

AvMed Medicare Formulario para 2023 Lista de medicamentos cubiertos

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

HPMS Approved Formulary File Submission
ID, 0023092 Version Number 08
H1016_PH262SP-092021_C

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

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



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

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

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 01/01/2023. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de AvMed Medicare?

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

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

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

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

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

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

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

Afección médica

El Formulario comienza en la página 10. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría “Cardiovascular”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 10. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

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

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si cambia de tratamiento varias veces en el mismo mes, es posible que tenga que solicitar una excepción o una autorización previa para continuar con la cobertura de su medicamento. Consulte la sección "¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de AvMed Medicare?" en la página 5.

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

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

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

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

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

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

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de AvMed Medicare

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

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

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

Lista de Abreviaturas y Su Significado:

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

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

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

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

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

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

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

AvMed Medicare eff 01/01/2023

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

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

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).

10

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

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

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

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

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

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

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

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).

12

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	4	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml	3	
<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	1	GC
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	2	GC
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg QL (6 tabs / 30 días)	5	QL
<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-trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 400-80 mg	1	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800-160 mg	1	GC
SYNERCID INJ 500MG	5	
<i>tinidazole</i> TABS 250mg, 500mg	3	
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	5	PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TRIMETHOPRIM TABS 100mg	3	
<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	
FUNGICIDAS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	4	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	4	B/D
<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>miconazole 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

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).

13

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3	
LEXIVA SUSP 50mg/ml	4	
<i>maraviroc</i> 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
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	5	
SELZENTRY TABS 25mg	4	
<i>stavudine</i> CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	3	
TIVICAY TABS 10mg	3	
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	5	
TIVICAY PD TBSO 5mg	5	
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	LA
TYBOST TABS 150mg	3	
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	4	

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

14

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
zidovudine TABS 300mg	3	
AGENTES ANTIRRETROVIRALES MIXTOS		
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg	3	
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	5	
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	5	
CIMDUO TAB 300-300	5	
COMPLERA TAB	5	
DELSTRIGO TAB	5	
DESCOVY TAB 120-15MG QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
DESCOVY TAB 200/25MG QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
DOVATO TAB 50-300MG	5	
efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg	5	
efavirenz-lamivudine-tenofovir 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	

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - 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).

15

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	3	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	4	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	5	PA
HARVONI PAK 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 90-400MG	5	PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	4	
MAVYRET PAK 50-20MG	5	PA
MAVYRET TAB 100-40MG	5	PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	3	QL
QL (168 caps / año)		
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	3	QL
QL (84 caps / año)		
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	3	QL
QL (1080 mL / año)		
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	5	PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	5	QL PA
QL (28 tabs / 28 días)		
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	3	QL
QL (6 inhaladores / año)		
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg	3	
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> TABS 200mg	4	
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	4	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	3	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	5	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	3	
VEMLIDY TABS 25mg	5	PA
VOSEVI TAB	5	PA
CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	3	
<i>cefaclor</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml	4	
CEFAZOLIN ER TB12 500mg	4	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg	2	GC
<i>cefadroxil</i> SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	3	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 500mg	3	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg	2	GC
<i>cefdinir</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	4	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> TABS 100mg, 200mg	3	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	3	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	4	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	

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>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	
ERITROMICINAS / MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	3	
<i>azithromycin</i> TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	GC
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	4	
<i>clarithromycin</i> TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	3	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	5	
e.e.s. 400 TABS 400mg	4	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	4	
<i>erythrocin stearate</i> TABS 250mg	4	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	4	
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	4	
FLUOROQUINOLONAS		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	4	
<i>ciprofloxacin</i> 200 mg/100ml in d5w	3	
<i>ciprofloxacin</i> 400 mg/200ml in d5w	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 100mg	4	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>levofloxacin</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 250 mg/50ml	3	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 500 mg/100ml	3	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 750 mg/150ml	3	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	4	
PENICILINAS		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	1	GC
<i>amoxicillin</i> CHEW 125mg, 250mg	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab</i> 200-28.5 mg	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab</i> 400-57 mg	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 200-28.5 mg/5ml	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 250-62.5 mg/5ml	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 400-57 mg/5ml	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 600-42.9 mg/5ml	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 250-125 mg	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 500-125 mg	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 875-125 mg	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er</i> 12hr 1000-62.5 mg	4	
<i>ampicillin</i> CAPS 500mg	2	GC

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>piperacillin sod-tazobactam sod</i> for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod</i> for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod</i> for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod</i> for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)	4	
TETRACICLINAS		
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	4	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg	2	GC
<i>doxycycline (monohydrate)</i> TABS 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; TABS 20mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> SOLR 100mg	4	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	3	
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	5	LA
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	4	PA
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	5	
TIGECYCLINE SOLR 50mg	5	
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS		
AGENTES ALQUILANTES		
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	5	B/D LA
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	3	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	3	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg	3	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml	5	B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 1gm, 2gm, 500mg	5	B/D

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
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	4	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	5	B/D
LEUKERAN TABS 2mg	4	
oxaliplatin SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	4	B/D
oxaliplatin SOLR 50mg, 100mg	5	B/D
paraplatin SOLN 1000mg/100ml	3	B/D
ANTIBIÓTICOS		
doxorubicin hcl SOLN 2mg/ml	4	B/D
doxorubicin hcl liposomal 2mg/ml	5	B/D
ELLENCES SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	4	B/D
ANTIMETABOLITOS		
azacitidine SUSR 100mg	5	B/D
cytarabine SOLN 20mg/ml	3	B/D
fluorouracil SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	3	B/D
gemcitabine hcl SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	4	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	5	LA PA
LONSURF TAB 15-6.14	5	LA PA
LONSURF TAB 20-8.19	5	LA PA
mercaptopurine TABS 50mg	3	
methotrexate sodium SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	3	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	5	LA PA
pemetrexed disodium SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	5	B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	5	
TABLOID TABS 40mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES		
abiraterone acetate TABS 250mg, 500mg	5	PA
anastrozole TABS 1mg	2	GC
bicalutamide TABS 50mg	2	GC
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	4	PA
EMCYT CAPS 140mg	5	
ERLEADA TABS 60mg	5	LA PA
EULEXIN CAPS 125mg	5	
exemestane TABS 25mg	4	
fulvestrant SOSY 250mg/5ml	5	B/D
letrozole TABS 2.5mg	2	GC
leuprolide acetate KIT 1mg/0.2ml	4	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	PA
LYSODREN TABS 500mg	5	
megestrol acetate TABS 20mg, 40mg	3	
nilutamide TABS 150mg	5	
NUBEQA TABS 300mg	5	LA PA
ORGOVYX TABS 120mg	5	LA PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	
tamoxifen citrate TABS 10mg, 20mg	2	GC
toremifene citrate TABS 60mg	5	
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	5	LA PA
INMUNOMODULADORES		
lenalidomide CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
lenalidomide CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA

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).

19

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
THALOMID CAPS 50mg, 100mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg QL (56 caps / 28 días)	5	QL LA PA
VARIOS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml <i>bexarotene</i> CAPS 75mg	5	LA PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	2	GC
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	4	B/D
KISQALI 200 PAK FEMARA QL (49 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 400 PAK FEMARA QL (70 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 600 PAK FEMARA QL (91 tabs / 28 días)	5	QL PA
MATULANE CAPS 50mg	5	LA
SYNRIBO SOLR 3.5mg <i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	5	PA
WELIREG TABS 40mg	5	LA PA
MITOTIC INHIBITORS		
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	4	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
<i>etoposide</i> SOLN 100mg/5ml, 500mg/25ml	3	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	5	B/D
<i>toposar</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml	3	B/D
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	2	GC B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	4	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg	5	LA PA
ALUNBRIG TABS 30mg, 90mg, 180mg	5	LA PA
ALUNBRIG PAK	5	LA PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
BALVERSA TABS 3mg, 4mg, 5mg	5	LA PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg, 3.5mg	5	PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	5	PA
BOSULIF TABS 100mg, 400mg, 500mg	5	PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	5	LA PA
BRUKINSA CAPS 80mg	5	LA PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
CALQUENCE CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
CALQUENCE TABS 100mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
CAPRELSA TABS 100mg, 300mg	5	LA PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	5	LA PA
COMETRIQ KIT 100MG	5	LA PA
COMETRIQ KIT 140MG	5	LA PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	5	LA PA
COTELLIC TABS 20mg	5	LA PA
DAURISMO TABS 25mg, 100mg	5	LA PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	5	LA PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 20
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA	IMBRUVICA CAPS 70mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA	IMBRUVICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 días)	5	QL LA PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA	IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg, 560mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>everolimus</i> TBSO 2mg QL (150 tabs / 30 días)	5	QL PA	INLYTA TABS 1mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>everolimus</i> TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA	INLYTA TABS 5mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>everolimus</i> TBSO 5mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA	INREBIC CAPS 100mg	5	LA PA
EXKIVITY CAPS 40mg	5	LA PA	IRESSA TABS 250mg	5	LA PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA	JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
GAVRETO CAPS 100mg	5	LA PA	KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	B/D LA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	5	LA PA	KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	LA PA
HERCEP HYLEC SOL 60- 10000	5	LA PA	KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	LA PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	LA PA	KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg QL (21 tabs / 28 días)	5	QL PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	LA PA	KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg QL (42 tabs / 28 días)	5	QL PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA	KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg QL (63 tabs / 28 días)	5	QL PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 tabs / 28 días)	5	QL LA PA	<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	5	PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA			

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	LA PA
OGIVRI INJ 420MG	5	LA PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	LA PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	5	LA PA
PHESGO SOL	5	LA PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	5	PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	5	PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	5	PA
QINLOCK TABS 50mg	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
RETEVMO CAPS 40mg, 80mg	5	LA PA
ROZLYTREK CAPS 100mg, 200mg	5	LA PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
RYDAPT CAPS 25mg	5	PA
SCSEMBLIX TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
SCSEMBLIX 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
TAGRISSE TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS .5mg, .75mg, 1mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS .25mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
TASIGNA CAPS 50mg, 150mg, 200mg	5	PA
TAZVERIK TABS 200mg	5	LA PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	5	LA PA
TEPMETKO TABS 225mg	5	LA PA
TIBSOVO TABS 250mg	5	LA PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	5	PA

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE CPPK 100mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE	5	LA PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	LA PA
TURALIO CAPS 200mg	5	LA PA
VENCLEXTA TABS 10mg QL (112 tabs / 28 días)	4	QL LA PA
VENCLEXTA TABS 50mg QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VENCLEXTA TABS 100mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
VENCLEXTA TAB START PK QL (42 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VITRAKVI CAPS 25mg, 100mg; SOLN 20mg/ml	5	LA PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	5	LA PA
VONJO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	5	QL LA PA
VOTRIENT TABS 200mg	5	LA PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg	5	LA PA
XOSPATA TABS 40mg	5	LA PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg QL (4 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 60mg QL (4 tabs / 28 días)	5	QL LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg QL (24 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg QL (32 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 50mg QL (8 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
ZEJULA CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
ZELBORAF TABS 240mg	5	LA PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA
ZOLINZA CAPS 100mg	5	PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	5	LA PA
ZYKADIA TABS 150mg	5	LA PA

AGENTES PROTECTORES

<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	4	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	3	
<i>leucovorin calcium</i> TABS 25mg	4	
MESNEX TABS 400mg	5	

CARDIOVASCULAR

COMBINACIONES DEL INHIBIDOR DE LA ECA

<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL

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

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

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

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

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

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

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

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

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>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>EDARBI TABS 40mg, 80mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan TABS 320mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg</i>	4	
<i>amiodarone hcl TABS 200mg</i>	1	GC
<i>disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg</i>	4	
<i>dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	4	
<i>flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg</i>	3	
<i>MULTAQ TABS 400mg</i>	4	
<i>NORPACE CR CP12 100mg, 150mg</i>	4	

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ZYPITAMAG TABS 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST
ANTILIPÉMICOS, VARIOS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	4	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm	4	
<i>colestipol hcl</i> TABS 1gm	3	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	3	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10- 10 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10- 20 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10- 40 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10- 80 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
PRALUENT SOAJ 75mg/ml, 150mg/ml	3	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).

27

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	4	
BETABLOQUEANTE / DIURÉTICO COMBINACIONES		
<i>atenolol & chlorthalidone tab</i> 50-25 mg	2	GC
<i>atenolol & chlorthalidone tab</i> 100-25 mg	2	GC
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 2.5-6.25 mg	2	GC
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 5-6.25 mg	2	GC
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 10-6.25 mg	2	GC
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 50-25 mg	3	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg	3	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-50 mg	3	
BETABLOQUEANTE		
<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	3	
<i>atenolol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC
<i>carvedilol</i> TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1	GC
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	3	
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	GC
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml	4	
<i>metoprolol tartrate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 28
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>midodrine hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	3	
<i>midodrine hcl TABS 10mg</i>	4	
<i>minoxidil TABS 2.5mg, 10mg</i>	2	GC
<i>ranolazine TB12 500mg, 1000mg</i>	4	
<i>VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	3	
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg</i>	3	
<i>isosorbide mononitrate TABS 10mg, 20mg</i>	2	GC
<i>isosorbide mononitrate TB24 30mg, 60mg, 120mg</i>	1	GC
<i>NITRO-BID OINT 2%</i>	3	
<i>nitroglycerin PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SUBL .3mg, .4mg, .6mg</i>	3	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
<i>ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>ambrisentan TABS 5mg, 10mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>bosentan TABS 62.5mg, 125mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>OPSUMIT TABS 10mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS 20mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>treprostinil SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml</i>	5	LA PA
<i>VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml</i>	5	LA PA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CONTRA LA ANSIEDAD		
<i>alprazolam TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg</i> QL (150 tabs / 30 días)	2	GC QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 30
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>clonazepam</i> TBDP 2mg QL (300 tabs / 30 días)	3	QL
<i>clonazepam</i> TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
<i>DIACOMIT</i> CAPS 250mg QL (360 caps / 30 días)	5	QL LA PA
<i>DIACOMIT</i> CAPS 500mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL LA PA
<i>DIACOMIT</i> PACK 250mg QL (360 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>DIACOMIT</i> PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>diazepam</i> CONC 5mg/ml QL (240 mL / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	3	QL PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml QL (1200 mL / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	3	QL PA
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg QL (120 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	2	GC QL PA
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	4	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	4	
<i>DILANTIN</i> CAPS 30mg, 100mg	4	
<i>DILANTIN INFATABS</i> CHEW 50mg	4	

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 días)	4	QL
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg	3	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg; TBDP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	3	
<i>levetiracetam</i> SOLN 500mg/5ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	4	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> TABS 150mg, 300mg, 600mg	3	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA

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).

