	13
acyclovir sodium .....	13
ADACEL INJ .....	53
adefovir dipivoxil.....	13
ADEMPAS .....	28
ADRENALIN .....	27
adriamycin .....	16
ADVAIR DISKU AER 100/50 .....	59
ADVAIR DISKU AER 250/50 .....	59
ADVAIR DISKU AER 500/50 .....	59
ADVAIR HFA AER 115/21 .....	60
ADVAIR HFA AER 230/21 .....	60
ADVAIR HFA AER 45/21	60
AFINITOR .....	18
AFINITOR DISPERZ .....	18
afirmelle .....	43
AIMOVIG .....	37
ala-cort.....	61
albendazole .....	10
albuterol sulfate .....	58
alclometasone dipropionate .....	61
ALDURAZYME .....	46
ALECENSA .....	18
alendronate sodium .....	42
alfuzosin hcl.....	49
ALIMTA.....	16
aliskiren fumarate .....	27
allopurinol .....	8
alosetron hcl .....	48
ALPHAGAN P .....	56
alprazolam.....	28
ALREX.....	56
altavera.....	43
ALTOPREV .....	25
ALUNBRIG .....	18
ALUNBRIG PAK .....	18
alyacen 1/35 .....	43
alyacen 7/7/7 .....	43
amabelz .....	45
amantadine hcl .....	33
AMBISOME .....	11
ambrisentan.....	28
amikacin sulfate .....	10
amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg.....	27
amiloride hcl.....	27
amiodarone hcl .....	24
amitriptyline hcl .....	31
amlodipine besylate .....	26
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-10 mg.....	27
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-20 mg.....	27
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-40 mg.....	27
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-20 mg.....	22
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-40 mg.....	22
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg.....	22

<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>olmesartan medoxomil</i>	
<i>tab 5-40 mg</i> .....22	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 10-160 mg</i>	
.....22	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 10-320 mg</i>	
.....22	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 5-160 mg</i> 22	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 5-320 mg</i> 22	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-160-12.5 mg</i> .....22	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-160-25 mg</i> .....23	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-320-25 mg</i> .....23	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>5-160-12.5 mg</i> .....22	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>5-160-25 mg</i> .....22	
<i>amnesteem</i> .....60	
<i>amoxapine</i> .....32	
<i>amoxicillin</i> .....15	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>chew tab 200-28.5 mg</i> .15	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>chew tab 400-57 mg</i> ....15	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	
.....15	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	
.....15	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>for susp 400-57 mg/5ml</i>	
.....15	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	
.....15	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>tab 250-125 mg</i> .....15	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>tab 500-125 mg</i> .....15	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>tab 875-125 mg</i> .....15	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	
.....15	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 10 mg</i> .....36	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 15 mg</i> .....36	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 20 mg</i> .....36	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 25 mg</i> .....36	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 30 mg</i> .....36	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 5 mg</i> .....36	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>10 mg</i> .....36	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>12.5 mg</i> .....36	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>15 mg</i> .....36	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>20 mg</i> .....36	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>30 mg</i> .....36	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab 5</i>	
<i>mg</i> .....36	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>7.5 mg</i> .....36	
<i>amphotericin b</i> .....11	
<i>amphotericin b liposome</i> .11	
<i>ampicillin</i> .....15	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	
<i>sodium for inj 1.5 (1-0.5)</i>	
<i>gm</i> .....15	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	
<i>sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	
.....15	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	
<i>sodium for iv soln 1.5 (1-</i>	
<i>0.5) gm</i> .....15	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	
<i>sodium for iv soln 15 (10-</i>	
<i>5) gm</i> .....15	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	
<i>sodium for iv soln 3 (2-1)</i>	
<i>gm</i> .....15	
<i>ampicillin sodium</i> .....15	
<i>anagrelide hcl</i> .....50	
<i>anastrozole</i> .....17	
<i>ANDRODERM</i> .....39	
<i>ANORO ELLIPT AER</i> 62.5-	
25 .....	57
<i>aprepitant</i> .....47	
<i>aprepitant capsule therapy</i>	
<i>pack 80 &amp; 125 mg</i> .....47	
<i>api.</i> .....43	
<i>APTIOM</i> .....28	
<i>APTIVUS</i> .....12	
<i>ARALAST NP</i> .....58	
<i>aranelle</i> .....43	
<i>ARCALYST</i> .....52	
<i>arformoterol tartrate</i> .....58	
<i>ariprazole</i> .....34	
<i>ARISTADA</i> .....34	
<i>ARISTADA INITIO</i> .....34	
<i>armodafinil</i> .....38	
<i>ARNUITY ELLIPTA</i> .....59	
<i>asenapine maleate</i> .....34	
<i>aspirin-dipyridamole cap er</i>	
<i>12hr 25-200 mg</i> .....51	
<i>atazanavir sulfate</i> .....12	
<i>atenolol</i> .....26	
<i>atenolol &amp; chlorthalidone</i>	
<i>tab 100-25 mg</i> .....25	
<i>atenolol &amp; chlorthalidone</i>	
<i>tab 50-25 mg</i> .....25	
<i>atomoxetine hcl</i> .....36	
<i>atorvastatin calcium</i> .....25	
<i>atovaquone</i> .....10	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	
<i>tab 250-100 mg</i> .....11	

atovaquone-proguanil hcl	
tab 62.5-25 mg.....	11
ATROPINE SULFATE .....	56
atropine sulfate	
(ophthalmic).....	56
ATROVENT HFA.....	57
aubra eq .....	43
aurovela 1/20.....	43
aurovela fe 1.5/30.....	43
aurovela fe 1/20.....	43
AUSTEDO .....	37, 38
AVASTIN .....	18
aviane.....	43
avita.....	60
ayuna.....	43
AYVAKIT .....	18
azacitidine.....	16
azathioprine .....	53
azelaic acid.....	62
azelastine hcl.....	57
azelastine hcl (ophth).....	56
azithromycin .....	14
aztreonam.....	10
azurette.....	43
<b>B</b>	
bacitracin (ophthalmic)....	55
bacitracin-polymyxin b	
ophth oint .....	55
bacitracin-polymyxin-	
neomycin-hc ophth oint	
1%.....	55
baclofen .....	38
balsalazide disodium .....	48
BALVERSA.....	18
balziva .....	43
BARACLUDE.....	13
BASAGLAR KWIKPEN...41	
BCG VACCINE .....	53
BD ALCOHOL SWABS...41	
BELSOMRA.....	37
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab	
10-12.5 mg.....	21
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab	
20-12.5 mg.....	21
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab	
20-25 mg.....	21
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab	
5-6.25mg.....	21
benazepril hcl.....	22
BENDEKA .....	16
BENLYSTA .....	53
benzoyl peroxide-	
erythromycin gel 5-3% 60	
benztropine mesylate.....	33
bepotastine besilate.....	56
BEPREVE.....	56
BERINERT .....	51
BESIVANCE .....	55
BESREMI .....	17
betaine powder for oral	
solution.....	46
betamethasone	
dipropionate (topical)...61	
betamethasone	
dipropionate augmented	
.....	61
betamethasone valerate .61	
BETASERON.....	38
betaxolol hcl (ophth) .....	56
bethanechol chloride.....	49
BETOPTIC-S .....	56
BEVESPI AER 9-4.8MCG	
.....	57
bexarotene.....	17
bexarotene (topical).....	62
BEXSERO INJ .....	53
bicalutamide.....	17
BICILLIN L-A.....	15
BIKTARVY TAB 30-120-15	
MG .....	12
BIKTARVY TAB 50-200-25	
MG .....	12
bisoprolol &	
hydrochlorothiazide tab	
10-6.25 mg.....	25
bisoprolol &	
hydrochlorothiazide tab	
2.5-6.25 mg.....	25
bisoprolol &	
hydrochlorothiazide tab	
5-6.25 mg.....	25
bisoprolol fumarate .....	26
BIVIGAM.....	52
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	
.....	55
blisovi fe 1.5/30.....	43
BOOSTRIX INJ.....	53
bortezomib.....	18
BORTEZOMIB .....	18
bosentan.....	28
BOSULIF .....	18
BRAFTOVI.....	18
BREO ELLIPTA INH 100-	
25 .....	60
BREO ELLIPTA INH 200-	
25 .....	60
BREZTRI AERO AER	
SPHERE .....	57
BREZTRI AERO AER	
SPHERE	
(INSTITUTIONAL PACK)	
.....	57
briellyn .....	43
BRILINTA.....	51
brimonidine tartrate.....	56
brinzolamide .....	56
BRIVIACT .....	28, 29
bromfenac sodium (ophth)	
.....	56
bromocriptine mesylate..33	
BROMSITE .....	56
BROVANA .....	58
BRUKINSA .....	18
budesonide .....	48
budesonide (inhalation) ..59	
bumetanide .....	27
buprenorphine hcl .....	38
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl film 12-3	
mg (base equiv) .....	39
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl film 2-0.5	
mg (base equiv) .....	38
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl film 4-1	
mg (base equiv) .....	39
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl film 8-2	
mg (base equiv) .....	39
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl tab 2-0.5	
mg (base equiv) .....	39
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl tab 8-2	
mg (base equiv) .....	39