32

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PHENYTEK CAPS 200mg, 300mg	4	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	3	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	3	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	3	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg QL (90 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 250mg	2	GC
<i>roovepra</i> TABS 500mg	3	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml QL (2400 mL / 30 días)	5	QL PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>rufinamide</i> TABS 400mg QL (240 tabs / 30 días)	5	QL PA
SPRITAM TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 días)	4	QL
SPRITAM TB3D 500mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL
SPRITAM TB3D 750mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
SPRITAM TB3D 1000mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
SYMPAZAN FILM 5mg, 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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>topiramate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	GC
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml	4	
<i>valproate sodium</i> SOLN 250mg/5ml	3	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	3	
VALTOCO LIQD 5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml; LQPK 7.5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml	4	
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
VIMPAT SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 días)	4	QL
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
ZTALMY SUSP 50mg/ml QL (1100 mL / 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 **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
CONTRA LA DEMENCIA		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	2	GC
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	4	
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml Se aplica PA si tienen menos de 30 años	4	PA
<i>memantine hcl</i> TABS 5mg, 10mg Se aplica PA si tienen menos de 30 años	3	PA
NAMZARIC CAP 7-10MG	4	
NAMZARIC CAP 14-10MG	4	
NAMZARIC CAP 21-10MG	4	
NAMZARIC CAP 28-10MG	4	
NAMZARIC CAP PACK	4	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
ANTIDEPRESIVOS		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg; TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg, 300mg	3	
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	3	
<i>citalopram hydrobromide</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg; CONC 10mg/ml	3	
<i>doxepin hcl</i> CAPS 150mg	4	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<i>duloxetine hcl</i> 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
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	4	
<i>escitalopram oxalate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	GC
FETZIMA CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
FETZIMA CAP TITRATIO	4	PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg	1	GC

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>fluoxetine hcl</i> CAPS 40mg	2	GC
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	3	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	2	GC
MARPLAN TABS 10mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	3	
<i>mirtazapine</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	2	GC
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	4	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	GC
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	GC
<i>paroxetine hcl</i> TB24 12.5mg, 25mg, 37.5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	3	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	4	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml	3	
<i>sertraline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	4	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	GC
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	GC
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	
VIIBRYD KIT STARTER	4	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml	3	
<i>amantadine hcl</i> TABS 100mg	4	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	4	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	4	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	4	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	4	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	4	
<i>carbidopa</i> TABS 25mg	4	
<i>carbidopa & levodopa tab 10- 100 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab 25- 100 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab 25- 250 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	3	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	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).

35

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	4	
<i>entacapone TABS 200mg</i>	4	
KYNMOBI FILM 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg QL (150 films / 30 días)	5	QL PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	4	
<i>pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg</i>	2	GC
<i>pramipexole dihydrochloride TB24 .375mg, .75mg, 1.5mg, 2.25mg, 3mg, 3.75mg, 4.5mg</i>	4	
<i>rasagiline mesylate TABS .5mg, 1mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	2	GC
<i>ropinirole hydrochloride TB24 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 12mg</i>	4	
<i>selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg</i>	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg</i> Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY MANTENA PRSY 300mg, 400mg QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
ABILIFY MANTENA SRER 300mg, 400mg QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
<i>aripiprazole SOLN 1mg/ml</i> QL (900 mL / 30 días)	4	QL
<i>aripiprazole TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>aripiprazole TBDP 10mg, 15mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 jeringuilla / 56 días)	5	QL
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	
<i>asenapine maleate SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>chlorpromazine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	4	
CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR CONC 30mg/ml, 100mg/ml	4	

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	3	
<i>clozapine</i> TABS 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4	QL
<i>clozapine</i> TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	4	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
FANAPT PAK	4	PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	4	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	3	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	3	
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	4	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
LATUDA TABS 80mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL LA PA
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL LA PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg QL (3 viales / 1 día)	4	QL
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>paliperidone</i> TB24 6mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg QL (1 jeringuilla / 30 días)	5	QL
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	4	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg	3	
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL

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).

37

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 días)	3	QL
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	GC
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>risperidone</i> TBDP 4mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	4	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	3	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml QL (600 mL / 30 días)	4	QL PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	4	
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg QL (6 inyecciones / 3 días)	4	QL
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg QL (2 viales / 28 días)	4	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg QL (2 viales / 28 días)	5	QL PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg QL (1 vial / 28 días)	5	QL PA
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 5 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 10 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 15 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 20 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 25 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 30 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 5 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 7.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 10 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA	<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i> QL (1800 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA	<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml</i> QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA	<i>methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA	<i>methylphenidate hcl TABS 20mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i> QL (120 caps / 30 días)	4	QL	<i>methylphenidate hcl TBCR 10mg, 20mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i> QL (60 caps / 30 días)	4	QL	VYVANSE CAPS 10mg, 20mg, 30mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i> QL (30 caps / 30 días)	4	QL	VYVANSE CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i> QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA	VYVANSE CHEW 10mg, 20mg, 30mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA	VYVANSE CHEW 40mg, 50mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>guanfacine hcl (adhd) 1mg, 2mg, 4mg</i> QL (30 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	QL PA	HIPNÓTICOS		
<i>guanfacine hcl (adhd) 3mg</i> QL (60 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	QL PA	BELSOMRA TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>metadate er TBCR 20mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA	<i>doxepin hcl (sleep) 3mg, 6mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>methylphenidate hcl CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA	HETLIOZ CAPS 20mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
			<i>temazepam CAPS 7.5mg, 30mg</i> QL (30 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
			<i>temazepam CAPS 15mg</i> QL (60 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 39
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

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

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 40
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml QL (16 pens / año)	5	QL LA PA
AGENTES PARA LA TERAPIA MUSCULOESQUELETAL		
<i>baclofen</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	4	
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	2	GC
NARCOLEPSIA / CATAPLEJÍA		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg QL (60 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
XYREM SOLN 500mg/ml QL (540 mL / 30 días)	5	QL LA PA
PSICOTERAPÉUTICOS / VARIOS		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i> QL (90 films / 30 días)	4	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i> QL (90 films / 30 días)	4	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i> QL (90 films / 30 días)	4	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i> QL (60 films / 30 días)	4	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i> QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i> QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	3	
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	3	
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml	3	
<i>naloxone hcl</i> SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	2	GC
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	3	
NICOTROL INHALER 10mg	4	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg QL (56 tabs / 28 días)	4	QL PA
<i>varenicline tartrate tab 0.5 mg x 11 & tab 1 mg x 42 pack</i>	4	PA
VIVITROL SUSR 380mg	5	

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
ANDRÓGENOS		
<i>oxandrolone</i> TABS 2.5mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>oxandrolone</i> TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>testosterone</i> GEL 1.62% QL (150 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	3	PA
ANTIDIABETICS		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml QL (4 pens / 28 días)	3	QL
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml QL (1 pen / 30 días)	4	QL
FARXIGA TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glimepiride</i> TABS 4mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide</i> TABS 5mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide</i> TABS 10mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide</i> TB24 10mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-250 mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-500 mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 5- 500 mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
GLYXAMBI TAB 10-5 MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
GLYXAMBI TAB 25-5 MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET XR TAB 50- 500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET XR TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET XR TAB 100-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JARDIANCE TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JARDIANCE TABS 25mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-850 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg QL (150 tabs / 30 días)	1	GC QL	SYNJARDY TAB 12.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL	SYNJARDY XR TAB 5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg QL (75 tabs / 30 días)	1	GC QL	SYNJARDY XR TAB 10-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg QL (120 tabs / 30 días) (genérico de GLUCOPHAGE XR)	1	GC QL	SYNJARDY XR TAB 12.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg QL (60 tabs / 30 días) (genérico de GLUCOPHAGE XR)	1	GC QL	SYNJARDY XR TAB 25-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL	TRADJENTA TABS 5mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML QL (1 pen / 28 días)	3	QL	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>repaglinide</i> TABS 2mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL	TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml QL (4 pens / 28 días)	3	QL
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL	VICTOZA SOPN 18mg/3ml QL (3 pens / 30 días)	3	QL
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL	XIGDUO XR TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-500MG QL (120 tabs / 30 días)	3	QL	XIGDUO XR TAB 5-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL	XIGDUO XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 12.5-500 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

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
ANTIDIABETICS, INSULINS		
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml SI	3	
BD ALCOHOL SWABS	3	
FIASP FLEX INJ TOUCH SI	3	
FIASP INJ 100/ML SI	3	
FIASP PENFIL INJ U-100 SI	3	
GAUZE PADS 2" X 2"	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml SI	5	B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml SI	5	
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	3	
INSULIN SAFETY NEEDLES	3	
INSULIN SYRINGES: BD	3	
LANTUS SOLN 100unit/ml SI	3	
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml SI	3	
LEVEMIR SOLN 100unit/ml SI	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml SI	3	
NOVOLIN INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN INJ 70/30 FP SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
SOLLIQUA INJ 100/33 QL (5 pens / 25 días) SI	3	QL
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml SI	3	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml SI	3	
TRESIBA SOLN 100unit/ml SI	3	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml SI	3	
V-GO 20 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
V-GO 30 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
V-GO 40 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
XULTOPHY INJ 100/3.6 QL (5 pens / 30 días) SI	3	QL
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	4	
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	GC
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	3	B/D
FORTEO SOPN 600mcg/2.4ml	5	PA
FOSAMAX + D TAB 70-2800	4	ST
FOSAMAX + D TAB 70-5600	4	ST
<i>ibandronate sodium</i> SOLN 3mg/3ml QL (1 inyección / 90 días)	4	B/D QL
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	3	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	5	LA PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	3	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 jeringuilla / 180 días)	4	QL
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg	3	
<i>risedronate sodium</i> TABS 30mg; TBEC 35mg	4	
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	5	PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	5	PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	4	B/D
AGENTES QUELANTES		
CHEMET CAPS 100mg	4	
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 180mg, 360mg; TBSO 125mg, 250mg, 500mg	5	PA
<i>deferasirox</i> TABS 90mg	3	PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	5	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> <i>powder</i> sps SUSP 15gm/60ml	3	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	5	PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	3	
ANTICONCEPTIVOS		
<i>afirmelle</i>	2	GC
<i>altavera</i>	3	
<i>alyacen 1/35</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7</i>	3	
<i>apri</i>	2	GC
<i>aranelle</i>	3	
<i>aubra eq</i>	2	GC
<i>aurovela 1/20</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>aurovela fe 1/20</i>	2	GC
<i>aviane</i>	2	GC
<i>ayuna</i>	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
azurette	3	
balziva	3	
blisovi fe 1.5/30	2	GC
briellyn	3	
camila TABS .35mg	2	GC
chateal	3	
cryselle-28	3	
cyred eq	2	GC
dasetta 1/35	3	
dasetta 7/7/7	3	
deblitane TABS .35mg	2	GC
desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)	3	
desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	2	GC
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg	3	
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg	3	
elinest	3	
ELLA TABS 30mg	3	
eluryng	4	
emoquette	2	GC
enpresse-28	2	GC
enskyce	2	GC
errin TABS .35mg	2	GC
estarylla	2	GC
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg	2	GC
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg	3	
etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr	4	
falmina	2	GC
femynor	2	GC
hailey 1.5/30	3	
heather TABS .35mg	2	GC
iclevia	3	
incassia TABS .35mg	2	GC
introvale	3	
isibloom	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
jasmiel	3	
jolessa	3	
juleber	2	GC
junel 1.5/30	3	
junel 1/20	3	
junel fe 1.5/30	2	GC
junel fe 1/20	2	GC
kariva	3	
kelnor 1/35	2	GC
kelnor 1/50	3	
kurvelo	3	
larin 1.5/30	3	
larin 1/20	3	
larin fe 1.5/30	2	GC
larin fe 1/20	2	GC
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	3	
levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125- 30mg-mcg	2	GC
levora 0.15/30-28	3	
lillow	3	
loestrin 1.5/30-21	3	
loestrin 1/20-21	3	
loestrin fe 1.5/30	2	GC
loestrin fe 1/20	2	GC
loryna	3	
low-ogestrel	3	
lutera	2	GC
lyleq TABS .35mg	2	GC
lyza TABS .35mg	2	GC
marlissa	3	

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>medroxyprogesterone acetate</i> (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	3	
<i>microgestin 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin 1/20</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>microgestin fe 1/20</i>	2	GC
<i>mili</i>	2	GC
<i>mono-linyah</i>	2	GC
<i>necon 0.5/35-28</i>	3	
<i>nikki</i>	3	
<i>nora-be</i> TABS .35mg	2	GC
<i>norethindrone (contraceptive)</i> TABS .35mg	2	GC
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	3	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	3	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	2	GC
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	2	GC
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	3	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	3	
<i>norlyroc</i> TABS .35mg	2	GC
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7</i>	3	
<i>nylia 1/35</i>	3	
<i>nylia 7/7/7</i>	3	
<i>nymyo</i>	2	GC
<i>ocella</i>	3	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea</i>	3	
<i>pirmella 1/35</i>	3	
<i>portia-28</i>	3	
<i>reclipsen</i>	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>setlakin</i>	3	
<i>sharobel</i> TABS .35mg	2	GC
<i>simliya</i>	3	
<i>sprintec 28</i>	2	GC
<i>sronyx</i>	2	GC
<i>syeda</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	2	GC
<i>tilia fe</i>	4	
<i>tri-estarylla</i>	3	
<i>tri-legest fe</i>	4	
<i>tri-linyah</i>	3	
<i>tri-lo-estarylla</i>	3	
<i>tri-lo-marzia</i>	3	
<i>tri-lo-mili</i>	3	
<i>tri-lo-sprintec</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-sprintec</i>	3	
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>tri-vylibra lo</i>	3	
<i>trivora-28</i>	2	GC
<i>velivet</i>	3	
<i>vestura</i>	3	
<i>vienva</i>	2	GC
<i>viorele</i>	3	
<i>vyfemla</i>	3	
<i>vylibra</i>	2	GC
<i>wera</i>	3	
<i>xulane</i>	4	
<i>zafemy</i>	4	
<i>zovia 1/35</i>	2	GC
<i>zumandimine</i>	3	

ENDOMETRIOSIS

<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	4	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	5	
ESTRÓGENOS		
<i>amabelz</i>	3	
DELESTROGEN OIL 10mg/ml	4	

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
<i>estradiol</i> 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	
<i>estradiol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	GC
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	3	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	3	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm	3	
<i>estradiol vaginal</i> TABS 10mcg	4	
<i>estradiol valerate</i> OIL 20mg/ml, 40mg/ml	4	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	3	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	3	
<i>jinteli</i>	3	
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
<i>mimvey</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	3	
<i>yuvafem</i> TABS 10mcg	4	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	3	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	3	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	2	GC
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	3	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	2	GC
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	3	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	3	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	2	GC B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml	4	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 15mg/5ml	2	GC B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 25mg/5ml	3	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml	4	B/D
<i>prednisone</i> TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	2	GC B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	3	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	4	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	4	
AGENTES PARA ELEVAR LOS NIVELES DE GLUCOSA		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	5	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	3	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	

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
VARIOS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5	LA PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	5	LA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	3	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	5	LA PA
CERDELGA CAPS 84mg	5	LA PA
CEREZYME SOLR 400unit	5	LA PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg QL (60 tabs / 30 días)	4	B/D QL
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 60mg QL (60 tabs / 30 días)	5	B/D QL
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg QL (120 tabs / 30 días)	5	B/D QL
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	LA PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	5	
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	3	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	4	
<i>desmopressin acetate spray</i> <i>refrigerated</i> SOLN .01%	4	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	5	LA PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5	PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	5	LA PA
KORLYM TABS 300mg	5	LA PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	4	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	5	LA PA
LUPRON DEPOT-PED (1- MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	5	PA
LUPRON DEPOT-PED (3- MONTH KIT 11.25mg, 30mg	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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	LA PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	LA PA
AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg QL (360 caps / 30 días)	3	QL
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL
<i>sevelamer carbonate</i> PACK .8gm QL (540 paquetes / 30 días)	5	QL
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 800mg QL (540 tabs / 30 días)	4	QL

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

49

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

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

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 50
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	4	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg QL (180 caps / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	4	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	4	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg	2	GC
<i>sulfasalazine</i> TBEC 500mg	3	
LASANTES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	GC
<i>gavilyte-g</i>	2	GC
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	3	
GOLYTELY SOL	3	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl- na sulfate for soln 236 gm</i>	2	GC
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	2	GC
PLENVU SOL	4	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	4	
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	4	
VARIOS		
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg, 1mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq</i> 2.5-0.025 mg/5ml	4	

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

51

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>diphenoxylate w/ atropine tab</i> 2.5-0.025 mg	3	
GATTEX KIT 5mg	5	LA PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	3	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	3	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	5	PA
<i>sucrafate</i> TABS 1gm	3	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg	3	
<i>ursodiol</i> TABS 250mg, 500mg	4	
XERMELO TABS 250mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
XIFAXAN TABS 550mg	5	PA
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON CAP 3000UNIT	3	
CREON CAP 6000UNIT	3	
CREON CAP 12000UNT	3	
CREON CAP 24000UNT	3	
CREON CAP 36000UNT	3	
ZENPEP CAP 3000UNIT	4	
ZENPEP CAP 5000UNIT	4	
ZENPEP CAP 10000UNT	4	
ZENPEP CAP 15000UNT	4	
ZENPEP CAP 20000UNT	4	
ZENPEP CAP 25000UNT	4	
ZENPEP CAP 40000UNT	4	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>lansoprazole</i> TBDD 15mg, 30mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL ST
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg	4	
<i>pantoprazole sodium</i> TBEC 20mg, 40mg	1	GC
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
GENITOURINARIAS		
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	GC
<i>silodosin</i> CAPS 4mg, 8mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	2	GC
VARIOS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	2	GC
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	4	
ANTIESPASMÓDICOS URINARIO		
<i>darifenacin hydrobromide</i> TB24 7.5mg, 15mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST
<i>fesoterodine fumarate</i> TB24 4mg, 8mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
GEMTESA TABS 75mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml QL (300 mL / 28 días)	4	QL

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
oxybutynin chloride SYRP 5mg/5ml; TABS 5mg	3	
oxybutynin chloride TB24 5mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
oxybutynin chloride TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
solifenacin succinate TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
tolterodine tartrate CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
tolterodine tartrate TABS 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
tropium chloride CP24 60mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
tropium chloride TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
ANTIINFECIOSOS VAGINALES		
clindamycin phosphate vaginal CREA 2%	3	
metronidazole vaginal GEL .75%	3	
terconazole vaginal CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3	
HEMATOLÓGICOS ANTICOAGULANTES		
dabigatran etexilate mesylate CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
ELIQUIS TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
ELIQUIS TABS 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
enoxaparin sodium SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	4	
fondaparinux sodium SOLN 2.5mg/0.5ml	4	
fondaparinux sodium SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5	
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	3	
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	3	
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	3	
heparin sodium (porcine) SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	3	
jantoven TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
PRADAXA CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
PRADAXA CAPS 110mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
warfarin sodium TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
XARELTO SUSR 1mg/ml QL (620 mL / 30 días)	3	QL
XARELTO TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
XARELTO STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 días)	3	QL

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
FACTORES DE CRECIMIENTO		
HEMATOPOYÉTICOS		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	PA
ZIEXTENZO SOSY 6mg/0.6ml	5	PA
VARIOS		
anagrelide hcl CAPS .5mg, 1mg	4	
BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 días)	5	QL LA PA
cilostazol TABS 50mg, 100mg	2	GC
DOPTELET TABS 20mg	5	LA PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	3	
ENDARI PACK 5gm	5	LA PA
HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 viales / 30 días)	5	QL LA PA
HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 viales / 30 días)	5	QL LA PA
icatibant acetate SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL PA
pentoxifylline TBCR 400mg	2	GC
PROMACTA PACK 12.5mg QL (360 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA PACK 25mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
sajazir SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
tranexamic acid SOLN 1000mg/10ml	4	
tranexamic acid TABS 650mg	3	
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg	4	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	3	
clopidogrel bisulfate TABS 75mg	1	GC
dipyridamole TABS 25mg, 50mg, 75mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
prasugrel hcl TABS 5mg, 10mg	3	
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AUTOIMMUNE AGENTS		
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml; SOSY 100mg/0.67ml, 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	5	PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml; SOLR 25mg QL (16 viales / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HUMIRA 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
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	5	PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	5	LA PA
KEVZARA SOAJ 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml QL (2 pens / 28 días)	5	QL PA
KEVZARA SOSY 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml QL (2 jeringas / 28 días)	5	QL PA
OTEZLA TABS 30mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
OTEZLA TAB 10/20/30 QL (110 tabs / año)	5	QL PA
REMICADE SOLR 100mg	5	LA PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	5	LA PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
RINVOQ TB24 45mg QL (112 tabs / año)	5	QL PA
SKYRIZI SOCT 360mg/2.4ml QL (1 cartridge / 56 días)	5	QL PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml QL (6 viales / año)	5	QL PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (6 jeringas / 365 días)	5	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (6 pens / 365 días)	5	QL PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml QL (3 jeringas / 28 días)	5	QL LA PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml QL (480 mL / 24 días)	5	QL PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA

FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (DMARD)

<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	3	
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	3	
TREXALL TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg	4	B/D
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	B/D

INMUNOGLOBULINAS

BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	5	LA PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	PA
GAMASTAN INJ	4	B/D LA
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	5	PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	PA

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).

55

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
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	LA PA	<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA	<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	3	B/D
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 25gm/500ml, 30gm/300ml	5	PA	<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	5	B/D
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA	<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	4	B/D
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA	NULOJIX SOLR 250mg	5	B/D
INMUNOMODULADORES			PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D
ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	5	LA PA	REZUROCK TABS 200mg	5	LA PA
ARCALYST SOLR 220mg	5	LA PA	SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	4	B/D
INTRON A SOLR 10000000unit, 18000000unit, 50000000unit	5	B/D LA	<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	5	B/D
INMUNOSUPRESORES			<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	4	B/D
<i>azathioprine</i> TABS 50mg	3	B/D	<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL LA PA	VACUNAS		
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	5	LA PA	ACTHIB INJ	3	
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	4	B/D	ADACEL INJ	3	
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D	BCG VACCINE SOLR 50mg	3	
<i>everolimus</i> (<i>immunosuppressant</i>) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	B/D	BEXSERO INJ	3	
			BOOSTRIX INJ	3	
			DAPTACEL INJ	3	
			DENG VAXIA SUS	3	
			DIP/TET PED INJ 25-5LFU	3	B/D
			ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	3	B/D
			GARDASIL 9 INJ	3	
			HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	3	
			HIBERIX SOLR 10mcg	3	
			IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	3	B/D
			INFANRIX INJ	3	
			IPOX INJ INACTIVE	3	
			IXIARO INJ	3	
			KINRIX INJ	3	
			M-M-R II INJ	3	
			MENACTRA 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
MENQUADFI INJ	3	
MENVEO INJ	3	
PEDIARIX INJ 0.5ML	3	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	3	
PENTACEL INJ	3	
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	3	B/D
PRIORIX INJ	3	
PROQUAD INJ	3	
QUADRACEL INJ	3	
QUADRACEL INJ 0.5ML	3	
RABAVERT INJ	3	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	3	B/D
ROTARIX SUS	3	
ROTATEQ SOL	3	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml QL (2 viales por vida)	3	QL
TDVAX INJ 2-2 LF	3	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	3	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	3	
TRUMENBA INJ	3	
TWINRIX INJ	3	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	3	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	3	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	3	
YF-VAX INJ	3	
SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS ELECTROLITOS/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	4	
D5W/LYTES INJ #48	4	
D10W/NACL INJ 0.2%	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	3	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	3	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	3	
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	
ISOLYTE-S INJ	4	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	4	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	3	
KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN NACL 0.45% INJ	4	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN NACL 0.9% INJ	4	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9% <i>lactated ringer's solution</i>	4	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
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	3	
<i>magnesium sulfate</i> SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	3	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	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 SOLN 10meq/50ml, 20meq/50ml	4	
<i>potassium chloride</i> SOLN 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml	4	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	3	
<i>sodium chloride</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	3	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
ELECTROLITOS/MINERALS/VITAMINAS, ORAL		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	4	
<i>klor-con 8</i> TBCR 8meq	2	GC
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	2	GC
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	2	GC
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	3	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	2	GC
M-NATAL PLUS TAB	3	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq	3	
<i>potassium chloride</i> PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	4	
<i>potassium chloride</i> TBCR 8meq, 10meq, 20meq	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 10meq, 20meq	2	GC
<i>potassium chloride 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 (0.5 f) mg/ml soln</i>	2	GC
TRICARE TAB PRENATAL	3	
NUTRICIÓN IV		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	4	B/D
<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
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%	5	B/D
PROCALAMINE INJ 3%	4	B/D
PROSOL INJ 20%	4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	4	B/D
OFTÁLMICO		
CONTRA INFECCIONES / ANTIINFLAMATORIOS		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	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
neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%	2	GC
neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%	2	GC
neomycin-polymyxin-hc ophth susp	4	
sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%	2	GC
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	3	
tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%	4	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	
CONTRA INFECCIONES		
bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm	3	
bacitracin-polymyxin b ophth oint	2	GC
BESIVANCE SUSP .6%	3	
CILOXAN OINT .3%	3	
ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%	2	GC
erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm	2	GC
gatifloxacin (ophth) SOLN .5%	3	
gentak OINT .3%	3	
gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%	2	GC
moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%	3	
NATACYN SUSP 5%	4	
neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin	3	
neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml	3	
ofloxacin (ophth) SOLN .3%	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%	1	GC
sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%	3	
tobramycin (ophth) SOLN .3%	1	GC
trifluridine SOLN 1%	4	
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTIINFLAMATORIOS		
ALREX SUSP .2%	3	
bromfenac sodium (ophth) SOLN .09%	4	
BROMSITE SOLN .075%	4	
dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%	3	
diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%	2	GC
difluprednate EMUL .05%	4	
FLAREX SUSP .1%	4	
fluorometholone (ophth) SUSP .1%	3	
flurbiprofen sodium SOLN .03%	3	
ILEVRO SUSP .3%	3	
ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%	3	
ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .5%	2	GC
LOTEMAX OINT .5%	3	
prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%	3	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	
PROLENSA SOLN .07%	3	
ANTIALÉRGICOS		
azelastine hcl (ophth) SOLN .05%	3	
cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%	2	GC
olopatadine hcl SOLN .1%	3	
ZERVIATE SOLN .24%	4	

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
CONTRA EL GLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .1%	3	
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	3	
BETOPTIC-S SUSP .25%	3	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	1	GC
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%	4	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	4	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	2	GC
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	2	GC
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 22.3-6.8 mg/ml	2	GC
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	1	GC
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	2	GC
LUMIGAN SOLN .01%	3	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLN .02%	3	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	3	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%	4	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLN .25%, .5%	1	GC
<i>travoprost</i> SOLN .004%	4	
VYZULTA SOLN .024%	4	
VARIOS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	3	
CYSTADROPS SOLN .37%	5	LA PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	LA PA
ISOPTO ATROPINE SOLN 1%	3	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	3	
RESTASIS EMUL .05%	3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
XIIDRA SOLN 5%	3	
ÓTICO		
ÓTICO AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	3	
CIPRO HC SUS ÓTICO	4	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3-0.1%	4	
<i>flac</i> OIL .01%	3	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln</i> 1%	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp</i> 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%	3	
<i>ofloxacin (otic)</i> SOLN .3%	4	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5		
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5		
<i>sildenafil citrate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	ED QL
QL (4 tabs / 30 días)		
<i>tadalafil</i> TABS 10mg, 20mg	3	ED QL
QL (4 tabs / 30 días)		
RESPIRATORIO		
COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICO / BETA AGONISTA		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	QL
QL (60 blisters / 30 días)		
BEVESPI AER 9-4.8MCG	3	QL
QL (1 inhalador / 30 días)		
BREZTRI AERO AER SPHERE	3	QL
QL (1 inhalador / 30 días)		
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	3	QL
QL (4 inhaladores / 28 días)		

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

60

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

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	4	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhaladores / 30 días)	3	QL
MODULADORES DE LOS LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg	3	
<i>montelukast sodium</i> PACK 4mg	4	
<i>montelukast sodium</i> TABS 10mg	1	GC
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	3	
VARIOS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	4	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	LA PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	3	B/D
DALIRESP TABS 250mcg, 500mcg	4	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml (genérico de EpiPen)	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (genérico de Adrenaclick)	3	
ESBRIET CAPS 267mg QL (270 caps / 30 días)	5	QL LA PA
FASENRA SOSY 30mg/ml	5	LA PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5	LA PA
KALYDECO PACK 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packs / 28 días)	5	QL LA PA
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packs / 28 días)	5	QL LA PA
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packs / 28 días)	5	QL LA PA
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg QL (270 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>pirfenidone</i> 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	
<i>theophylline</i> SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg	4	

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>theophylline</i> TB24 400mg, 600mg	3	
TRIKAFTA TAB 50-25- 37.5MG & 75MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	5	LA PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg	5	LA PA
ESTEROIDES NAALES		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025% QL (3 botellas / 30 días)	3	QL
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act QL (1 botella / 30 días)	2	GC QL
<i>mometasone furoate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL ST
OMNARIS SUSP 50mcg/act QL (1 inhalador / 30 días)	4	QL ST
XHANCE EXHU 93mcg/act QL (32 mL / 30 días)	4	QL PA
ESTEROIDES INHALADOS		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalaciones / 30 días)	3	QL
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	4	B/D
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist QL (180 inhalaciones / 30 días)	3	QL
FLOVENT DISKUS AEPB 100mcg/blist, 250mcg/blist QL (240 inhalaciones / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
FLOVENT HFA AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
PULMICORT FLEXHALER AEPB 90mcg/act QL (3 inhaladores / 30 días)	4	QL
PULMICORT FLEXHALER AEPB 180mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
COMBINACIONES DE ESTEROIDES / BETA AGONISTA		
ADVAIR DISKU AER 100/50 QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
ADVAIR DISKU AER 250/50 QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
ADVAIR DISKU AER 500/50 QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
ADVAIR HFA AER 45/21 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
ADVAIR HFA AER 115/21 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
ADVAIR HFA AER 230/21 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
BREO ELLIPTA INH 100-25 QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
BREO ELLIPTA INH 200-25 QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
SYMBICORT AER 80-4.5 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
SYMBICORT AER 160-4.5 QL (1 inhalador / 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).