bupropion hcl .....	32
bupropion hcl (smoking deterrent) .....	39
buspirone hcl .....	28
butorphanol tartrate .....	9
BYDUREON BCISE.....	39
BYETTA.....	39
<b>C</b>	
cabergoline .....	46
CABOMETYX .....	18
calcipotriene .....	61
calcitonin (salmon) spray	42
calcitrene .....	61
calcitriol.....	47
calcium acetate (phosphate binder).....	46
CALQUENCE .....	18
camila .....	43
candesartan cilexetil .....	24
candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg.....	23
candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg.....	23
candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-25 mg.....	23
CAPLYTA .....	34
CAPRELSA .....	18
captopril .....	22
carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg .....	33
carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg .....	33
carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg .....	33
CARBAGLU .....	46
carbamazepine .....	29
carbidopa .....	33
carbidopa & levodopa tab 10-100 mg.....	33
carbidopa & levodopa tab 25-100 mg.....	33
carbidopa & levodopa tab 25-250 mg.....	33
carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg.....	33
carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg.....	33
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 12.5-50-200 mg.....	33
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 18.75-75-200 mg.....	33
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 25-100-200 mg.....	33
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 31.25-125-200 mg.....	33
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 37.5-150-200 mg.....	33
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 50-200-200 mg.....	33
carboplatin .....	16
carglumic acid .....	46
carteolol hcl (ophth) .....	56
cartia xt .....	26
carvedilol .....	26
caspofungin acetate .....	11
CAYSTON .....	10
caziant .....	43
cefaclor .....	14
CEFACLOR ER .....	14
cefadroxil .....	14
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML .....	14
cefazolin sodium .....	14
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4% .....	14
cefdinir .....	14
cefepime hcl .....	14
cefixime .....	14
cefoxitin sodium .....	14
cefpodoxime proxetil .....	14
ceftazidime .....	14
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM .....	14
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM .....	14
ceftriaxone sodium .....	14
cefuroxime axetil .....	14
cefuroxime sodium .....	14
celecoxib .....	8
CELONTIN .....	29
cephalexin .....	14
CERDELGA .....	46
CEREZYME .....	46
cetirizine hcl .....	57
cevimeline hcl .....	63
CHANTIX PAK 0.5& 1MG .....	39
chateal .....	43
CHEMET .....	42
chlorhexidine gluconate (mouth-throat) .....	63
chloroquine phosphate ..	11
chlorpromazine hcl .....	34
CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR .....	34
chlorthalidone .....	27
cholestyramine .....	25
cholestyramine light .....	25
choline fenofibrate .....	24
ciclopirox olamine .....	60
cilostazol .....	51
CILOXAN .....	55
CIMDUO TAB 300-300 ..	12
cinacalcet hcl .....	46
CIPRO .....	15
CIPRO HC SUS ÓTICO ..	57
ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w .....	15
ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w .....	15
ciprofloxacin hcl .....	15
ciprofloxacin hcl (ophth) ..	55
ciprofloxacin- dexamethasone otic susp 0.3-0.1% .....	57
cisplatin .....	16
citalopram hydrobromide ..	32
claravis .....	60
clarithromycin .....	14
clindamycin hcl .....	10
clindamycin palmitate hydrochloride .....	10
clindamycin phosphate ..	10
clindamycin phosphate (topical) .....	60

<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	10
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	10
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	10
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	50
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	10
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	10
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	10
CLINIMIX INJ 4.25/D10	.55
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	.55
CLINIMIX INJ 5%/D15W	.55
CLINIMIX INJ 5%/D20W	.55
CLINIMIX INJ 6/5	.55
CLINIMIX INJ 8/10	.55
CLINIMIX INJ 8/14	.55
<i>clinisol sf 15%</i>	.55
CLINOLIPID EMU 20%	.55
clobazam	.29
clobetasol propionate	.61
clobetasol propionate e	.61
clomipramine hcl	.32
clonazepam	.29
clonidine	.27
clonidine hcl	.27
clopидogrel bisulfate	.51
clorazepate dipotassium	.29
clotrimazole	.63
clotrimazole (topical)	.60
clotrimazole w/ betamethasone cream 1- 0.05%	.60
clozapine	.34
COARTEM TAB 20-120MG	11
colchicine	.8
colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg	.8
colesevelam hcl	.25
colestipol hcl	.25
colistimethate sodium	.10
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	.56
COMBIVENT AER 20-100	.57
COMETRIQ (60MG DOSE)	.18
COMETRIQ KIT 100MG	.18
COMETRIQ KIT 140MG	.18
COMPLERA TAB	.12
compro	.47
constulose	.48
COPIKTRA	.18
CORLANOR	.27
COTELLIC	.18
CREON CAP 12000UNT	.49
CREON CAP 24000UNT	.49
CREON CAP 3000UNIT	.49
CREON CAP 36000UNT	.49
CREON CAP 6000UNIT	.49
cromolyn sodium	.58
cromolyn sodium (mastocytosis)	.48
cromolyn sodium (ophth)	.56
cryselle-28	.43
cyanocobalamin	.63
cyclobenzaprine hcl	.38
cyclophosphamide	.16
CYCLOPHOSPHAMIDE	.16
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR	.16
cycloserine	.13
cyclosporine	.53
cyclosporine modified (for microemulsion)	.53
cyproheptadine hcl	.57
cyred eq	.43
CYSTADANE POW	.46
CYSTADROPS	.56
CYSTAGON	.46
CYSTARAN	.56
cytarabine	.16
<b>D</b>	
D10W/NACL INJ 0.2%	.54
D2.5W/NACL INJ 0.45%	.54
D5W/LYTES INJ #48	.54
dalfampridine	.38
DALIRESP	.58
danazol	.45
dantrolene sodium	.38
dapsone	.10
DAPTACEL INJ	.53
daptomycin	.10
DAPTO MYCIN	.10
darifenacin hydrobromide	.49
dasetta 1/35	.43
dasetta 7/7/7	.43
DAURISMO	.18
deblitane	.43
deferasirox	.42
DELESTROGEN	.45
DELSTRIGO TAB	.13
DENGVAXIA SUS	.53
DESCOVY TAB 120-15MG	.13
DESCOVY TAB 200/25MG	.13
desipramine hcl	.32
desloratadine	.57
desmopressin acetate	.46
desmopressin acetate spray	.46
desmopressin acetate spray refrigerated	.46
desogest-eth estrad & eth estradiol tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)	.43
desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	.43
desvenlafaxine succinate	.32
dexamethasone	.45
<b>DEXAMETHASONE</b>	
INTENSOL	.45
dexamethasone sodium phosphate	.45
dexamethasone sodium phosphate (ophth)	.56
dexlansoprazole	.49
dexmethylphenidate hcl	.36
dextrose	.55
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	.54
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	.54
dextrose 5% in lactated ringers	.54
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	.54

dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225% .....	54
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3% .....	54
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45% .....	54
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9% .....	54
DIACOMIT .....	29
diazepam .....	29
diazepam (anticonvulsant) .....	29
diazepam inj .....	29
diazoxide .....	45
diclofenac potassium .....	8
diclofenac sodium .....	8
diclofenac sodium (ophth) .....	56
diclofenac sodium (topical) .....	62
diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 50-0.2 mg .....	8
diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 75-0.2 mg .....	8
dicloxacillin sodium .....	15
dicyclomine hcl .....	48
DIFICID .....	15
diflunisal .....	8
difluprednate .....	56
digitek .....	27
digox .....	28
digoxin .....	28
dihydroergotamine mesylate .....	37
DILANTIN .....	29
DILANTIN INFATABS .....	29
DILANTIN-125 .....	29
diltiazem hcl .....	26
diltiazem hcl coated beads .....	26
diltiazem hcl extended release beads .....	26
dilt-xr .....	26
DIP/TET PED INJ 25-5LFU .....	53
diphenhydramine hcl .....	57
diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml... .....	48
diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg..... .....	48
dipyridamole .....	51
disopyramide phosphate .....	24
disulfiram .....	39
divalproex sodium .....	29
docetaxel .....	18
DOCETAXEL .....	18
dofetilide .....	24
donepezil hydrochloride .....	31
DOPTELET .....	51
dorzolamide hcl .....	56
dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml .....	56
dotti .....	45
DOVATO TAB 50-300MG .....	13
doxazosin mesylate .....	22
doxepin hcl .....	32
doxepin hcl (sleep) .....	37
doxercalciferol .....	47
doxorubicin hcl .....	16
doxorubicin hcl liposomal .....	16
doxy 100 .....	16
doxycycline (monohydrate) .....	16
doxycycline hyclate .....	16
DRIZALMA SPRINKLE .....	32
dronabinol .....	47
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg .....	43
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg .....	43
DROXIA .....	51
droxidopa .....	28
duloxetine hcl .....	32
dutasteride .....	49
dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg .....	49
<b>E</b>	
e.e.s. 400 .....	15
ec-naproxen .....	8
EDARBI .....	24
EDARBYCLOR TAB 40-12.5 .....	23
EDARBYCLOR TAB 40-25MG .....	23
EDURANT .....	12
efavirenz .....	12
efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg .....	13
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg .....	13
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg .....	13
elinest .....	43
ELIQUIS .....	50
ELIQUIS STARTER PACK .....	50
ELLA .....	43
eluryng .....	43
EMCYT .....	17
emoquette .....	43
EMSAM .....	32
emtricitabine .....	12
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg .....	13
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg .....	13
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg .....	13
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg .....	13
EMTRIVA .....	12
EMVERM .....	10
enalapril maleate .....	22
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg .....	21
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg .....	21
ENBREL .....	51
ENBREL MINI .....	51
ENBREL SURECLICK .....	51
ENDARI .....	51
endocet tab 10-325mg .....	9
endocet tab 2.5-325mg .....	9
endocet tab 5-325mg .....	9
endocet tab 7.5-325mg .....	9
ENGERIX-B .....	53
enoxaparin sodium .....	50

enpresse-28.....	43	estarrylla .....	43
enskyce .....	43	estradiol.....	45
ENSTILAR AER.....	61	estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg	45
entacapone.....	33	estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg ..	45
entecavir.....	13	estradiol vaginal.....	45
ENTRESTO TAB 24-26MG .....	23	estradiol valerate .....	45
ENTRESTO TAB 49-51MG .....	23	ethambutol hcl .....	13
ENTRESTO TAB 97- 103MG .....	23	ethosuximide.....	29
enulose.....	48	ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg .....	43
EPCLUSA PAK 150-37.5I3		ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg .....	43
EPCLUSA PAK 200-50MG .....	13	etodolac.....	8
EPCLUSA TAB 200-50MG .....	13	etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120- 0.015 mg/24hr.....	43
EPCLUSA TAB 400-100.13		etoposide.....	18
EPIDIOLEX.....	29	etravirine.....	12
epinephrine (anaphylaxis) .....	58	euthyrox.....	47
epirubicin hcl.....	16	everolimus .....	18
epitol.....	29	everolimus (immunosuppressant) .53	
EPIVIR HBV .....	13	EVOTAZ TAB 300-150 ..	13
eplerenone.....	22	exemestane .....	17
EPRONTIA .....	29	EXKIVITY .....	18
ergocalciferol .....	63	EZALLOR SPRINKLE....	25
ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg.....	37	ezetimibe .....	25
ERIVEDGE .....	18	ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg.....	25
ERLEADA.....	17	ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg.....	25
erlotinib hcl .....	18	ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg.....	25
errin .....	43	ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg.....	25
ertapenem sodium.....	10	F	
ery.....	60	FABRAZYME.....	46
ery-tab .....	15	falmina .....	43
ERYTHROCIN LACTOBIONATE .....	15	famciclovir.....	13
erythrocin stearate.....	15	famotidine .....	48
erythromycin (acne aid) ..	60	famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml.....	48
erythromycin (ophth).....	55	FANAPT .....	34
erythromycin base .....	15	FANAPT PAK .....	34
erythromycin ethylsuccinate .....	15	FARXIGA.....	39
erythromycin lactobionate .....	15	FASENRA.....	58
ESBRIET .....	58	FASENRA PEN .....	58
escitalopram oxalate.....	32	febuxostat .....	8
esomeprazole magnesium .....	49	felbamate .....	29
		felodipine .....	26
		femynor.....	43
		fenofibrate .....	24
		fenofibrate micronized ....	25
		fentanyl .....	8
		fentanyl citrate .....	9
		FETZIMA .....	32
		FETZIMA CAP TITRATIO .....	32
		FIASP FLEX INJ TOUCH41	
		FIASP INJ 100/ML .....	41
		FIASP PENFIL INJ U-100 .....	41
		FINACEA .....	62
		finasteride .....	49
		FINTEPLA.....	29
		flac .....	57
		FLAREX .....	56
		FLEBOGAMMA DIF .....	52
		flecainide acetate .....	24
		FLOVENT DISKUS .....	59
		FLOVENT HFA .....	59
		fluconazole.....	11
		fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml .....	11
		fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml .....	11
		flucytosine.....	11
		fludrocortisone acetate ..	45
		flunisolide (nasal) .....	59
		fluocinolone acetonide ...	61
		fluocinolone acetonide (otic) .....	57
		fluocinonide .....	61, 62
		fluocinonide emulsified base .....	62
		fluorometholone (ophth).56	
		fluorouracil .....	16
		fluorouracil (topical) .....	62
		fluoxetine hcl.....	32
		fluphenazine decanoate..34	
		fluphenazine hcl.....	34
		flurbiprofen.....	8
		flurbiprofen sodium .....	56
		flutamide .....	17
		fluticasone propionate....62	

<i>fluticasone propionate</i>	17
(nasal).....59	
<i>fluvastatin sodium</i> .....25	
<i>fluvoxamine maleate</i> .....28	
<i>folic acid</i> .....63	
<i>fondaparinux sodium</i> .....50	
<i>formoterol fumarate</i> .....58	
<b>FORTEO</b> .....42	
<b>FOSAMAX + D TAB 70-</b>	
2800 .....42	
<b>FOSAMAX + D TAB 70-</b>	
5600 .....42	
<i>fosamprenavir calcium</i> ....12	
<i>fosinopril sodium</i> .....22	
<i>fosinopril sodium &amp;</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
10-12.5 mg.....21	
<i>fosinopril sodium &amp;</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
20-12.5 mg.....21	
<b>FOTIVDA</b> .....18	
<b>FREAMINE III INJ 10%</b> ...55	
<i>fulvestrant</i> .....17	
<i>furosemide</i> .....27	
<i>furosemide inj</i> .....	27
<b>FUZEON</b> .....12	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	
.....45	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i> ....45	
<b>FYCOMPRA</b> .....29	
<b>G</b>	
<i> gabapentin</i> .....29, 30	
<i> galantamine hydrobromide</i>	
.....31	
<b>GAMASTAN INJ</b> .....52	
<b>GAMMAGARD LIQUID</b> ...52	
<b>GAMMAGARD S/D IGA</b>	
LESS TH .....52	
<b>GAMMAKED</b> .....52	
<b>GAMMAPLEX</b> .....52	
<b>GAMUNEX-C</b> .....52	
<i> ganciclovir sodium</i> .....13	
<b>GARDASIL 9 INJ</b> .....53	
<i> gatifloxacin (ophth)</i> .....55	
<b>GATTEX</b> .....48	
<b>GAUZE PADS 2</b> .....41	
<i> gavilyte-c</i> .....48	
<i> gavilyte-g</i> .....48	
<i> gavilyte-n/flavor pack</i> .....48	
<b>GAVRETO</b> .....18	
<i> gemcitabine hcl</i> .....17	
<i> gemfibrozil</i> .....25	
<i> generlac</i> .....48	
<i> gengraf</i> .....53	
<b>GENOTROPIN</b> .....46	
<b>GENOTROPIN MINIQUICK</b>	
.....46	
<i> gentak</i> .....55	
<i> gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i> .....10	
<i> gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i> .....10	
<i> gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i> .....10	
<i> gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i> .....10	
<i> gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i> .....10	
<i> gentamicin sulfate</i> .....10	
<i> gentamicin sulfate (ophth)</i>	
.....55	
<i> gentamicin sulfate (topical)</i>	
.....60	
<b>GENVOYA TAB</b> .....13	
<b>GILENYA</b> .....38	
<b>GILOTRIF</b> .....18	
<i> glatiramer acetate</i> .....38	
<i> glatopa</i> .....38	
<i> glimepiride</i> .....39	
<i> glipizide</i> .....39	
<i> glipizide xl</i> .....39	
<i> glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i> .....39	
<i> glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i> .....39	
<i> glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i> .....39	
<i> glycopyrrolate</i> .....48	
<i> glydo</i> .....62	
<b>GLYXAMBI TAB 10-5 MG</b>	
.....40	
<b>GLYXAMBI TAB 25-5 MG</b>	
.....40	
<i> GOLYTELY SOL</i> .....48	
<i> GRALISE</i> .....38	
<i> granisetron hcl</i> .....47	
<i> griseofulvin microsize</i> ....11	
<i> griseofulvin ultramicrosize</i>	
.....11	
<i> guanfacine hcl</i> .....28	
<i> guanfacine hcl (adhd)</i> ....36	
<b>GVOKE HYOPEN 2-PACK</b> .....	45
<b>GVOKE KIT</b> .....45	
<b>GVOKE PFS</b> .....46	
<b>H</b>	
<b>HAEGARDA</b> .....51	
<i> hailey 1.5/30</i> .....43	
<i> halobetasol propionate</i> ..62	
<i> haloperidol</i> .....34	
<i> haloperidol decanoate</i> ...34	
<i> haloperidol lactate</i> .....34	
<b>HARVONI PAK 33.75-150MG</b>	
.....13	
<b>HARVONI PAK 45-200MG</b>	
.....13	
<b>HARVONI TAB 45-200MG</b>	
.....13	
<b>HARVONI TAB 90-400MG</b>	
.....13	
<b>HAVRIX</b> .....53	
<i> heather</i> .....43	
<b>HEP SOD/NACL INJ</b>	
25000UNT .....50	
<i> heparin sodium (porcine)</i> 50	
<i> heparin sodium (porcine)</i>	
100 unit/ml in d5w .....50	
<i> heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol 20000 unit/500ml-5%</i> .....50	
<i> heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol 25000 unit/500ml-5%</i> .....50	
<b>HEPARIN/NACL INJ</b>	
25000UNT .....50	
<i> hepatamine</i> .....55	
<b>HERCEP HYLEC SOL 60-10000</b>	
.....18	
<b>HERCEPTIN</b> .....19	
<b>HERZUMA</b> .....19	
<b>HETLIOZ</b> .....37	
<b>HIBERIX</b> .....53	
<b>HUMIRA</b> .....51	
<b>HUMIRA PEDIA INJ</b>	
CROHNS .....51	
<b>HUMIRA PEDIATRIC</b>	
CROHNS D .....51	
<b>HUMIRA PEN</b> .....51	
<b>HUMIRA PEN KIT PS/UV</b>	
.....51	