63

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

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

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

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

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

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

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

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>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	3	
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%	1	GC
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	2	GC
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	3	
<i>triamcinolone acetonide</i> (topical) CREA .1% QL (454 gm / 30 días)	2	GC QL
<i>triamcinolone acetonide</i> (topical) CREA .025%, .5%; OINT .025%, .1%, .5%	2	GC
<i>triamcinolone acetonide</i> (topical) LOTN .025%, .1%	3	
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>glydo</i> PRSY 2% QL (60 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>lidocaine</i> OINT 5% QL (50 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5% QL (3 parches / 1 día)	4	QL PA
<i>lidocaine hcl</i> GEL 2% QL (30 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4% QL (50 mL / 30 días)	3	QL PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5% QL (30 gm / 30 días)	3	QL PA
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LAS MEMBRANAS MUCOSAS		
<i>azelaic acid</i> GEL 15% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA

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

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

66

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1% QL (100 gm / 30 días)	4	QL
VALCHLOR GEL .016% QL (60 gm / 30 días)	5	QL LA PA
ZYCLARA PUMP CREA 2.5% QL (7.5 gm / 28 días)	5	QL
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y CONTRA LA PEDICULOSIS		
<i>malathion</i> LOTN .5% QL (59 mL / 30 días)	4	QL
<i>permethrin</i> CREA 5% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
DERMATOLOGÍA, AGENTES PARA EL CUIDAD DE HERIDAS		
REGRANEX GEL .01% QL (30 gm / 30 días)	5	QL PA
SANTYL OINT 250unit/gm QL (180 gm / 30 días)	4	QL
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	3	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	2	GC
AGENTES PARA LA BOCA / GARGANTA / DENTALES		
<i>cevimeline hcl</i> CAPS 30mg	4	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	1	GC
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg QL (150 losanges / 30 días)	4	QL
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	2	GC
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	3	
<i>periogard</i> SOLN .12%	1	GC
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	3	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VITAMINAS COMPLEJO DE VITAMINA B		
<i>cyanocobalamin</i> SOLN 1000mcg/ml	2	ED GC
<i>folic acid</i> TABS 1mg QL (30 tabs / 30 días)	1	ED GC QL
VITAMINA D		
<i>ergocalciferol</i> CAPS 50000unit QL (4 caps / 28 días)	2	ED GC QL
ACTIVIDAD DE LA VITAMINA K		
<i>phytonadione</i> TABS 5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	ED QL

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

67

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

ÍNDICE

A		
<i>abacavir sulfate</i>	14	
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	15	
ABELCET	13	
ABILIFY MAINTENA.....	36	
<i>abiraterone acetate</i>	19	
<i>acamprosate calcium</i>	41	
<i>acarbose</i>	41	
<i>accutane</i>	63	
<i>acebutolol hcl</i>	28	
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	11	
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	11	
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	11	
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	11	
<i>acetazolamide</i>	29	
<i>acetic acid</i>	52	
<i>acetic acid (otic)</i>	60	
<i>acetylcysteine</i>	61	
<i>acitretin</i>	64	
ACTHIB INJ	56	
ACTIMMUNE	55	
<i>acyclovir</i>	15	
<i>acyclovir sodium</i>	15	
ADACEL INJ.....	56	
<i>adefovir dipivoxil</i>	15	
ADEMPAS	30	
ADRENALIN	29	
ADVAIR DISKU AER 100/50	63	
ADVAIR DISKU AER 250/50	63	
ADVAIR DISKU AER 500/50	63	
ADVAIR HFA AER 115/21	63	
ADVAIR HFA AER 230/21	63	
ADVAIR HFA AER 45/21	63	
<i>afirmelle</i>	45	
AIMOVIG	39	
<i>ala-cort</i>	64	
<i>albendazole</i>	12	
<i>albuterol sulfate</i>	61	
<i>alclometasone dipropionate</i>	64	
ALDURAZYME	48	
ALECENSA	20	
<i>alendronate sodium</i> ..44, 45		
<i>alfuzosin hcl</i>	52	
<i>aliskiren fumarate</i>	29	
<i>allopurinol</i>	10	
<i>alose tron hcl</i>	51	
ALPHAGAN P.....	59	
<i>alprazolam</i>	30	
ALREX.....	59	
<i>altavera</i>	45	
ALTOPREV	27	
ALUNBRIG	20	
ALUNBRIG PAK	20	
<i>alyacen 1/35</i>	45	
<i>alyacen 7/7/7</i>	45	
<i>amabelz</i>	47	
<i>amantadine hcl</i>	35	
<i>ambrisentan</i>	30	
<i>amikacin sulfate</i>	12	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	29	
<i>amiloride hcl</i>	29	
<i>amiodarone hcl</i>	26	
<i>amitriptyline hcl</i>	34	
<i>amlodipine besylate</i>	28	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-10 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-20 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg</i>	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg</i>	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg</i>	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg</i>	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg</i>	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-80 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	24	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	24	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	23	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	23	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	23	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	24	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	25	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	25	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	24	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	25	
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	25	

<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	<i>apri</i>	45
.....25	.....38	APTIOM	31
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	APTIVUS	14
.....25	.....38	ARALAST NP	61
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	<i>aranelle</i>	45
.....25	.....38	ARCALYST	55
<i>amnesteem</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	<i>arformoterol tartrate</i>	61
.....63	.....38	<i>aripiprazole</i>	36
<i>amoxapine</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	ARISTADA	36
.....34	.....38	ARISTADA INITIO	36
<i>amoxicillin</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	<i>armodafinil</i>	41
.....17	.....38	ARNUITY ELLIPTA	62
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	<i>asenapine maleate</i>	36
.....17	.....38	<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	54
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	<i>atazanavir sulfate</i>	14
.....17	.....38	<i>atenolol</i>	28
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	<i>amphotericin b</i>	<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	28
.....17	.....13	<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	28
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	<i>amphotericin b liposome</i>	<i>atomoxetine hcl</i>	38, 39
.....17	.....13	<i>atorvastatin calcium</i>	27
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	<i>ampicillin</i>	<i>atovaquone</i>	12
.....17	.....17	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	14
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	14
.....17	.....18	ATROPINE SULFATE	60
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	60
.....17	.....18	ATROVENT HFA	60
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	<i>aubra eq</i>	45
.....17	.....18	<i>aurovela 1/20</i>	45
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	45
.....17	.....18	<i>aurovela fe 1/20</i>	45
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	<i>ampicillin sodium</i>	AUSTEDO	40
.....17	.....18	<i>aviane</i>	45
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	<i>anagrelide hcl</i>	<i>avita</i>	63
.....38	.....53	<i>ayuna</i>	45
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	<i>anastrozole</i>	AYVAKIT	20
.....38	.....19	<i>azacitidine</i>	19
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	ANORO ELLIPT AER 62.5-25	<i>azathioprine</i>	56
.....38	.....60	<i>azelaic acid</i>	65
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	<i>aprepitant</i>	<i>azelastine hcl</i>	60
.....38	.....50	<i>azelastine hcl (ophth)</i>	59
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	<i>azithromycin</i>	17
.....38	.....50	<i>aztreonam</i>	12
		<i>azurette</i>	45

B	BEVESPI AER 9-4.8MCG	<i>budesonide (inhalation)</i> ..62
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>....58	.....60	<i>bumetanide</i>.....29
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	<i>bexarotene</i>.....20	<i>buprenorphine hcl</i>.....41
<i>ophth oint</i>.....58	<i>bexarotene (topical)</i>.....65	<i>buprenorphine hcl-</i>
<i>bacitracin-polymyxin-</i>	BEXSERO INJ.....56	<i>naloxone hcl sl film 12-3</i>
<i>neomycin-hc ophth oint</i>	<i>bicalutamide</i>.....19	<i>mg (base equiv)</i> .....41
1%.....58	BICILLIN L-A.....18	<i>buprenorphine hcl-</i>
<i>baclofen</i>.....40	BIKTARVY TAB 30-120-15	<i>naloxone hcl sl film 2-0.5</i>
BAFIERTAM.....40	MG.....15	<i>mg (base equiv)</i> .....41
<i>balsalazide disodium</i> .....51	BIKTARVY TAB 50-200-25	<i>buprenorphine hcl-</i>
BALVERSA.....20	MG.....15	<i>naloxone hcl sl film 4-1</i>
<i>balziva</i> .....45	<i>bisoprolol &</i>	<i>mg (base equiv)</i> .....41
BARACLUDGE.....15	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>buprenorphine hcl-</i>
BASAGLAR KWIKPEN...43	10-6.25 mg.....28	<i>naloxone hcl sl film 8-2</i>
BCG VACCINE .....56	<i>bisoprolol &</i>	<i>mg (base equiv)</i> .....41
BD ALCOHOL SWABS...43	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>buprenorphine hcl-</i>
BELSOMRA.....39	2.5-6.25 mg.....28	<i>naloxone hcl sl tab 2-0.5</i>
<i>benazepril &</i>	<i>bisoprolol &</i>	<i>mg (base equiv)</i> .....41
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>buprenorphine hcl-</i>
10-12.5 mg.....24	5-6.25 mg.....28	<i>naloxone hcl sl tab 8-2</i>
<i>benazepril &</i>	<i>bisoprolol fumarate</i> .....28	<i>mg (base equiv)</i> .....41
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	BIVIGAM.....55	<i>bupropion hcl</i>.....34
20-12.5 mg.....24	<i>blisovi fe 1.5/30</i>.....45	<i>bupropion hcl (smoking</i>
<i>benazepril &</i>	BOOSTRIX INJ.....56	<i>deterrent)</i>.....41
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>bortezomib</i>.....20	<i>buspirone hcl</i> .....30, 31
20-25 mg.....24	BORTEZOMIB.....20	<i>butorphanol tartrate</i> .....11
<i>benazepril &</i>	<i>bosentan</i>.....30	BYDUREON BCISE.....41
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	BOSULIF .....20	BYETTA.....41
5-6.25mg.....24	BRAFTOVI.....20	C
<i>benazepril hcl</i> .....24	BREO ELLIPTA INH 100-	<i>cabergoline</i> .....48
BENDEKA .....18	25.....63	CABOMETYX .....20
BENLYSTA.....56	BREO ELLIPTA INH 200-	<i>calcipotriene</i>.....64
<i>benzoyl peroxide-</i>	25.....63	<i>calcitonin (salmon) spray</i> 45
<i>erythromycin gel 5-3%</i> 63	BREZTRI AERO AER	<i>calcitrene</i> .....64
<i>benztropine mesylate</i>....35	SPHERE .....60	<i>calcitriol</i>.....50
BERINERT .....53	BREZTRI AERO AER	<i>calcium acetate (phosphate</i>
BESIVANCE .....58	SPHERE	<i>binder)</i>.....49
BESREMI .....20	(INSTITUTIONAL PACK)	CALQUENCE .....20
<i>betaine powder for oral</i>	.....60	<i>camila</i> .....45
<i>solution</i>.....48	<i>briellyn</i> .....45	<i>candesartan cilexetil</i>.....26
<i>betamethasone</i>	BRILINTA .....54	<i>candesartan cilexetil-</i>
<i>dipropionate (topical)</i> ...64	<i>brimonidine tartrate</i>.....59	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>betamethasone</i>	<i>brinzolamide</i> .....59	16-12.5 mg.....25
<i>dipropionate augmented</i>	BRIVIACT .....31	<i>candesartan cilexetil-</i>
.....64	<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>betamethasone valerate</i> .64	.....59	32-12.5 mg.....25
BETASERON .....40	<i>bromocriptine mesylate</i> ...35	<i>candesartan cilexetil-</i>
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> .....59	BROMSITE .....59	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>bethanechol chloride</i>.....52	BRUKINSA .....20	32-25 mg.....25
BETOPTIC-S.....59	<i>budesonide</i> .....51	CAPLYTA .....36

CAPRELSA	20	<i>cefadroxil</i>	16	<i>ciprofloxacin hcl</i>	17
<i>captopril</i>	24	CEFAZOLIN INJ		<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..	58
<i>carb/levo orally</i>		1GM/50ML	16	<i>ciprofloxacin-</i>	
<i>disintegrating tab 10-</i>		<i>cefazolin sodium</i>	16	<i>dexamethasone otic susp</i>	
100mg	35	CEFAZOLIN SOLN		0.3-0.1%	60
<i>carb/levo orally</i>		2GM/100ML-4%	16	<i>cisplatin</i>	18
<i>disintegrating tab 25-</i>		<i>cefdinir</i>	16	<i>citalopram hydrobromide</i>	34
100mg	35	<i>cefepime hcl</i>	16	<i>claravis</i>	63
<i>carb/levo orally</i>		<i>cefixime</i>	16	<i>clarithromycin</i>	17
<i>disintegrating tab 25-</i>		<i>cefoxitin sodium</i>	16	<i>clindamycin hcl</i>	12
250mg	35	<i>cefpodoxime proxetil</i>	16	<i>clindamycin palmitate</i>	
<i>carbamazepine</i>	31	<i>cefprozil</i>	16	<i>hydrochloride</i>	12
<i>carbidopa</i>	35	<i>ceftazidime</i>	16	<i>clindamycin phosphate</i> ...	12
<i>carbidopa & levodopa tab</i>		CEFTAZIDIME/ SOL D5W		<i>clindamycin phosphate</i>	
10-100 mg	35	1GM	16	<i>(topical)</i>	63
<i>carbidopa & levodopa tab</i>		CEFTAZIDIME/ SOL D5W		<i>clindamycin phosphate in</i>	
25-100 mg	35	2GM	16	<i>d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	
<i>carbidopa & levodopa tab</i>		<i>ceftriaxone sodium</i>	16	.....	12
25-250 mg	35	<i>cefuroxime axetil</i>	17	<i>clindamycin phosphate in</i>	
<i>carbidopa & levodopa tab</i>		<i>cefuroxime sodium</i>	17	<i>d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	
er 25-100 mg	35	<i>celecoxib</i>	10	.....	12
<i>carbidopa & levodopa tab</i>		CELONTIN	31	<i>clindamycin phosphate in</i>	
er 50-200 mg	35	<i>cephalexin</i>	17	<i>d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	
<i>carbidopa-levodopa-</i>		CERDELGA	48	.....	12
<i>entacapone tabs 12.5-</i>		CEREZYME	48	<i>clindamycin phosphate</i>	
50-200 mg	35	<i>cetirizine hcl</i>	60	<i>vaginal</i>	52
<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>cevimeline hcl</i>	66	CLINDMYC/NAC INJ	
<i>entacapone tabs 18.75-</i>		<i>chateal</i>	45	300/50ML	12
75-200 mg	35	CHEMET	45	CLINDMYC/NAC INJ	
<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>chlorhexidine gluconate</i>		600/50ML	12
<i>entacapone tabs 25-100-</i>		<i>(mouth-throat)</i>	66	CLINDMYC/NAC INJ	
200 mg	35	<i>chloroquine phosphate</i> ...	14	900/50ML	12
<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>chlorpromazine hcl</i>	36	CLINIMIX INJ 4.25/D10 ..	58
<i>entacapone tabs 31.25-</i>		CHLORPROMAZINE		CLINIMIX INJ 4.25/D5W	58
125-200 mg	35	HYDROCHLOR	36	CLINIMIX INJ 5%/D15W	58
<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>chlorthalidone</i>	29	CLINIMIX INJ 5%/D20W	58
<i>entacapone tabs 37.5-</i>		<i>cholestyramine</i>	27	CLINIMIX INJ 6/5	58
150-200 mg	35	<i>cholestyramine light</i>	27	CLINIMIX INJ 8/10	58
<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>choline fenofibrate</i>	27	CLINIMIX INJ 8/14	58
<i>entacapone tabs 50-200-</i>		<i>ciclopirox olamine</i>	63	<i>clinisol sf 15%</i>	58
200 mg	36	<i>cilostazol</i>	53	CLINOLIPID EMU 20% ..	58
<i>carboplatin</i>	18	CILOXAN	58	<i>clobazam</i>	31
<i>carglumic acid</i>	48	CIMDUO TAB 300-300 ...	15	<i>clobetasol propionate</i>	64
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	59	<i>cinacalcet hcl</i>	48	<i>clobetasol propionate e</i> ..	64
<i>cartia xt</i>	28	CIPRO	17	<i>clomipramine hcl</i>	34
<i>carvedilol</i>	28	CIPRO HC SUS ÓTICO	.60	<i>clonazepam</i>	31
<i>caspofungin acetate</i>	13	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml</i>		<i>clonidine</i>	30
CAYSTON	12	<i>in d5w</i>	17	<i>clonidine hcl</i>	30
<i>cefaclor</i>	16	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml</i>		<i>clopidogrel bisulfate</i>	54
CEFACLOR ER	16	<i>in d5w</i>	17	<i>clorazepate dipotassium</i>	31

clotrimazole	66	cyred eq.....	45	dexamethasone sodium	
clotrimazole (topical).....	64	CYSTADROPS	60	phosphate	48
clotrimazole w/		CYSTAGON.....	48	dexamethasone sodium	
betamethasone cream 1-		CYSTARAN	60	phosphate (ophth)	59
0.05%.....	64	cytarabine	19	dexmethylphenidate hcl ..	39
clozapine	36	D		dextrose.....	58
COARTEM TAB 20-120MG		D10W/NACL INJ 0.2%....	57	dextrose 10% w/ sodium	
.....	14	D2.5W/NACL INJ 0.45%.	57	chloride 0.45%	57
colchicine.....	10	D5W/LYTES INJ #48	57	dextrose 2.5% w/ sodium	
colchicine w/ probenecid		dabigatran etexilate		chloride 0.45%	57
tab 0.5-500 mg.....	10	mesylate.....	53	dextrose 5% in lactated	
colesevelam hcl	27	dalfampridine	40	ringers	57
colestipol hcl.....	27	DALIRESP	61	dextrose 5% w/ sodium	
colistimethate sodium	12	danazol	47	chloride 0.2%	57
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%		dantrolene sodium	41	dextrose 5% w/ sodium	
.....	59	dapsone.....	12	chloride 0.225%	57
COMBIVENT AER 20-100		DAPTACEL INJ	56	dextrose 5% w/ sodium	
.....	60	daptomycin	12	chloride 0.3%	57
COMETRIQ (60MG DOSE)		DAPTOMYCIN.....	12	dextrose 5% w/ sodium	
.....	20	darifenacin hydrobromide		chloride 0.45%	57
COMETRIQ KIT 100MG .	20	.....	52	dextrose 5% w/ sodium	
COMETRIQ KIT 140MG .	20	dasetta 1/35.....	45	chloride 0.9%	57
COMPLERA TAB.....	15	dasetta 7/7/7.....	45	DIACOMIT	31
compro.....	50	DAURISMO	20	diazepam	31
constulose	51	deblitane	45	diazepam (anticonvulsant)	
COPIKTRA	20	deferasirox.....	45	.....	31
CORLANOR	30	DELESTROGEN.....	47	diazepam inj.....	31
COTELLIC	20	DELSTRIGO TAB	15	diazoxide	48
CREON CAP 12000UNT	51	DENGVAXIA SUS	56	diclofenac potassium	10
CREON CAP 24000UNT	51	DESCOVY TAB 120-15MG		diclofenac sodium.....	10
CREON CAP 3000UNIT .	51	.....	15	diclofenac sodium (ophth)	
CREON CAP 36000UNT	51	DESCOVY TAB 200/25MG		.....	59
CREON CAP 6000UNIT .	51	.....	15	diclofenac sodium (topical)	
cromolyn sodium.....	61	desipramine hcl.....	34	.....	65
cromolyn sodium		desloratadine	60	diclofenac w/ misoprostol	
(mastocytosis).....	51	desmopressin acetate....	48	tab delayed release 50-	
cromolyn sodium (ophth)	59	desmopressin acetate		0.2 mg	10
cryselle-28	45	spray	48	diclofenac w/ misoprostol	
cyanocobalamin.....	66	desmopressin acetate		tab delayed release 75-	
cyclobenzaprine hcl	40	spray refrigerated.....	48	0.2 mg	10
cyclophosphamide.....	18	desogest-eth estrad & eth		dicloxacillin sodium.....	18
CYCLOPHOSPHAMIDE 18,		estrad tab 0.15-0.02/0.01		dicyclomine hcl	50
19		mg(21/5).....	45	DIFICID.....	17
CYCLOPHOSPHAMIDE		desogestrel & ethinyl		diflunisal.....	10
MONOHYDR.....	19	estradiol tab 0.15 mg-30		difluprednate.....	59
cycloserine.....	15	mcg	45	digoxin	30
cyclosporine.....	56	desvenlafaxine succinate	34	dihydroergotamine	
cyclosporine modified (for		dexamethasone	48	mesylate.....	39
microemulsion).....	56	DEXAMETHASONE		DILANTIN	31
cyproheptadine hcl.....	60	INTENSOL	48	DILANTIN INFATABS.....	31

DILANTIN-125	31	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	24
<i>diltiazem hcl</i>	28	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	24
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	28	ENBREL	54
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	28	ENBREL MINI.....	54
<i>dilt-xr</i>	28	ENBREL SURECLICK....	54
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	56	ENDARI	53
<i>diphenhydramine hcl</i>	60	<i>endocet tab 10-325mg</i>	11
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	51	<i>endocet tab 2.5-325mg</i> ...	11
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	51	<i>endocet tab 5-325mg</i>	11
<i>dipyridamole</i>	54	<i>endocet tab 7.5-325mg</i> ...	11
<i>disopyramide phosphate</i>	26	ENGERIX-B.....	56
<i>disulfiram</i>	41	<i>enoxaparin sodium</i>	53
<i>divalproex sodium</i>	31	<i>enpresse-28</i>	45
<i>docetaxel</i>	20	<i>enskyce</i>	46
DOCETAXEL.....	20	ENSTILAR AER.....	65
<i>dofetilide</i>	26	<i>entacapone</i>	36
<i>donepezil hydrochloride</i>	33	<i>entecavir</i>	15
DOPTelet.....	53	ENTRESTO TAB 24-26MG	25
<i>dorzolamide hcl</i>	59	ENTRESTO TAB 49-51MG	25
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	59	ENTRESTO TAB 97-103MG	25
<i>dotti</i>	47	<i>enulose</i>	51
DOVATO TAB 50-300MG	15	EPCLUSA PAK 150-37.516	16
<i>doxazosin mesylate</i>	24	EPCLUSA PAK 200-50MG	16
<i>doxepin hcl</i>	34	EPCLUSA TAB 200-50MG	16
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	39	EPCLUSA TAB 400-100.16	16
<i>doxercalciferol</i>	50	EPIDIOLEX.....	31
<i>doxorubicin hcl</i>	19	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	61
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	19	<i>epitol</i>	32
<i>doxy 100</i>	18	EPIVIR HBV.....	16
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	18	<i>eplerenone</i>	24
<i>doxycycline hyclate</i>	18	EPRONTIA	32
DRIZALMA SPRINKLE ...	34	<i>ergocalciferol</i>	66
<i>dronabinol</i>	50	<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	39
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	45	ERIVEDGE	20
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	45	ERLEADA.....	19
DROXIA.....	53	<i>erlotinib hcl</i>	21
<i>droxidopa</i>	30	<i>errin</i>	46
<i>duloxetine hcl</i>	34	<i>ertapenem sodium</i>	12
DUPIXENT	54	<i>ery</i>	63
<i>dutasteride</i>	52		
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	52		
E			
<i>e.e.s. 400</i>	17		
<i>ec-naproxen</i>	10		
EDARBI	26		
EDARBYCLOR TAB 40-12.5	25		
EDARBYCLOR TAB 40-25MG	25		
EDURANT	14		
<i>efavirenz</i>	14		
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	15		
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	15		
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	15		
ELIGARD.....	19		
<i>elinest</i>	45		
ELIQUIS	53		
ELIQUIS STARTER PACK	53		
ELLA.....	45		
ELLENCe	19		
<i>eluryng</i>	45		
EMCYT	19		
<i>emoquette</i>	45		
EMSAM	34		
<i>emtricitabine</i>	14		
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	15		
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	15		
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	15		
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	15		
EMTRIVA.....	14		
EMVERM.....	12		
<i>enalapril maleate</i>	24		

<i>ery-tab</i>	17	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>		<i>flunisolide (nasal)</i>	62
ERYTHROCIN		10-20 mg.....	27	<i>fluocinolone acetonide</i>	65
LACTOBIONATE	17	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>		<i>fluocinolone acetonide</i>	
<i>erythrocin stearate</i>	17	10-40 mg.....	27	(otic).....	60
<i>erythromycin (acne aid)</i> ..	63	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>		<i>fluocinonide</i>	65
<i>erythromycin (ophth)</i>	58	10-80 mg.....	27	<i>fluocinonide emulsified</i>	
<i>erythromycin base</i>	17	F		<i>base</i>	65
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>		FABRAZYME	48	<i>fluorometholone (ophth)</i> ..	59
.....	17	<i>falmina</i>	46	<i>fluorouracil</i>	19
<i>erythromycin lactobionate</i>		<i>famciclovir</i>	16	<i>fluorouracil (topical)</i>	65
.....	17	<i>famotidine</i>	50	<i>fluoxetine hcl</i>	34
ESBRIET	61	<i>famotidine in nacl 0.9% iv</i>		<i>fluphenazine decanoate</i> ..	36
<i>escitalopram oxalate</i>	34	<i>soln 20 mg/50ml</i>	51	<i>fluphenazine hcl</i>	37
<i>esomeprazole magnesium</i>		FANAPT	36	<i>flurbiprofen</i>	10
.....	52	FANAPT PAK	36	<i>flurbiprofen sodium</i>	59
<i>estarylla</i>	46	FARXIGA.....	42	<i>fluticasone propionate</i>	65
<i>estradiol</i>	47	FASENRA.....	61	<i>fluticasone propionate</i>	
<i>estradiol & norethindrone</i>		FASENRA PEN	62	<i>(nasal)</i>	62
<i>acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	47	<i>febuxostat</i>	10	<i>fluvastatin sodium</i>	27
<i>estradiol & norethindrone</i>		<i>felbamate</i>	32	<i>fluvoxamine maleate</i>	31
<i>acetate tab 1-0.5 mg</i> ...	47	<i>felodipine</i>	28	<i>folic acid</i>	66
<i>estradiol vaginal</i>	47	<i>femynor</i>	46	<i>fondaparinux sodium</i>	53
<i>estradiol valerate</i>	47	<i>fenofibrate</i>	27	<i>formoterol fumarate</i>	61
<i>ethambutol hcl</i>	15	<i>fenofibrate micronized</i> ...	27	FORTEO	45
<i>ethosuximide</i>	32	<i>fentanyl</i>	10	FOSAMAX + D TAB 70-	
<i>ethynodiol diacetate &</i>		<i>fentanyl citrate</i>	11	2800	45
<i>ethinyl estradiol tab 1</i>		<i>fesoterodine fumarate</i>	52	FOSAMAX + D TAB 70-	
<i>mg-35 mcg</i>	46	FETZIMA	34	5600	45
<i>ethynodiol diacetate &</i>		FETZIMA CAP TITRATIO		<i>fosamprenavir calcium</i>	14
<i>ethinyl estradiol tab 1</i>		.....	34	<i>fosinopril sodium</i>	24
<i>mg-50 mcg</i>	46	FIASP FLEX INJ TOUCH43		<i>fosinopril sodium &</i>	
<i>etodolac</i>	10	FIASP INJ 100/ML.....	43	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>etonogestrel-ethinyl</i>		FIASP PENFIL INJ U-100		10-12.5 mg.....	24
<i>estradiol va ring 0.120-</i>		.....	43	<i>fosinopril sodium &</i>	
<i>0.015 mg/24hr</i>	46	FINACEA	65	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>etoposide</i>	20	<i>finasteride</i>	52	20-12.5 mg	24
<i>etravirine</i>	14	FINTEPLA	32	FOTIVDA	21
EULEXIN	19	<i>flac</i>	60	FREAMINE III INJ 10%...58	
<i>euthyrox</i>	49	FLAREX.....	59	<i>fulvestrant</i>	19
<i>everolimus</i>	21	FLEBOGAMMA DIF.....	55	<i>furosemide</i>	29
<i>everolimus</i>		<i>flecainide acetate</i>	26	<i>furosemide inj</i>	29
<i>(immunosuppressant)</i> .56		FLOVENT DISKUS.....	62	FUZEON	14
EVOTAZ TAB 300-150 ...	15	FLOVENT HFA.....	62	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	
<i>exemestane</i>	19	<i>fluconazole</i>	13	.....	47
EXKIVITY	21	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>		<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	47
EZALLOR SPRINKLE.....	27	200 mg/100ml	13	FYCOMPA.....	32
<i>ezetimibe</i>	27	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>		G	
<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>		400 mg/200ml	13	<i>gabapentin</i>	32
10-10 mg.....	27	<i>flucytosine</i>	13	<i>galantamine hydrobromide</i>	
		<i>fludrocortisone acetate</i> ...	48	.....	33, 34