HUMIRA PEN-CD/UC/HS	
START .....	51
HUMIRA PEN-PEDIATRIC	
UC S .....	51
HUMIRA PEN-PS/UV	
STARTER .....	51
HUMULIN R U-500	
(CONCENTR.....	41
HUMULIN R U-500	
KLIKOPEN .....	41
hydralazine hcl.....	28
hydrochlorothiazide.....	27
hydrocodone bitartrate.....	8
hydrocodone-	
acetaminophen soln 7.5-	
325 mg/15ml .....	9
hydrocodone-	
acetaminophen tab 10-	
325 mg .....	9
hydrocodone-	
acetaminophen tab 5-325	
mg.....	9
hydrocodone-	
acetaminophen tab 7.5-	
325 mg .....	9
hydrocodone-ibuprofen tab	
7.5-200 mg.....	9
hydrocortisone .....	45
hydrocortisone ( <i>intrarectal</i> )	
.....	48
hydrocortisone ( <i>rectal</i> )....	62
hydrocortisone ( <i>topical</i> ) ..	62
hydromorphone hcl.....	9
hydroxychloroquine sulfate	
.....	52
hydroxyurea.....	17
hydroxyzine hcl.....	57
hydroxyzine pamoate.....	57
HYSINGLA ER.....	8
I	
ibandronate sodium .....	42
IBRANCE.....	19
ibu.....	8
ibuprofen.....	8
icatibant acetate.....	51
iclevia.....	43
ICLUSIG .....	19
IDHIFA.....	19
ILEVRO .....	56
imatinib mesylate.....	19
IMBRUVICA.....	19
<i>imipenem-cilastatin</i>	
<i>intravenous for soln</i> 250	
<i>mg</i> .....	10
<i>imipenem-cilastatin</i>	
<i>intravenous for soln</i> 500	
<i>mg</i> .....	10
<i>imipramine hcl</i> .....	32
<i>imiquimod</i> .....	62
IMOVAX RABIES	
(H.D.C.V.).....	53
incassia.....	43
INCRELEX.....	46
INCRUSE ELLIPTA .....	57
indapamide .....	27
INFANRIX INJ.....	53
INFILIXIMAB.....	51
INGREZZA .....	38
INGREZZA CAP 40-80MG	
.....	38
INLYTA .....	19
INQOVI TAB 35-100MG	.17
INREBIC .....	19
INSULIN SAFETY	
NEEDLES .....	41
INSULIN SYRINGES:	
BD/ULTIMED/ALLISON/	
TRIVIDIA/MHC .....	41
INTELENCE.....	12
INTRALIPID .....	55
INTRON A .....	52, 53
intovale.....	43
INVEGA SUSTENNA.....	34
INVEGA TRINZA .....	34
INVIRASE .....	12
IPOL INJ INACTIVE.....	53
ipratropium bromide.....	57
ipratropium bromide ( <i>nasal</i> )	
.....	57
<i>ipratropium-albuterol nebu</i>	
<i>soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	57
<i>irbesartan</i> .....	24
<i>irbesartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>150-12.5 mg</i> .....	23
<i>irbesartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>300-12.5 mg</i> .....	23
IRESSA .....	19
irinotecan hcl.....	17
ISENTRESS .....	12
ISENTRESS HD .....	12
isibloom .....	43
ISOLYTE-P INJ /D5W.....	54
ISOLYTE-S INJ.....	54
ISOLYTE-S INJ PH 7.4...	54
isoniazid.....	13
ISOPTO ATROPINE .....	57
isosorbide dinitrate.....	28
isosorbide mononitrate ..	28
isotretinoin .....	60
isradipine .....	26
itraconazole .....	11
ivermectin .....	10
IXIARO INJ .....	53
J	
JAKAFI .....	19
jantoven .....	50
JANUMET TAB 50-1000	.40
JANUMET TAB 50-500MG	
.....	40
JANUMET XR TAB 100-	
1000 .....	40
JANUMET XR TAB 50-	
1000 .....	40
JANUMET XR TAB 50-	
500MG .....	40
JANUVIA.....	40
JARDIANCE .....	40
jasmiel .....	43
JENTADUETO TAB 2.5-	
1000 .....	40
JENTADUETO TAB 2.5-	
500 .....	40
JENTADUETO TAB 2.5-	
850 .....	40
JENTADUETO TAB XR	
2.5-1000MG .....	40
JENTADUETO TAB XR 5-	
1000MG .....	40
jinteli .....	45
jolessa .....	43
juleber.....	43
JULUCA TAB 50-25MG	.13
junel 1.5/30 .....	43
junel 1/20 .....	43
junel fe 1.5/30 .....	43
junel fe 1/20 .....	43
K	
KADCYLA .....	19