GAMASTAN INJ	55	<i>glipizide-metformin hcl tab</i>		HERCEPTIN	21
GAMMAGARD LIQUID ...	55	2.5-500 mg	42	HERZUMA	21
GAMMAGARD S/D IGA		<i>glipizide-metformin hcl tab</i>		HETLIOZ	39
LESS TH	55	5-500 mg	42	HIBERIX	56
GAMMAKED	55	<i>glycopyrrolate</i>	50	HUMIRA	54
GAMMAPLEX	55	<i>glydo</i>	65	HUMIRA PEDIA INJ	
GAMUNEX-C	55	GLYXAMBI TAB 10-5 MG		CROHNS	54
<i>ganciclovir sodium</i>	16	.....	42	HUMIRA PEDIATRIC	
GARDASIL 9 INJ	56	GLYXAMBI TAB 25-5 MG		CROHNS D	54
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	58	.....	42	HUMIRA PEN	54
GATTEX	51	GOLYTELY SOL	51	HUMIRA PEN KIT PS/UV	
GAUZE PADS 2	43	GRALISE	40	.....	54
<i>gavilyte-c</i>	51	<i>granisetron hcl</i>	50	HUMIRA PEN-CD/UC/HS	
<i>gavilyte-g</i>	51	<i>griseofulvin microsize</i>	13	START	54
GAVRETO	21	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>		HUMIRA PEN-PEDIATRIC	
<i>gemcitabine hcl</i>	19	.....	13	UC S	54
<i>gemfibrozil</i>	27	<i>guanfacine hcl</i>	30	HUMIRA PEN-PS/UV	
GEMTESA	52	<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	39	STARTER	54
<i>generlac</i>	51	GVOKE HYPOPEN 2-		HUMULIN R U-500	
<i>gengraf</i>	56	PACK	48	(CONCENTR	43
GENOTROPIN	48	GVOKE KIT	48	HUMULIN R U-500	
GENOTROPIN MINIQUICK		GVOKE PFS	48	KWIKPEN	43
.....	49	H		<i>hydralazine hcl</i>	30
<i>gentak</i>	58	HAEGARDA	53	<i>hydrochlorothiazide</i>	29
<i>gentamicin in saline inj 0.8</i>		<i>hailey 1.5/30</i>	46	<i>hydrocodone bitartrate</i> ...	10
<i>mg/ml</i>	12	<i>halobetasol propionate</i> ...	65	<i>hydrocodone-</i>	
<i>gentamicin in saline inj 1</i>		<i>haloperidol</i>	37	<i>acetaminophen soln 7.5-</i>	
<i>mg/ml</i>	12	<i>haloperidol decanoate</i>	37	<i>325 mg/15ml</i>	11
<i>gentamicin in saline inj 1.2</i>		<i>haloperidol lactate</i>	37	<i>hydrocodone-</i>	
<i>mg/ml</i>	12	HARVONI PAK 33.75-		<i>acetaminophen tab 10-</i>	
<i>gentamicin in saline inj 1.6</i>		150MG	16	<i>325 mg</i>	11
<i>mg/ml</i>	12	HARVONI PAK 45-200MG		<i>hydrocodone-</i>	
<i>gentamicin in saline inj 2</i>		.....	16	<i>acetaminophen tab 5-325</i>	
<i>mg/ml</i>	12	HARVONI TAB 45-200MG		<i>mg</i>	11
<i>gentamicin sulfate</i>	12	.....	16	<i>hydrocodone-</i>	
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>		HARVONI TAB 90-400MG		<i>acetaminophen tab 7.5-</i>	
.....	59	.....	16	<i>325 mg</i>	11
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>		HAVRIX	56	<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i>	
.....	63	<i>heather</i>	46	<i>7.5-200 mg</i>	11
GENVOYA TAB	15	HEP SOD/D5W INJ		<i>hydrocortisone</i>	48
GILENYA	40	20000UNT	53	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	
GILOTRIF	21	HEP SOD/D5W INJ		.....	51
<i>glatiramer acetate</i>	40	25000UNT	53	<i>hydrocortisone (rectal)</i> ...	65
<i>glatopa</i>	40	HEP SOD/NAACL INJ		<i>hydrocortisone (topical)</i> ..	65
<i>glimepiride</i>	42	25000UNT	53	<i>hydromorphone hcl</i>	11
<i>glipizide</i>	42	<i>heparin sodium (porcine)</i> 53		<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	
<i>glipizide xl</i>	42	HEPARIN/NAACL INJ		.....	55
<i>glipizide-metformin hcl tab</i>		25000UNT	53	<i>hydroxyurea</i>	20
2.5-250 mg	42	HERCEP HYLEC SOL 60-		<i>hydroxyzine hcl</i>	61
		10000	21	<i>hydroxyzine pamoate</i>	61

HYSINGLA ER.....	10	<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	60	JENTADUETO TAB XR 5- 1000MG	42
I		<i>irbesartan.....</i>	26	<i>jinteli</i>	47
<i>ibandronate sodium</i>	45	<i>irbesartan- hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg.....</i>	25	<i>jolessa</i>	46
IBRANCE.....	21	<i>irbesartan- hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg.....</i>	25	<i>juleber.....</i>	46
<i>ibu.....</i>	10	IRESSA	21	JULUCA TAB 50-25MG ..	15
<i>ibuprofen.....</i>	10	<i>irinotecan hcl.....</i>	20	<i>junel 1.5/30.....</i>	46
<i>icatibant acetate.....</i>	53	ISENTRESS	14	<i>junel 1/20.....</i>	46
<i>iclevia.....</i>	46	ISENTRESS HD	14	<i>junel fe 1.5/30.....</i>	46
ICLUSIG	21	<i>isibloom</i>	46	<i>junel fe 1/20.....</i>	46
IDHIFA.....	21	ISOLYTE-P INJ /D5W.....	57	K	
ILEVRO	59	ISOLYTE-S INJ.....	57	KADCYLA.....	21
<i>imatinib mesylate.....</i>	21	ISOLYTE-S INJ PH 7.4...57		KALYDECO	62
IMBRUVICA.....	21	<i>isoniazid.....</i>	15	KANJINTI.....	21
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg.....</i>	12	ISOPTO ATROPINE.....	60	<i>kariva.....</i>	46
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg.....</i>	12	<i>isosorbide dinitrate.....</i>	30	<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj.....</i>	57
<i>imipramine hcl</i>	34	<i>isosorbide mononitrate ...</i>	30	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	57
<i>imiquimod</i>	65	<i>isotretinoin</i>	63	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj.....</i>	57
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	56	<i>isradipine</i>	28	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	57
<i>incassia.....</i>	46	<i>itraconazole</i>	13	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	57
INCRELEX.....	49	<i>ivermectin</i>	12	KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN NACL 0.45% INJ	57
INCRUSE ELLIPTA	60	IXIARO INJ.....	56	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj.....</i>	57
<i>indapamide.....</i>	29	J		<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj.....</i>	57
INFANRIX INJ	56	JAKAFI	21	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj.....</i>	57
INFLIXIMAB.....	54	<i>jantoven.....</i>	53	KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN NACL 0.9% INJ	57
INGREZZA	40	JANUMET TAB 50-1000.42		<i>kcl 0.3/0.9%.....</i>	57
INGREZZA CAP 40-80MG	40	JANUMET TAB 50-500MG	42	<i>kelnor 1/35.....</i>	46
INLYTA.....	21	JANUMET XR TAB 100- 1000	42	<i>kelnor 1/50.....</i>	46
INQOVI TAB 35-100MG .	19	JANUMET XR TAB 50- 1000	42	KERENDIA	24
INREBIC	21	JANUMET XR TAB 50- 500MG	42	KESIMPTA.....	40
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	43	JANUVIA	42	<i>ketoconazole.....</i>	13
INSULIN SAFETY NEEDLES	43	JARDIANCE	42	<i>ketoconazole (topical).....</i>	64
INSULIN SYRINGES: BD	43	<i>jasmiel</i>	46		
INTELENCE	14	JENTADUETO TAB 2.5- 1000	42		
INTRALIPID.....	58	JENTADUETO TAB 2.5- 500	42		
INTRON A	56	JENTADUETO TAB 2.5- 850	42		
<i>introvale.....</i>	46	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	42		
INVEGA SUSTENNA.....	37				
IPOL INJ INACTIVE.....	56				
<i>ipratropium bromide.....</i>	60				
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	60				

<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	59	<i>leflunomide</i>	55	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	46
KEVZARA.....	54	<i>lenalidomide</i>	19	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	46
KEYTRUDA	21	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	21	<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	46
KINRIX INJ	56	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	22	<i>levora 0.15/30-28</i>	46
KISQALI 200 DOSE.....	21	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	22	<i>levo-t</i>	49
KISQALI 200 PAK FEMARA	20	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	21	<i>levothyroxine sodium</i>	49
KISQALI 400 DOSE.....	21	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	21	<i>levoxyl</i>	50
KISQALI 400 PAK FEMARA	20	LENVIMA CAP 14 MG ...	22	LEXIVA	14
KISQALI 600 DOSE.....	21	LENVIMA CAP 18 MG ...	22	<i>lidocaine</i>	65
KISQALI 600 PAK FEMARA	20	LENVIMA CAP 24 MG ...	22	<i>lidocaine hcl</i>	65
<i>klor-con</i>	58	<i>lessina</i>	46	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	12
<i>klor-con 10</i>	58	<i>letrozole</i>	19	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	66
<i>klor-con 8</i>	58	<i>leucovorin calcium</i>	23	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	65
<i>klor-con m10</i>	58	LEUKERAN	19	<i>lillow</i>	46
<i>klor-con m15</i>	58	<i>leuprolide acetate</i>	19	<i>linezolid</i>	12
<i>klor-con m20</i>	58	<i>levabuterol hcl</i>	61	<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%</i>	12
KORLYM	49	<i>levabuterol tartrate</i>	61	LINZESS.....	51
<i>kurvelo</i>	46	LEVEMIR	44	<i>liothyronine sodium</i>	50
KYNMOBI	36	LEVEMIR FLEXTOUCH ..	44	<i>lisinopril</i>	24
L		<i>levetiracetam</i>	32	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	24
<i>labetalol hcl</i>	28	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	32	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	24
<i>lacosamide</i>	32	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	32	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	24
<i>lacosamide oral</i>	32	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	32	<i>lithium carbonate</i>	40
<i>lactated ringer's solution</i> ..	57	<i>levobunolol hcl</i>	59	LIVALO	27
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	65, 66	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	49	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	46
<i>lactulose</i>	51	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	61	<i>loestrin 1/20-21</i>	46
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	51	<i>levofloxacin</i>	17	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	46
<i>lamivudine</i>	14	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	17	<i>loestrin fe 1/20</i>	46
<i>lamivudine (hbv)</i>	16	<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	17	LOKELMA.....	45
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	15	<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	17	LONSURF TAB 15-6.14 ..	19
<i>lamotrigine</i>	32	<i>levonest</i>	46	LONSURF TAB 20-8.19 ..	19
<i>lansoprazole</i>	52	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-día) tab 0.15-0.03 mg</i>	46	<i>loperamide hcl</i>	51
LANTUS	43				
LANTUS SOLOSTAR	44				
<i>lapatinib ditosylate</i>	21				
<i>larin 1.5/30</i>	46				
<i>larin 1/20</i>	46				
<i>larin fe 1.5/30</i>	46				
<i>larin fe 1/20</i>	46				
<i>larissia</i>	46				
<i>latanoprost</i>	59				
LATUDA	37				
<i>leena</i>	46				

<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>.....15	<i>marlissa</i> .....46	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>.....28
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>.....15	MARPLAN .....34	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>.....28
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>.....15	MATULANE .....20	<i>metoprolol succinate</i>.....28
<i>lorazepam</i>.....31	<i>matzim la</i> .....29	<i>metoprolol tartrate</i>.....28
<i>lorazepam intensol</i>.....31	MAVYRET PAK 50-20MG .....16	<i>metronidazole</i> .....13
LORBRENA.....22	MAVYRET TAB 100-40MG .....16	<i>metronidazole (topical)</i> ...66
<i>loryna</i>.....46	<i>meclizine hcl</i>.....50	<i>metronidazole vaginal</i>.....52
<i>losartan potassium</i>.....26	<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....49	<i>metyrosine</i> .....30
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>.....25	<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> 46	MG SO4/D5W INJ 10MG/ML .....57
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>.....25	<i>mefloquine hcl</i>.....14	<i>micafungin sodium</i>.....13
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>.....25	<i>megestrol acetate</i> 19, 49	<i>microgestin 1.5/30</i> .....46
LOTEMAX .....59	<i>megestrol acetate (appetite)</i>.....49	<i>microgestin 1/20</i> .....46
<i>lovastatin</i> .....27	MEKINIST.....22	<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....46
<i>low-ogestrel</i> .....46	MEKTOVI .....22	<i>microgestin fe 1/20</i> .....46
<i>loxapine succinate</i> .....37	<i>meloxicam</i> .....10	<i>midodrine hcl</i> .....30
LUMAKRAS.....22	<i>memantine hcl</i> .....34	<i>miglustat</i> .....49
LUMIGAN .....59	MENACTRA INJ .....56	<i>mili</i> .....46
LUMIZYME .....49	MENQUADFI INJ.....56	<i>mimvey</i> .....48
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....19	MENVEO INJ.....56	<i>minocycline hcl</i> .....18
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....19	<i>mercaptapurine</i>.....19	<i>minoxidil</i>.....30
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....49	<i>meropenem</i> .....12	<i>mirtazapine</i> .....34
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....49	<i>mesalamine</i> .....51	<i>misoprostol</i> .....51
<i>lutera</i>.....46	<i>mesalamine w/ cleanser</i> .51	MITIGARE .....10
<i>lyleq</i> .....46	MESNEX .....23	M-M-R II INJ .....56
<i>lyllana</i> .....48	<i>metadate er</i> .....39	M-NATAL PLUS TAB.....58
LYNPARZA.....22	<i>metformin hcl</i>.....42	<i>modafinil</i> .....41
LYSODREN.....19	<i>methadone hcl</i>.....10	<i>moexipril hcl</i>.....24
<i>lyza</i> .....46	<i>methadone hydrochloride i</i> .....10	<i>molindone hcl</i>.....37
M	<i>methazolamide</i> .....29	<i>mometasone furoate</i>.....65
<i>magnesium sulfate</i>.....57	<i>methenamine hippurate</i> ..13	<i>mometasone furoate (nasal)</i>.....62
MAGNESIUM SULFATE 57	<i>methimazole</i> .....50	MONJUVI.....22
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> .....57	<i>methotrexate sodium</i> 19, 55	<i>mono-lynyah</i> .....46
<i>malathion</i>.....66	<i>methylphenidate hcl</i>.....39	<i>montelukast sodium</i>.....61
<i>maraviroc</i>.....14	<i>methylprednisolone</i>.....48	<i>morphine sulfate</i> .....11
	<i>methylprednisolone acetate</i> .....48	MORPHINE SULFATE ...11
	<i>methylprednisolone sod succ</i>.....48	MOVANTIK.....51
	<i>metoclopramide hcl</i>.....50	<i>moxifloxacin hcl</i> .....17
	<i>metolazone</i> .....29	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> ..59
	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>.....28	MULTAQ.....26
		<i>mupirocin</i> .....63
		MVASI .....22
		<i>mycophenolate mofetil</i>....56
		<i>mycophenolate sodium</i> ...56
		<i>myorisan</i> .....63