KALYDECO .....	58
KANJINTI.....	19
<i>kariva</i> .....	43
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	54
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.2% inj</i> .....	54
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	54
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> .....	54
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i> .....	54
KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN NAACL 0.45% INJ .....	54
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i> .....	54
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	54
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	54
KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN NAACL 0.9% INJ .....	54
KCL/D5W/NAACL INJ 0.3/0.9%.....	54
<i>kelnor 1/35</i> .....	43
<i>kelnor 1/50</i> .....	43
KERENDIA .....	22
KESIMPTA .....	38
<i>ketoconazole</i> .....	11
<i>ketoconazole (topical)</i> ....60,	61
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> .....	56
KEYTRUDA .....	19
KINRIX INJ .....	53
KISQALI 200 DOSE.....	19
KISQALI 200 PAK FEMARA .....	17
KISQALI 400 DOSE.....	19
KISQALI 400 PAK FEMARA .....	17
KISQALI 600 DOSE.....	19
<b>KISQALI 600 PAK</b>	
FEMARA .....	17
<i>klor-con</i> .....	54
<i>klor-con 10</i> .....	54
<i>klor-con 8</i> .....	54
<i>klor-con m10</i> .....	54
<i>klor-con m15</i> .....	54
<i>klor-con m20</i> .....	54
KORLYM .....	46
kurvelo.....	43
KYNMOBI .....	33
<b>L</b>	
<i>labetalol hcl</i> .....	26
<i>lacosamide</i> .....	30
<i>lactated ringer's solution</i> ..	54
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> .....	62
<i>lactulose</i> .....	48
<i>lactulose (encephalopathy)</i> .....	48
<i>lamivudine</i> .....	12
<i>lamivudine (hbv)</i> .....	13
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i> .....	13
<i>lamotrigine</i> .....	30
<i>lansoprazole</i> .....	49
<i>lapatinib ditosylate</i> .....	19
<i>larin 1.5/30</i> .....	43
<i>larin 1/20</i> .....	43
<i>larin fe 1.5/30</i> .....	43
<i>larin fe 1/20</i> .....	43
<i>larissa</i> .....	43
LASTACAFT .....	56
<i>latanoprost</i> .....	56
LATUDA .....	34
<i>leena</i> .....	43
<i>leflunomide</i> .....	52
<i>lenalidomide</i> .....	17
<b>LENVIMA 10 MG DAILY</b>	
DOSE .....	19
<b>LENVIMA 12MG DAILY</b>	
DOSE .....	19
<b>LENVIMA 20 MG DAILY</b>	
DOSE .....	19
<b>LENVIMA 4 MG DAILY</b>	
DOSE .....	19
<b>LENVIMA 8 MG DAILY</b>	
DOSE .....	19
<b>LENVIMA CAP 14 MG</b> ....19	
<b>LENVIMA CAP 18 MG</b> ....19	
<b>LENVIMA CAP 24 MG</b> ....19	
<i>lessina</i> .....	43
<i>letrozole</i> .....	17
<i>leucovorin calcium</i> .....	21
LEUKERAN .....	16
<i>leuprolide acetate</i> .....	17
<i>levalbuterol hcl</i> .....	58
<i>levalbuterol tartrate</i> .....	58
LEVEMIR .....	41
LEVEMIR FLEXTOUCH .41	
<i>levetiracetam</i> .....	30
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i> .....	30
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i> .....	30
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> .....	30
<i>levobunolol hcl</i> .....	56
levocarnitine (metabolic modifiers) .....	46
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....	58
<i>levofloxacin</i> .....	15
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i> .....	15
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i> .....	15
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i> .....	15
levonest .....	43
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol (91-día) tab 0.15-0.03 mg</i> .....	43
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i> .....	43
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i> .....	43
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i> .....	43
<i>levora 0.15/30-28</i> .....	44
<i>levo-t</i> .....	47
<i>levothyroxine sodium</i> .....	47
<i>levoxyl</i> .....	47
<b>LEXIVA</b> .....	12

<i>lidocaine</i> .....	62
<i>lidocaine hcl</i> .....	62
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> .....	10
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> .....	63
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i> .....	62
<i>lillow</i> .....	44
<i>linezolid</i> .....	10
<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%</i> .....	10
<b>LINZESS</b> .....	48
<i>liothyronine sodium</i> .....	47
<i>lisinopril</i> .....	22
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....	21
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....	22
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....	22
<b>LITHIUM</b> .....	38
<i>lithium carbonate</i> .....	38
<b>LIVALO</b> .....	25
<i>loestrin 1.5/30-21</i> .....	44
<i>loestrin 1/20-21</i> .....	44
<i>loestrin fe 1.5/30</i> .....	44
<i>loestrin fe 1/20</i> .....	44
<b>LOKELMA</b> .....	42
<b>LONSURF TAB 15-6.14.17</b>	
<b>LONSURF TAB 20-8.19.17</b>	
<i>loperamide hcl</i> .....	48
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i> .....	13
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> .....	13
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> .....	13
<i>lorazepam</i> .....	28
<i>lorazepam intensol</i> .....	28
<b>LORBRENA</b> .....	19
<i>loryna</i> .....	44
<i>losartan potassium</i> .....	24
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> .....	23
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> .....	23
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i> .....	23
<b>LOTEMAX</b> .....	56
<i>lovastatin</i> .....	25
<i>low-ogestrel</i> .....	44
<i>loxapine succinate</i> .....	34
<b>LUMAKRAS</b> .....	19
<b>LUMIGAN</b> .....	56
<b>LUMIZYME</b> .....	46
<b>LUPRON DEPOT (1-MONTH)</b> .....	17
<b>LUPRON DEPOT (3-MONTH)</b> .....	17
<b>LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)</b> .....	46
<b>LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)</b> .....	46
<i>lutera</i> .....	44
<i>lyleq</i> .....	44
<i>lyllana</i> .....	45
<b>LYNPARZA</b> .....	19
<b>LYSODREN</b> .....	17
<i>lyza</i> .....	44
<b>M</b>	
<i>magnesium sulfate</i> .....	54
<b>MAGNESIUM SULFATE</b> 54	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> .....	54
<i>malathion</i> .....	63
<i>maraviroc</i> .....	12
<i>marlissa</i> .....	44
<b>MARPLAN</b> .....	32
<b>MATULANE</b> .....	17
<i>matzim la</i> .....	26
<b>MAVYRET PAK 50-20MG</b> .....	13
<b>MAVYRET TAB 100-40MG</b> .....	14
<i>meclizine hcl</i> .....	47
<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	47
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> .....	44
<i>mefloquine hcl</i> .....	12
<i>megestrol acetate</i> .....	17, 47
<i>megestrol acetate (appetite)</i> .....	47
<b>MEKINIST</b> .....	19
<b>MEKTOVI</b> .....	19
<i>meloxicam</i> .....	8
<i>memantine hcl</i> .....	31
<b>MENACTRA INJ</b> .....	53
<b>MENQUADFI INJ</b> .....	53
<b>MENVEO INJ</b> .....	53
<i>mercaptopurine</i> .....	17
<i>meropenem</i> .....	10
<i>mesalamine</i> .....	48
<i>mesalamine w/ cleanser</i> .....	48
<b>MESNEX</b> .....	21
<i>metadate er</i> .....	36
<i>metformin hcl</i> .....	40
<i>methadone hcl</i> .....	8
<i>methadone hydrochloride</i> .....	8
<i>methazolamide</i> .....	27
<i>methenamine hippurate</i> .....	10
<i>methimazole</i> .....	47
<i>methotrexate sodium</i> .....	17, 52
<i>methyldopa</i> .....	28
<i>methylphenidate hcl</i> .....	36, 37
<i>methylprednisolone</i> .....	45
<i>methylprednisolone acetate</i> .....	45
<i>methylprednisolone sod succ</i> .....	45
<i>metoclopramide hcl</i> .....	47
<i>metolazone</i> .....	27
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> .....	26
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i> .....	26
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i> .....	25
<i>metoprolol succinate</i> .....	26
<i>metoprolol tartrate</i> .....	26
<i>metronidazole</i> .....	10
<i>metronidazole (topical)</i> .....	62
<i>metronidazole vaginal</i> .....	50
<i>metyrosine</i> .....	28

MG SO4/D5W INJ	
10MG/ML .....	54
<i>micafungin sodium</i> .....	11
<i>microgestin 1.5/30</i> .....	44
<i>microgestin 1/20</i> .....	44
<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....	44
<i>microgestin fe 1/20</i> .....	44
<i>midodrine hcl</i> .....	28
<i>miglustat</i> .....	46
<i>mihi</i> .....	44
<i>mimvey</i> .....	45
<i>minocycline hcl</i> .....	16
<i>minoxidil</i> .....	28
<i>mirtazapine</i> .....	32
<i>misoprostol</i> .....	48
MITIGARE .....	8
M-M-R II INJ .....	53
M-NATAL PLUS TAB.....	55
<i>modafinil</i> .....	38
<i>moexipril hcl</i> .....	22
<i>molindone hcl</i> .....	34
<i>mometasone furoate</i> .....	62
<i>mometasone furoate (nasal)</i> .....	59
MONJUVI .....	19
<i>mono-linyah</i> .....	44
<i>montelukast sodium</i> .....	58
<i>morphine sulfate</i> .....	9
MORPHINE SULFATE .....	9
MOVANTIK .....	49
<i>moxifloxacin hcl</i> .....	15
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> ..	55
MULTAQ.....	24
<i>mupirocin</i> .....	60
MVASI .....	19
<i>mycophenolate mofetil</i> ....	53
<i>mycophenolate sodium</i> ....	53
<i>myorisan</i> .....	60
MYRBETRIQ .....	49
<b>N</b>	
<i>nabumetone</i> .....	8
<i>nadolol</i> .....	26
<i>nafcillin sodium</i> .....	15
NAGLAZYME .....	46
<i>nalbuphine hcl</i> .....	9
<i>naloxone hcl</i> .....	39
<i>naltrexone hcl</i> .....	39
NAMZARIC CAP 14-10MG .....	31
NAMZARIC CAP 21-10MG .....	31
NAMZARIC CAP 28-10MG .....	31
NAMZARIC CAP 7-10MG .....	31
NAMZARIC CAP PACK..	31
<i>naproxen</i> .....	8
<i>naproxen sodium</i> .....	8
<i>naratriptan hcl</i> .....	37
NATACYN .....	55
<i>nateglinide</i> .....	40
NATPARA.....	42
NAYZILAM.....	30
<i>nebivolol hcl</i> .....	26
<i>necon 0.5/35-28</i> .....	44
<i>nefazodone hcl</i> .....	32
<i>neomycin sulfate</i> .....	10
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-1000unt op oin</i> .....	55
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i> .....	56
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i> .....	55
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i> .....	55
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i> .....	55
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i> .....	57
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i> .....	57
NERLYNX.....	19
NEUPRO .....	33
<i>nevirapine</i> .....	12
NEXAVAR .....	19
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> .....	25
<i>nicardipine hcl</i> .....	26
NICOTROL INHALER.....	39
NICOTROL NS .....	39
<i>nifedipine</i> .....	26
<i>nikki</i> .....	44
<i>nilutamide</i> .....	17
<i>nimodipine</i> .....	26
NINLARO.....	20
<i>nisoldipine</i> .....	26
<i>nitazoxanide</i> .....	10
<i>nitisinone</i> .....	46
NITRO-BID .....	28
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	11
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> .....	11
<i>nitroglycerin</i> .....	28
<i>nizatidine</i> .....	48
<i>nora-be</i> .....	44
<i>norethindrone (contraceptive)</i> .....	44
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i> .....	44
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i> .....	44
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i> .....	44
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i> .....	45
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i> .....	45
<i>norgestimate &amp; ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i> .....	44
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i> .....	44
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i> .....	44
NORITATE.....	62
<i>norlyroc</i> .....	44
NORPACE CR.....	24
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	44
<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	44
<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	44
<i>nortrel 7/7/7</i> .....	44
<i>nortriptyline hcl</i> .....	32
NORVIR .....	12
NOVOLIN INJ 70/30 .....	41

NOVOLIN INJ 70/30 FP	..41
NOVOLIN N	.....41
NOVOLIN N FLEXPEN	..41
NOVOLIN R	.....41
NOVOLIN R FLEXPEN	..41
NOVOLOG	.....41
NOVOLOG FLEXPEN	....41
NOVOLOG MIX INJ 70/30	.....42
NOVOLOG MIX INJ	
FLEXPEN	.....42
NOVOLOG PENFILL	....42
NOXAFILE	.....11
NUBEQA	.....17
NUEDEXTA CAP 20-10MG	.....38
NULOJIX	.....53
NULYTELY SOL	
LMN/LIME	.....48
NUPLAZID	.....35
NURTEC	.....37
NUTRILIPID	.....55
NUZYRA	.....16
nyamyc	.....60
nyla 1/35	.....44
nyla 7/7/7	.....44
NYMALIZE	.....26
nymyo	.....44
nystatin	.....11
nystatin (mouth-throat)	....63
nystatin (topical)	.....61
nystop	.....61
<b>O</b>	
ocella	.....44
OCTAGAM	.....52
octreotide acetate	.....46
ODEFSEY TAB	.....13
ODOMZO	.....20
OFEV	.....59
ofloxacin (ophth)	.....56
ofloxacin (otic)	.....57
OGIVRI	.....20
OGIVRI INJ 420MG	.....20
olanzapine	.....35
olmesartan medoxomil	...24
olmesartan medoxomil-	
hydrochlorothiazide tab	
20-12.5 mg	.....23
olmesartan medoxomil-	
hydrochlorothiazide tab	
40-25 mg	.....23
olmesartan-amloclipine-	
hydrochlorothiazide tab	
20-5-12.5 mg	.....23
olmesartan-amloclipine-	
hydrochlorothiazide tab	
40-10-12.5 mg	.....23
olmesartan-amloclipine-	
hydrochlorothiazide tab	
40-10-25 mg	.....23
olmesartan-amloclipine-	
hydrochlorothiazide tab	
40-5-12.5 mg	.....23
olmesartan-amloclipine-	
hydrochlorothiazide tab	
40-5-25 mg	.....23
olopatadine hcl	.....56
olopatadine hcl (nasal)	....58
omeprazole	.....49
OMNARIS	.....59
OMNIPOD 5 G6 KIT	
INTRO	.....42
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	
.....42	
OMNIPOD DASH KIT	
INTRO	.....42
OMNIPOD DASH MIS	
PODS	.....42
OMNIPOD MIS CLASSIC	
.....42	
OMNIPOD PDM KIT	
CLASSIC	.....42
ondansetron	.....47
ondansetron hcl	.....47
ONTRUZANT	.....20
ONUREG	.....17
OPSUMIT	.....28
ORGOVYX	.....17
ORKAMBI GRA 100-125	59
ORKAMBI GRA 150-188	59
ORKAMBI TAB 100-125	.59
ORKAMBI TAB 200-125	.59
orsythia	.....44
oseltamivir phosphate	....14
OTEZLA	.....52
OTEZLA TAB 10/20/30	..52
oxacillin sodium	.....15
oxaliplatin	.....16
oxandrolone	.....39
oxaprozin	.....8
oxcarbazepine	.....30
oxybutynin chloride	....49
oxycodone hcl	.....9
oxycodone w/	
acetaminophen tab	
10-325 mg	.....10
oxycodone w/	
acetaminophen tab	
2.5-325 mg	.....9
oxycodone w/	
acetaminophen tab	
5-325 mg	.....9
oxycodone w/	
acetaminophen tab	
7.5-325 mg	.....10
OZEMPIC (0.25 OR	
0.5MG/DOSE)	.....40
OZEMPIC (1MG/DOSE)	..40
OZEMPIC (2MG/DOSE)	
SOPN 8MG/3ML	.....40
<b>P</b>	
pacerone	.....24
paclitaxel	.....18
paclitaxel protein-bound	
particles for iv susp	
100 mg	.....18
paliperidone	.....35
pamidronate disodium	...42
PAMIDRONATE	
DISODIUM	.....42
PANRETIN	.....62
pantoprazole sodium	....49
PANZYGA	.....52
paraplatin	.....16
paricalcitol	.....47
paromomycin sulfate	....11
paroxetine hcl	.....32
PASER	.....13
PAXIL	.....32
PEDIARIX INJ 0.5ML	....53
PEDVAX HIB	.....53
peg 3350-kcl-na bicarb-	
nacl-na sulfate for soln	
236 gm	.....48

peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm	48
PEGASYS	14
PEMAZYRE	20
pemetrexed disodium	17
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	16
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	16
PEN NEEDLES:	
NOVO/BD/ULTIMED/OW EN/TRIVIDIA	42
penicillamine	42
penicillin g potassium	16
PENICILLIN G PROCAINE	16
penicillin g sodium	16
penicillin v potassium	16
PENTACEL INJ	53
pentamidine isethionate inh	11
pentamidine isethionate inj	11
pentoxifylline	51
perindopril erbumine	22
periogard	63
permethrin	63
perphenazine	35
PERSERIS	35
pfizerpen	16
phenelzine sulfate	32
phenobarbital	30
phenobarbital sodium	30
PHENYTEK	30
phenytoin	30
phenytoin sodium	30
phenytoin sodium extended	30
PHESGO SOL	20
philith	44
phytonadione	63
PIFELTRO	12
pilocarpine hcl	56
pilocarpine hcl (oral)	63
pimozide	35
pimtrea	44
pindolol	26
pioglitazone hcl	40
piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)	16
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)	16
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)	16
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)	16
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)	16
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	20
PIQRAY 250MG TAB DOSE	20
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	20
pirfenidone	59
pirmella 1/35	44
piroxicam	8
PLASMA-LYTE INJ -148	54
PLASMA-LYTE INJ -A	54
plenamine	55
PLENU SOL	48
podofilox	62
polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%	56
POMALYST	17
portia-28	44
posaconazole	11
potassium chloride	54, 55
POTASSIUM CHLORIDE	54
potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj	54
potassium chloride microencapsulated crystals er	55
potassium citrate (alkalinizer)	49
PRADAXA	50
PRALUENT	25
pramipexole dihydrochloride	33
prasugrel hcl	51
pravastatin sodium	25
praziquantel	11
prazosin hcl	22
prednisolone	45
prednisolone acetate (ophth)	56
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	56
prednisolone sodium phosphate	45
prednisone	45
PREDNISONE INTENSOL	45
pregabalin	30
pregabalin (once-daily)	38
PREHEVBRIOS	53
PREMASOL SOL 10%	55
PRENATAL TAB 27-1MG	55
PRENATAL TAB PLUS	55
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	55
prevalite	25
PREVYTMIS	14
PREZCOBIX TAB 800-150	13
PREZISTA	12
PRIFTIN	13
PRILOSEC	49
primaquine phosphate	12
PRIMAQUINE PHOSPHATE	12
primidone	30
PRIVIGEN	52
probenecid	8
PROCALAMINE INJ 3%	55
prochlorperazine	47
prochlorperazine edisylate	47
prochlorperazine maleate	48
PROCRIT	50
procto-med hc	62
procto-pak	62
proctosol hc	62
protozone-hc	62
PROGRAF	53
PROLASTIN-C	59
PROLENSA	56