MYRBETRIQ	52	NEUPRO	36	<i>norgestimate-eth estrad tab</i>	
N		<i>nevirapine</i>	14	0.18-35/0.215-35/0.25-35	
<i>nabumetone</i>	10	NEXAVAR	22	<i>mg-mcg</i>	47
<i>nadolol</i>	28	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>		NORITATE.....	66
<i>nafcillin sodium</i>	18	.....	27	<i>norlyroc</i>	47
NAGLAZYME	49	<i>nicardipine hcl</i>	29	NORPACE CR.....	26
<i>nalbuphine hcl</i>	11	NICOTROL INHALER.....	41	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	47
<i>naloxone hcl</i>	41	NICOTROL NS	41	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	47
<i>naltrexone hcl</i>	41	<i>nifedipine</i>	29	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	47
NAMZARIC CAP 14-10MG		<i>nikki</i>	46	<i>nortrel 7/7/7</i>	47
.....	34	<i>nilutamide</i>	19	<i>nortriptyline hcl</i>	35
NAMZARIC CAP 21-10MG		<i>nimodipine</i>	29	NORVIR.....	14
.....	34	NINLARO.....	22	NOVOLIN INJ 70/30	44
NAMZARIC CAP 28-10MG		<i>nisoldipine</i>	29	NOVOLIN INJ 70/30 FP..	44
.....	34	<i>nitazoxanide</i>	13	NOVOLIN N.....	44
NAMZARIC CAP 7-10MG		<i>nitisinone</i>	49	NOVOLIN N FLEXPEN...44	
.....	34	NITRO-BID	30	NOVOLIN R	44
NAMZARIC CAP PACK..	34	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>		NOVOLIN R FLEXPEN...44	
<i>naproxen</i>	10	.....	13	NOVOLOG.....	44
<i>naproxen sodium</i>	10	<i>nitrofurantoin monohyd</i>		NOVOLOG FLEXPEN ...44	
<i>naratriptan hcl</i>	39	<i>macro</i>	13	NOVOLOG MIX INJ 70/30	
NATACYN	59	<i>nitroglycerin</i>	30	.....	44
<i>nateglinide</i>	42	<i>nizatidine</i>	51	NOVOLOG MIX INJ	
NATPARA.....	45	<i>nora-be</i>	46	FLEXPEN.....	44
NAYZILAM.....	32	<i>norethindrone</i>		NOVOLOG PENFILL	44
<i>nebivolol hcl</i>	28	(<i>contraceptive</i>)	46	NOXAFIL	13
<i>necon 0.5/35-28</i>	46	<i>norethindrone ace & ethinyl</i>		NUBEQA.....	19
<i>nefazodone hcl</i>	34	<i>estradiol tab 1 mg-20</i>		NUDEXTA CAP 20-10MG	
<i>neomycin sulfate</i>	13	<i>mcg</i>	46	.....	40
<i>neomycin-bacitrac zn-</i>		<i>norethindrone ace & ethinyl</i>		NULOJIX.....	56
<i>polymyx 5(3.5)mg-</i>		<i>estradiol tab 1.5 mg-30</i>		NUPLAZID	37
<i>400unt-10000unt op oin</i>		<i>mcg</i>	46	NURTEC.....	40
.....	59	<i>norethindrone ace & ethinyl</i>		NUTRILIPID.....	58
<i>neomycin-polymy-gramicid</i>		<i>estradiol-fe tab 1 mg-20</i>		NUZYRA	18
<i>op sol 1.75-10000-</i>		<i>mcg</i>	46	<i>nyamyc</i>	64
<i>0.025mg-unt-mg/ml</i>	59	<i>norethindrone acetate</i>	49	<i>nylia 1/35</i>	47
<i>neomycin-polymyxin-</i>		<i>norethindrone acetate-</i>		<i>nylia 7/7/7</i>	47
<i>dexamethasone ophth</i>		<i>ethinyl estradiol tab 0.5</i>		NYMALIZE.....	29
<i>oint 0.1%</i>	58	<i>mg-2.5 mcg</i>	48	<i>nymyo</i>	47
<i>neomycin-polymyxin-</i>		<i>norethindrone acetate-</i>		<i>nystatin</i>	13
<i>dexamethasone ophth</i>		<i>ethinyl estradiol tab 1</i>		<i>nystatin (mouth-throat)</i> ...	66
<i>susp 0.1%</i>	58	<i>mg-5 mcg</i>	48	<i>nystatin (topical)</i>	64
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>		<i>norgestimate & ethinyl</i>		<i>nystop</i>	64
<i>ophth susp</i>	58	<i>estradiol tab 0.25 mg-35</i>		O	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>		<i>mcg</i>	46	<i>ocella</i>	47
<i>soln 1%</i>	60	<i>norgestimate-eth estrad tab</i>		OCTAGAM.....	55
<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>		<i>0.18-25/0.215-25/0.25-25</i>		<i>octreotide acetate</i>	49
<i>susp 3.5 mg/ml-10000</i>		<i>mg-mcg</i>	46	ODEFSEY TAB.....	15
<i>unit/ml-1%</i>	60			ODOMZO.....	22
NERLYNX.....	22			OFEV	62

<i>ofloxacin (ophth)</i>.....59	OPSUMIT .....30	PASER .....15
<i>ofloxacin (otic)</i> .....60	ORGOVYX .....19	PEDIARIX INJ 0.5ML.....56
OGIVRI .....22	ORKAMBI GRA 100-125 62	PEDVAX HIB .....56
OGIVRI INJ 420MG .....22	ORKAMBI GRA 150-188 62	<i>peg 3350-kcl-na bicarb- nacl-na sulfate for soln 236 gm</i> .....51
<i>olanzapine</i> .....37	ORKAMBI TAB 100-125.62	<i>peg 3350-kcl-sod bicarb- nacl for soln 420 gm</i>....51
<i>olmesartan medoxomil</i>....26	ORKAMBI TAB 200-125.62	PEGASYS.....16
<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>.....25	<i>oseltamivir phosphate</i>....16	PEMAZYRE .....22
<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>.....25	OTEZLA.....54	<i>pemetrexed disodium</i> ....19
<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>.....25	OTEZLA TAB 10/20/30...55	PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML .....18
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>.....25	<i>oxacillin sodium</i> .....18	PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML .....18
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>.....25	<i>oxaliplatin</i>.....19	<i>penicillamine</i>.....45
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>.....26	<i>oxandrolone</i>.....41	<i>penicillin g potassium</i>.....18
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>.....25	<i>oxaprozin</i>.....10	PENICILLIN G PROCAINE.....18
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>.....25	<i>oxcarbazepine</i> .....32	<i>penicillin g sodium</i> .....18
<i>olopatadine hcl</i> .....59	<i>oxybutynin chloride</i>.....52	<i>penicillin v potassium</i>.....18
<i>olopatadine hcl (nasal)</i>....61	<i>oxycodone hcl</i>.....11	PENTACEL INJ .....56
<i>omeprazole</i>.....52	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10- 325 mg</i>.....12	<i>pentamidine isethionate inh</i>.....13
OMNARIS.....62	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5- 325 mg</i>.....12	<i>pentamidine isethionate inj</i>.....13
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO .....44	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>.....12	<i>pentoxifylline</i>.....53
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS.....44	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5- 325 mg</i>.....12	<i>perindopril erbumine</i> .....24
OMNIPOD DASH KIT INTRO .....44	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) .....42	<i>periogard</i> .....66
OMNIPOD DASH MIS PODS.....44	OZEMPIC (1MG/DOSE) .42	<i>permethrin</i>.....66
OMNIPOD MIS CLASSIC.....44	OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML .....43	<i>perphenazine</i>.....37
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC.....44	P	PERSERIS.....37
<i>ondansetron</i>.....50	<i>pacerone</i>.....27	<i>pfizerpen</i>.....18
<i>ondansetron hcl</i>.....50	<i>paclitaxel</i>.....20	<i>phenelzine sulfate</i>.....35
ONTRUZANT .....22	<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>.....20	<i>phenobarbital</i>.....32
ONUREG .....19	<i>paliperidone</i> .....37	<i>phenobarbital sodium</i> .....32
	<i>pamidronate disodium</i> ....45	PHENYTEK .....32
	PAMIDRONATE DISODIUM .....45	<i>phenytoin</i>.....32
	PANRETIN .....66	<i>phenytoin sodium</i>.....32
	<i>pantoprazole sodium</i> .....52	<i>phenytoin sodium extended</i>.....32
	PANZYGA .....55	PHESGO SOL .....22
	<i>paraplatin</i>.....19	<i>philith</i> .....47
	<i>paricalcitol</i>.....50	<i>phytonadione</i> .....66
	<i>paromomycin sulfate</i>.....13	PIFELTRO .....14
	<i>paroxetine hcl</i> .....35	<i>pilocarpine hcl</i>.....59
		<i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....66
		<i>pimozide</i> .....37
		<i>pimtree</i>.....47
		<i>pindolol</i> .....28

<i>pioglitazone hcl</i>.....43	<i>pramipexole</i>	PROLENSA .....59
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	<i>dihydrochloride</i>.....36	PROLIA .....45
<i>na for inj 3.375 gm (3-</i>	<i>prasugrel hcl</i>.....54	PROMACTA .....54
<i>0.375 gm)</i>.....18	<i>pravastatin sodium</i>.....27	<i>promethazine hcl</i> .....50
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	<i>praziquantel</i>.....13	<i>propafenone hcl</i>.....27
<i>sod for inj 13.5 gm (12-</i>	<i>prazosin hcl</i> .....24	<i>proparacaine hcl</i>.....60
<i>1.5 gm)</i>.....18	<i>prednisolone</i> .....48	<i>propranolol hcl</i> .....28
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	<i>prednisolone acetate</i>	<i>propylthiouracil</i>.....50
<i>sod for inj 2.25 gm (2-</i>	<i>(ophth)</i>.....59	PROQUAD INJ .....56
<i>0.25 gm)</i>.....18	PREDNISOLONE SODIUM	PROSOL INJ 20% .....58
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	PHOSP .....59	<i>protriptyline hcl</i>.....35
<i>sod for inj 4.5 gm (4-0.5</i>	<i>prednisolone sodium</i>	PULMICORT FLEXHALER
<i>gm)</i>.....18	<i>phosphate</i> .....48	.....62
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	<i>prednisone</i>.....48	PULMOZYME .....62
<i>sod for inj 40.5 gm (36-</i>	PREDNISONE INTENSOL	PURIXAN.....19
<i>4.5 gm)</i>.....18	.....48	<i>pyrazinamide</i> .....15
PIQRAY 200MG DAILY	<i>pregabalin</i>.....32, 33	<i>pyridostigmine bromide</i> ...40
DOSE .....22	PREHEVBRIO .....56	Q
PIQRAY 250MG TAB	PREMASOL SOL 10% ..58	QINLOCK.....22
DOSE .....22	PRENATAL TAB 27-1MG	QUADRACEL INJ .....56
PIQRAY 300MG DAILY	.....58	QUADRACEL INJ 0.5ML 56
DOSE .....22	PRENATAL TAB PLUS ..58	<i>quetiapine fumarate</i> .....37
<i>pirfenidone</i>.....62	PRENATAL VIT TAB LOW	<i>quinapril hcl</i>.....24
<i>pirmella 1/35</i>.....47	IRON .....58	<i>quinapril-</i>
<i>piroxicam</i> .....10	<i>prevalite</i> .....28	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
PLASMA-LYTE INJ -148 57	PREVYMIS .....16	<i>10-12.5 mg</i>.....24
PLASMA-LYTE INJ -A ...57	PREZCOBIX TAB 800-150	<i>quinapril-</i>
<i>plenamine</i> .....58	.....15	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
PLENVU SOL .....51	PREZISTA .....14	<i>20-12.5 mg</i>.....24
<i>podofilox</i> .....66	PRIFTIN.....15	<i>quinapril-</i>
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	<i>primaquine phosphate</i> ....14	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>ophth soln 10000 unit/ml-</i>	PRIMAQUINE	<i>20-25 mg</i>.....24
<i>0.1%</i>.....59	PHOSPHATE .....14	<i>quinidine sulfate</i>.....27
POMALYST .....19	<i>primidone</i>.....33	<i>quinine sulfate</i>.....14
<i>portia-28</i> .....47	PRIORIX INJ.....56	R
<i>posaconazole</i> .....13	PRIVIGEN .....55	RABAVERT INJ .....56
<i>potassium chloride</i> ...57, 58	<i>probenecid</i>.....10	<i>rabeprazole sodium</i> .....52
POTASSIUM CHLORIDE	PROCALAMINE INJ 3% .58	<i>raloxifene hcl</i>.....49
.....57	<i>prochlorperazine</i>.....50	<i>ramipril</i>.....24
<i>potassium chloride 20</i>	<i>prochlorperazine edisylate</i>	<i>ranolazine</i> .....30
<i>meq/l (0.15%) in</i>	.....50	<i>rasagiline mesylate</i> .....36
<i>dextrose 5% inj</i>.....57	<i>prochlorperazine maleate</i>	RAYALDEE.....50
<i>potassium chloride</i>	.....50	<i>reclipsen</i> .....47
<i>microencapsulated</i>	PROCRIT .....53	RECOMBIVAX HB.....56
<i>crystals er</i>.....58	<i>procto-med hc</i>.....66	RECTIV .....66
<i>potassium citrate</i>	<i>procto-pak</i>.....66	REGRANEX.....66
<i>(alkalinizer)</i>.....52	<i>proctosol hc</i> .....66	RELENZA DISKHALER ..16
PRADAXA .....53	<i>proctozone-hc</i>.....66	RELISTOR.....51
PRALUENT .....27	PROGRAF .....56	REMICADE.....55
	PROLASTIN-C.....62	RENFLEXIS.....55