PROLIA .....	42
PROMACTA .....	51
<i>promethazine hcl</i> .....	48
<i>propafenone hcl</i> .....	24
<i>proparacaine hcl</i> .....	57
<i>propranolol hcl</i> .....	26
<i>propylthiouracil</i> .....	47
PROQUAD INJ .....	53
PROSOL INJ 20% .....	55
<i>protriptyline hcl</i> .....	32
PULMICORT FLEXHALER .....	59
PULMOZYME .....	59
PURIXAN.....	17
<i>pyrazinamide</i> .....	13
<i>pyridostigmine bromide</i> ..	38
<b>Q</b>	
QINLOCK .....	20
QUADRACEL INJ .....	53
<i>quetiapine fumarate</i> .....	35
<i>quinapril hcl</i> .....	22
<i>quinapril-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-12.5 mg</i> .....	22
<i>quinapril-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-12.5 mg</i> .....	22
<i>quinapril-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-25 mg</i> .....	22
<i>quinidine sulfate</i> .....	24
<i>quinine sulfate</i> .....	12
<b>R</b>	
RABAVERT INJ.....	53
<i>rabeprazole sodium</i> .....	49
<i>raloxifene hcl</i> .....	46
<i>ramipril</i> .....	22
<i>ranolazine</i> .....	28
<i>rasagiline mesylate</i> .....	33
RAYALDEE .....	47
<i>reclipsen</i> .....	44
RECOMBIVAX HB.....	53
RECTIV .....	63
REGRANEX .....	63
RELENZA DISKHALER..	14
RELISTOR.....	49
REMICADE .....	52
RENFLEXIS.....	52
<i>repaglinide</i> .....	40
RESTASIS .....	57
RESTASIS MULTIDOSE .....	57
RETEVMO .....	20
REVLIMID.....	17
REXULTI .....	35
REYATAZ .....	12
REZUROCK.....	53
RHOPRESSA .....	56
RIABNI.....	20
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> .....	14
<i>rifabutin</i> .....	13
<i>rifampin</i> .....	13
<i>riluzole</i> .....	38
<i>rimantadine hydrochloride</i> .....	14
RINVOQ .....	52
<i>risedronate sodium</i> .....	42
RISPERDAL CONSTA ..	35
<i>risperidone</i> .....	35
<i>ritonavir</i> .....	12
RITUXAN .....	20
RITUXAN INJ HYCELA ..	20
<i>rivastigmine</i> .....	31
<i>rivastigmine tartrate</i> .....	31
<i>rizatriptan benzoate</i> .....	37
<i>ropinirole hydrochloride</i> ..	33
<i>rosadan</i> .....	63
<i>rosuvastatin calcium</i> .....	25
ROTARIX SUS .....	53
ROTATEQ SOL .....	53
<i>roweepra</i> .....	30
ROZLYTREK .....	20
RUBRACA .....	20
<i>rufinamide</i> .....	30
RUKOBIA .....	12
RUXIENCE .....	20
RYBELSUS .....	40
RYDAPT .....	20
<b>S</b>	
<i>sajazir</i> .....	51
SANDIMMUNE .....	53
SANTYL.....	63
<i>sapropterin dihydrochloride</i> .....	46
SAVELLA.....	38
SAVELLA MIS TITR PAK .....	38
SCEMBLIX .....	20
<i>scopolamine</i> .....	48
SECUADO.....	35
<i>selegiline hcl</i> .....	34
<i>selenium sulfide</i> .....	61
SELZENTRY.....	12
SEREVENT DISKUS .....	58
<i>sertraline hcl</i> .....	32
<i>setlakin</i> .....	44
<i>sevelamer carbonate</i> 46, 47	
<i>sharobel</i> .....	44
SHINGRIX .....	53
SIGNIFOR .....	46
<i>sildenafil citrate</i> .....	57
<i>sildenafil citrate (pulmonary</i> <i>hypertension)</i> .....	28
<i>silodosin</i> .....	49
<i>silver sulfadiazine</i> .....	60
SIMBRINZA SUS 1-0.2% 56	
<i>simliya</i> .....	44
<i>simvastatin</i> .....	25
<i>sirolimus</i> .....	53
SIRTURO .....	13
SIVEXTRO .....	11
SKYRIZI .....	52
SKYRIZI PEN .....	52
<i>sodium chloride</i> .....	54
<i>sodium chloride (gu</i> <i>irrigant)</i> .....	63
<i>sodium fluoride chew; tab;</i> <i>1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i> ..	55
<i>sodium phenylbutyrate</i> ... 46	
<i>sodium polystyrene</i> <i>sulfonate powder</i> .....	42
<i>solifenacin succinate</i> .....	50
SOLIQUA INJ 100/33 .....	42
SOLTAMOX .....	17
SOLU-CORTEF .....	45
SOMATULINE DEPOT ..	46
SOMAVERT .....	46
<i>sorafenib tosylate</i> .....	20
<i>sorine</i> .....	24
<i>sotalol hcl</i> .....	24
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> .....	24
<i>spironolactone</i> .....	22
<i>spironolactone &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>25-25 mg</i> .....	27
<i>sprintec 28</i> .....	44
SPRITAM .....	30
SPRYCEL .....	20
<i>sps</i> .....	43
<i>sronyx</i> .....	44
<i>ssd</i> .....	60

stavudine .....	12
STELARA .....	52
STIVARGA .....	20
streptomycin sulfate.....	11
STRIBILD TAB.....	13
subvenite .....	30
sucralfate .....	49
sulfacetamide sodium (acne).....	60
sulfacetamide sodium (ophth).....	56
sulfacetamide sodium- prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)% .....	55
sulfadiazine.....	11
sulfamethoxazole- trimethoprim iv soln 400- 80 mg/5ml .....	11
sulfamethoxazole- trimethoprim susp 200-40 mg/5ml .....	11
sulfamethoxazole- trimethoprim tab 400-80 mg.....	11
sulfamethoxazole- trimethoprim tab 800-160 mg.....	11
SULFAMYLYON .....	60
sulfasalazine.....	48
sulindac .....	8
sumatriptan.....	37
sumatriptan succinate....	37
sunitinib malate.....	20
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT.....	48
syeda.....	44
SYMBICORT AER 160-4.5 .....	60
SYMBICORT AER 80-4.5 .....	60
SYMDEKO TAB 100-15059	
SYMDEKO TAB 50-75MG .....	59
SYMJEPI .....	59
SYMPAZAN .....	31
SYMTUZA TAB.....	13
SYNAREL.....	45
SYNERCID INJ 500MG ..	11
SYNJARDY TAB 12.5- 1000MG .....	40
SYNJARDY TAB 5- 1000MG .....	40
SYNJARDY TAB 5-500MG .....	40
SYNJARDY XR TAB 10- 1000 .....	40
SYNJARDY XR TAB 12.5- 1000MG .....	41
SYNJARDY XR TAB 25- 1000 .....	41
SYNJARDY XR TAB 5- 1000MG .....	40
SYNRIBO .....	17
SYNTHROID.....	47
<b>T</b>	
TABLOID .....	17
TABRECTA.....	20
tacrolimus .....	53
tacrolimus (topical).....	63
tadalafil .....	57
TAFINLAR .....	20
TAGRISSO .....	20
TALTZ.....	52
TALZENNA .....	20
tamoxifen citrate .....	17
tamsulosin hcl.....	49
TARGETIN .....	63
tarina fe 1/20 eq.....	44
TASIGNA.....	20
tazarotene.....	61
tazicef .....	14
TAZORAC .....	61
taztia xt .....	26
TAZVERIK .....	20
TDVAX INJ 2-2 LF .....	53
TECENTRIQ .....	20
TEFLARO .....	14
telmisartan .....	24
telmisartanamlodipine tab 40-10 mg .....	23
telmisartanamlodipine tab 40-5 mg.....	23
telmisartanamlodipine tab 80-10 mg .....	23
telmisartanamlodipine tab 80-5 mg.....	23
telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg.....	24
telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg.....	24
telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg.....	24
temazepam.....	37
TEMIXYS TAB 300-300 ..	13
TENIVAC INJ 5-2LF .....	53
tenofovir disoproxil fumarate .....	12
TEPMETKO .....	20
terazosin hcl.....	22
terbinafine hcl .....	11
terbutaline sulfate .....	58
terconazole vaginal.....	50
testosterone .....	39
testosterone cypionate....	39
testosterone enanthate ..	39
tetrabenazine .....	38
tetracycline hcl.....	16
THALOMID .....	17
THEO-24.....	59
theophylline.....	59
thioridazine hcl.....	35
thiothixene .....	35
tiadylt er .....	26
tiagabine hcl.....	31
TIBSOVO .....	20
TICOVAC .....	53
tigecycline .....	16
TIGECYCLINE .....	16
tilia fe .....	44
timolol maleate.....	26
timolol maleate (ophth) ..	56
timolol maleate (ophth) once-daily.....	56
TIVICAY .....	12
TIVICAY PD .....	12
tizanidine hcl.....	38
TOBRADEX OIN 0.3-0.1% .....	55
TOBRADEX ST SUS 0.3- 0.05 .....	55
tobramycin .....	11
tobramycin (ophth).....	56
tobramycin sulfate.....	11

<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i> ...	55
<i>tolterodine tartrate</i> .....	50
<i>topiramate</i> .....	31
<i>toposar</i> .....	18
<i>toremifene citrate</i> .....	17
<i>torsemide</i> .....	27
<b>TOVIAZ</b> .....	50
<b>TPN ELECTROL INJ</b> .....	54
<b>TRADJENTA</b> .....	41
<i>tramadol hcl</i> .....	10
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i> .....	10
<i>trandolapril</i> .....	22
<i>tranexamic acid</i> .....	51
<i>tranylcypromine sulfate</i> ...32	
<b>TRAVASOL INJ 10%</b> .....	55
<i>travoprost</i> .....	56
<b>TRAZIMERA</b> .....	20
<i>trazodone hcl</i> .....	32
<b>TRECATOR</b> .....	13
<b>TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG</b> .....	57
<b>TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG</b> .....	57
<b>TRELSTAR MIXJECT</b> ....	17
<i>treprostinil</i> .....	28
<b>TRESIBA</b> .....	42
<b>TRESIBA FLEXTOUCH</b> ..42	
<i>tretinoin</i> .....	60
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .17	
<b>TREXALL</b> .....	52
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> .....	63
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> .....	62
<i>triамтерене &amp; hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i> .....	27
<i>triамтерене &amp; hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i> .....	27
<i>triамтерене &amp; hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i> .....	27
<b>TRICARE TAB PRENATAL</b> .....	55
<i>triderm</i> .....	62
<i>trientine hcl</i> .....	43
<i>tri-estarrylla</i> .....	44
<i>trifluoperazine hcl</i> .....	35
<i>trifluridine</i> .....	56
<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	34
<b>TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG</b> ....	41
<b>TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG</b> .....	41
<b>TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG</b> ....	41
<b>TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG</b> ...41	
<b>TRIKAFTA TAB 100-50-75MG &amp; 150MG</b> .....	59
<b>TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG &amp; 75MG</b> .....	59
<i>tri-legest fe</i> .....	44
<i>tri-linyah</i> .....	44
<i>tri-lo-estarrylla</i> .....	44
<i>tri-lo-marzia</i> .....	44
<i>tri-lo-mili</i> .....	44
<i>tri-lo-sprintec</i> .....	44
<b>TRIMETHOPRIM</b> .....	11
<i>tri-mili</i> .....	44
<i>trimipramine maleate</i> 32, 33	
<b>TRINTELLIX</b> .....	33
<i>tri-nymyo</i> .....	44
<i>tri-sprintec</i> .....	44
<b>TRIUMEQ PD TAB</b> .....	13
<b>TRIUMEQ TAB</b> .....	13
<i>trivora-28</i> .....	44
<i>tri-vylibra</i> .....	44
<i>tri-vylibra lo</i> .....	44
<b>TRIZIVIR TAB</b> .....	13
<b>TROGARZO</b> .....	12
<b>TROPHAMINE INJ 10%</b> .55	
<i>trospium chloride</i> .....	50
<b>TRULICITY</b> .....	41
<b>TRUMENBA INJ</b> .....	53
<b>TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE</b> .....	20
<b>TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE</b> .....	20
<b>TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE</b> .....	20
<b>TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE</b> .....	20
<b>TRUXIMA</b> .....	20
<b>TUKYSA</b> .....	20
<b>TURALIO</b> .....	20
<b>TWINRIX INJ</b> .....	53
<b>TYBOST</b> .....	12
<b>TYPHIM VI</b> .....	54
<b>U</b>	
<b>UBRELVY</b> .....	37
<i>unithroid</i> .....	47
<i>ursodiol</i> .....	49
<b>V</b>	
<i>valacyclovir hcl</i> .....	14
<b>VALCHLOR</b> .....	63
<i>valganciclovir hcl</i> .....	14
<i>valproate sodium</i> .....	31
<i>valproic acid</i> .....	31
<i>valsartan</i> .....	24
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i> .....	24
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i> .....	24
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i> .....	24
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i> .....	24
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> .....	24
<b>VALTOCO</b> .....	31
<i>vancomycin hcl</i> .....	11
<b>VANCOMYCIN INJ 1 GM</b> 11	
<b>VANCOMYCIN INJ 500MG</b> .....	11
<b>VANCOMYCIN INJ 750MG</b> .....	11
<b>VANDAZOLE</b> .....	50
<b>VAQTA</b> .....	54
<i>varenicline tartrate</i> .....	39
<i>varenicline tartrate tab 0.5 mg x 11 &amp; tab 1 mg x 42 pack</i> .....	39
<b>VARIVAX</b> .....	54
<b>VASCEPA</b> .....	25
<b>VELCADE</b> .....	20
<i>velivet</i> .....	44
<b>VELPHORO</b> .....	47
<b>VELTASSA</b> .....	43
<b>VEMLIDY</b> .....	14
<b>VENCLEXTA</b> .....	20

VENCLEXTA TAB START	
PK	20
venlafaxine hcl	33
VENTAVIS	28
VENTOLIN HFA	58
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	58
verapamil hcl	26, 27
VERQUVO	28
VERSACLOZ	35
VERZENIO	20
vestura	44
V-GO 20 KIT	42
V-GO 30 KIT	42
V-GO 40 KIT	42
VICTOZA	41
vienna	44
vigabatrin	31
vigadronе	31
VIIBRYD	33
VIIBRYD KIT STARTER	33
VIMPAT	31
vincristine sulfate	18
vinorelbine tartrate	18
viorele	44
VIRACEPT	12
VIREAD	12
VITRAKVI	21
VIVITROL	39
VIZIMPRO	21
VONJO	21
voriconazole	11
VOSEVI TAB	14
VOTRIENT	21
VRAYLAR	35
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	35
vyfemla	44
vylibra	44
VYVANSE	37
VYZULTA	56
<b>W</b>	
warfarin sodium	50
water for irrigation, sterile irrigation soln	63
WELIREG	17
wera	44
<b>X</b>	
XALKORI	21
XARELTO	50
XARELTO STAR TAB 15/20MG	50
XATMEP	52
XCOPRI	31
XCOPRI PAK 100-150	31
XCOPRI PAK 12.5-25	31
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	31
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	31
XCOPRI PAK 50-100MG	31
XELJANZ	52
XELJANZ XR	52
XERMELO	49
XGEVA	42
XIFAXAN	49
XIGDUO XR TAB 10-1000 .....41	41
XIGDUO XR TAB 10- 500MG	41
XIGDUO XR TAB 2.5-1000 .....41	41
XIGDUO XR TAB 5- 1000MG	41
XIGDUO XR TAB 5-500MG .....41	41
XiIDRA	57
XOLAIR	59
XOSPATA	21
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	21
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	21
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	21
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	21
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	21
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	21
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	21
XTANDI	17
xulane	44
XULTOPHY INJ 100/3.6	42
XYREM	38
<b>Y</b>	
YF-VAX INJ	54
yuvafem	45
<b>Z</b>	
zafemy	44
zafirlukast	58
ZARXIO	50
ZEJULA	21
ZELBORA F	21
ZEMAIRA	59
zenatane	60
ZENPEP CAP 10000UNT .....49	49
ZENPEP CAP 15000UNT .....49	49
ZENPEP CAP 20000UNT .....49	49
ZENPEP CAP 25000	49
ZENPEP CAP 3000UNIT	49
ZENPEP CAP 40000	49
ZENPEP CAP 5000UNIT	49
ZERVIATE	56
zidovudine	12
ziprasidone hcl	35
ziprasidone mesylate	35
ZIRABEV	21
ZIRGAN	56
zoledronic acid	42
ZOLINZA	21
zolmitriptan	37
zolpidem tartrate	37
zonisamide	31
ZORTRESS	53
zovia 1/35	44
zumandimine	44
ZYCLARA PUMP	63
ZYDELIG	21
ZYKADIA	21
ZYLET SUS 0.5-0.3%	55
ZYPITAMAG	25
ZYPREXA RELPREVV	..35, 36

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