<i>repaglinide</i>	43	<i>sertraline hcl</i>	35	<i>stavudine</i>	14
RESTASIS.....	60	<i>setlakin</i>	47	STIVARGA.....	22
RESTASIS MULTIDOSE	60	<i>sevelamer carbonate</i>	49	<i>streptomycin sulfate</i>	13
RETEVMO.....	22	<i>sharobel</i>	47	STRIBILD TAB.....	15
REVLIMID.....	20	SHINGRIX.....	56	<i>subvenite</i>	33
REXULTI.....	37	SIGNIFOR.....	49	<i>sucrafate</i>	51
REYATAZ.....	14	<i>sildenafil citrate</i>	60	<i>sulfacetamide sodium</i>	
REZUROCK.....	56	<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>		<i>(acne)</i>	63
RHOPRESSA.....	59	<i>hypertension)</i>	30	<i>sulfacetamide sodium</i>	
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	16	<i>silodosin</i>	52	<i>(ophth)</i>	59
<i>rifabutin</i>	15	<i>silver sulfadiazine</i>	63	<i>sulfacetamide sodium-</i>	
<i>rifampin</i>	15	SIMBRINZA SUS 1-0.2%.....	59	<i>prednisolone ophth soln</i>	
<i>riluzole</i>	40	<i>simliya</i>	47	10-0.23(0.25)%.....	58
<i>rimantadine hydrochloride</i>		<i>simvastatin</i>	27	<i>sulfadiazine</i>	13
.....	16	<i>sirolimus</i>	56	<i>sulfamethoxazole-</i>	
RINVOQ.....	55	SIRTURO.....	15	<i>trimethoprim iv soln 400-</i>	
<i>risedronate sodium</i>	45	SIVEXTRO.....	13	80 mg/5ml.....	13
<i>risperidone</i>	37	SKYRIZI.....	55	<i>sulfamethoxazole-</i>	
<i>ritonavir</i>	14	SKYRIZI PEN.....	55	<i>trimethoprim susp 200-40</i>	
<i>rivastigmine</i>	34	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf</i>		mg/5ml.....	13
<i>rivastigmine tartrate</i>	34	<i>oral sol 17.5-3.13-1.6</i>		<i>sulfamethoxazole-</i>	
<i>rizatriptan benzoate</i>	40	gm/177ml.....	51	<i>trimethoprim tab 400-80</i>	
<i>ropinirole hydrochloride</i> ..	36	<i>sodium chloride</i>	57	mg.....	13
<i>rosadan</i>	66	<i>sodium chloride (gu</i>		<i>sulfamethoxazole-</i>	
<i>rosuvastatin calcium</i>	27	<i>irrigant)</i>	66	<i>trimethoprim tab 800-160</i>	
ROTARIX SUS.....	56	<i>sodium fluoride chew; tab;</i>		mg.....	13
ROTATEQ SOL.....	56	1.1 (0.5 f) mg/ml soln ..	58	SULFAMYLON.....	63
<i>roweepra</i>	33	<i>sodium phenylbutyrate</i>	49	<i>sulfasalazine</i>	51
ROZLYTREK.....	22	<i>sodium polystyrene</i>		<i>sulindac</i>	10
RUBRACA.....	22	<i>sulfonate powder</i>	45	<i>sumatriptan</i>	40
<i>rufinamide</i>	33	<i>solifenacin succinate</i>	52	<i>sumatriptan succinate</i>	40
RUKOBIA.....	14	SOLQUA INJ 100/33.....	44	<i>sunitinib malate</i>	22
RYBELSUS.....	43	SOLTAMOX.....	19	SUPREP BOWEL SOL	
RYDAPT.....	22	SOLU-CORTEF.....	48	PREP KIT.....	51
S		SOMATULINE DEPOT ..	49	<i>syeda</i>	47
<i>sajazir</i>	54	SOMAVERT.....	49	SYMBICORT AER 160-4.5	
SANDIMMUNE.....	56	<i>sorafenib tosylate</i>	22	.....	63
SANTYL.....	66	<i>sorine</i>	27	SYMBICORT AER 80-4.5	
<i>sapropterin dihydrochloride</i>		<i>sotalol hcl</i>	27	.....	63
.....	49	<i>sotalol hcl (afib/afI)</i>	27	SYMDEKO TAB 100-15062	
SAVELLA.....	40	<i>spironolactone</i>	24	SYMDEKO TAB 50-75MG	
SAVELLA MIS TITR PAK		<i>spironolactone &</i>		.....	62
.....	40	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		SYMJEPI.....	62
SCSEMBLIX.....	22	25-25 mg.....	29	SYMPAZAN.....	33
<i>scopolamine</i>	50	<i>sprintec 28</i>	47	SYMTUZA TAB.....	15
SECUADO.....	37	SPRITAM.....	33	SYNAREL.....	47
<i>selegiline hcl</i>	36	SPRYCEL.....	22	SYNERCID INJ 500MG ..	13
<i>selenium sulfide</i>	64	<i>sps</i>	45	SYNJARDY TAB 12.5-	
SELZENTRY.....	14	<i>sronyx</i>	47	1000MG.....	43
SEREVENT DISKUS.....	61	<i>ssd</i>	63		

SYNJARDY TAB 12.5-500	43	<i>telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	26	<i>toposar</i>	20
SYNJARDY TAB 5- 1000MG	43	<i>telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	26	<i>toremifene citrate</i>	19
SYNJARDY TAB 5-500MG	43	<i>temazepam</i>	39	<i>torseamide</i>	29
SYNJARDY XR TAB 10- 1000	43	TENIVAC INJ 5-2LF	57	TOUJEO MAX SOLOSTAR	44
SYNJARDY XR TAB 12.5- 1000MG	43	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	14	TOUJEO SOLOSTAR.....	44
SYNJARDY XR TAB 25- 1000	43	TEPMETKO	22	TPN ELECTROL INJ	57
SYNJARDY XR TAB 5- 1000MG	43	<i>terazosin hcl</i>	24	TRADJENTA.....	43
SYNRIBO	20	<i>terbinafine hcl</i>	13	<i>tramadol hcl</i>	12
SYNTHROID	50	<i>terbutaline sulfate</i>	61	<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	12
T		<i>terconazole vaginal</i>	52	<i>trandolapril</i>	24
TABLOID	19	TERIPARATIDE.....	45	<i>tranexamic acid</i>	54
TABRECTA	22	<i>testosterone</i>	41	<i>tranylcypromine sulfate</i> ...35	
<i>tacrolimus</i>	56	<i>testosterone cypionate</i> ...41		TRAVASOL INJ 10%	58
<i>tacrolimus (topical)</i>	66	<i>testosterone enanthate</i> ...41		<i>travoprost</i>	59
<i>tadalafil</i>	60	<i>tetrabenazine</i>	40	TRAZIMERA	22
TAFINLAR	22	<i>tetracycline hcl</i>	18	<i>trazodone hcl</i>	35
TAGRISSE	22	THALOMID	20	TRECTOR	15
TALTZ.....	55	THEO-24	62	TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	60
TALZENNA.....	22	<i>theophylline</i>	62	TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	60
<i>tamoxifen citrate</i>	19	<i>thioridazine hcl</i>	37	<i>treprostinil</i>	30
<i>tamsulosin hcl</i>	52	<i>thiothixene</i>	38	TRESIBA	44
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	47	<i>tiadylt er</i>	29	TRESIBA FLEXTOUCH..44	
TASIGNA.....	22	<i>tiagabine hcl</i>	33	<i>tretinoin</i>	63
<i>tazarotene</i>	64	TIBSOVO.....	22	<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .20	
<i>tazicef</i>	17	TICOVAC.....	57	TREXALL.....	55
TAZORAC	64	<i>tigecycline</i>	18	<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	66
<i>taztia xt</i>	29	TIGECYCLINE.....	18	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	65
TAZVERIK	22	<i>tilia fe</i>	47	<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	29
TDVAX INJ 2-2 LF	56	<i>timolol maleate</i>	28	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	29
TECENTRIQ.....	22	<i>timolol maleate (ophth)</i> ...59		<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	29
TEFLARO	17	<i>tinidazole</i>	13	TRICARE TAB PRENATAL	58
<i>telmisartan</i>	26	TIVICAY.....	14	<i>trientine hcl</i>	45
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	26	TIVICAY PD.....	14	<i>tri-estarylla</i>	47
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	26	<i>tizanidine hcl</i>	41	<i>trifluoperazine hcl</i>	38
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	26	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	58	<i>trifluridine</i>	59
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	26	TOBRADEX ST SUS 0.3- 0.05	58	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	36
<i>telmisartan- hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	26	<i>tobramycin</i>	13		
		<i>tobramycin (ophth)</i>	59		
		<i>tobramycin sulfate</i>	13		
		<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i> ...58			
		<i>tolterodine tartrate</i>	52		
		<i>topiramate</i>	33		

TRIJARDY XR TAB ER	
24HR 10-5-1000MG	43
TRIJARDY XR TAB ER	
24HR 12.5-2.5-1000MG	43
TRIJARDY XR TAB ER	
24HR 25-5-1000MG	43
TRIJARDY XR TAB ER	
24HR 5-2.5-1000MG	43
TRIKAFTA TAB 100-50-	
75MG & 150MG	62
TRIKAFTA TAB 50-25-	
37.5MG & 75MG	62
tri-legest fe	47
tri-linyah	47
tri-lo-estarylla	47
tri-lo-marzia	47
tri-lo-mili	47
tri-lo-sprintec	47
TRIMETHOPRIM	13
tri-mili	47
trimipramine maleate	35
TRINTELLIX	35
tri-nymyo	47
tri-sprintec	47
TRIUMEQ PD TAB	15
TRIUMEQ TAB	15
trivora-28	47
tri-vylibra	47
tri-vylibra lo	47
TRIZIVIR TAB	15
TROGARZO	14
TROPHAMINE INJ 10%	58
tropium chloride	52
TRULICITY	43
TRUMENBA INJ	57
TRUSELTIQ 100 MG	
DAILY DOSE	23
TRUSELTIQ 125 MG	
DAILY DOSE	23
TRUSELTIQ 50 MG DAILY	
DOSE	23
TRUSELTIQ 75 MG DAILY	
DOSE	23
TRUXIMA	23
TUKYSA	23
TURALIO	23
TWINRIX INJ	57
TYBOST	14
TYPHIM VI	57

U	
unithroid	50
ursodiol	51
V	
valacyclovir hcl	16
VALCHLOR	66
valganciclovir hcl	16
valproate sodium	33
valproic acid	33
valsartan	26
valsartan-	
hydrochlorothiazide tab	
160-12.5 mg	26
valsartan-	
hydrochlorothiazide tab	
160-25 mg	26
valsartan-	
hydrochlorothiazide tab	
320-12.5 mg	26
valsartan-	
hydrochlorothiazide tab	
320-25 mg	26
valsartan-	
hydrochlorothiazide tab	
80-12.5 mg	26
VALTOCO	33
vancomycin hcl	13
VANCOMYCIN INJ 1 GM13	
VANCOMYCIN INJ 500MG	13
VANCOMYCIN INJ 750MG	13
VAQTA	57
varenicline tartrate	41
varenicline tartrate tab 0.5	
mg x 11 & tab 1 mg x	42
pack	41
VARIVAX	57
VASCEPA	28
velivet	47
VELPHORO	49
VELTASSA	45
VEMLIDY	16
VENCLEXTA	23
VENCLEXTA TAB START	
PK	23
venlafaxine hcl	35
VENTAVIS	30
VENTOLIN HFA	61

VENTOLIN HFA	
(INSTITUTIONAL PACK)	
	61
verapamil hcl	29
VERQUVO	30
VERSACLOZ	38
VERZENIO	23
vestura	47
V-GO 20 KIT	44
V-GO 30 KIT	44
V-GO 40 KIT	44
VICTOZA	43
vienna	47
vigabatrin	33
vigadrone	33
VIIBRYD KIT STARTER	35
vilazodone hcl	35
VIMPAT	33
vincristine sulfate	20
vinorelbine tartrate	20
viorele	47
VIRACEPT	14
VIREAD	14
VITRAKVI	23
VIVITROL	41
VIZIMPRO	23
VONJO	23
voriconazole	14
VOSEVI TAB	16
VOTRIENT	23
VRAYLAR	38
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	38
vyfemla	47
vylibra	47
VYVANSE	39
VYZULTA	59
W	
warfarin sodium	53
water for irrigation, sterile	
irrigation soln	66
WELIREG	20
wera	47
X	
XALKORI	23
XARELTO	53
XARELTO STAR TAB	
15/20MG	53
XATMEP	55
XCOPRI	33
XCOPRI PAK 100-150	33

XCOPRI PAK 12.5-25.....	33	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	23	ZENPEP CAP 20000UNT	52
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE).....	33	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	23	ZENPEP CAP 25000UNT	52
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION).....	33	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	23	ZENPEP CAP 3000UNIT	51
XCOPRI PAK 50-100MG	33	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	23	ZENPEP CAP 40000UNT	52
XELJANZ.....	55	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	23	ZENPEP CAP 5000UNIT	51
XELJANZ XR.....	55	XPROVIO 80 MG TWICE WEEKLY	23	ZERVIATE	59
XERMELO	51	XTANDI	19	<i>zidovudine</i>	14, 15
XGEVA	45	<i>xulane</i>	47	ZIEXTENZO.....	53
XHANCE.....	62	XULTOPHY INJ 100/3.6	44	<i>ziprasidone hcl</i>	38
XIFAXAN	51	XYREM.....	41	<i>ziprasidone mesylate</i>	38
XIGDUO XR TAB 10-1000	43	Y		ZIRABEV	23
XIGDUO XR TAB 10- 500MG	43	YF-VAX INJ	57	ZIRGAN	59
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	43	<i>yuvafem</i>	48	<i>zoledronic acid</i>	45
XIGDUO XR TAB 5- 1000MG	43	Z		ZOLINZA.....	23
XIGDUO XR TAB 5-500MG	43	<i>zafemy</i>	47	<i>zolmitriptan</i>	40
XIIDRA.....	60	<i>zafirlukast</i>	61	<i>zolpidem tartrate</i>	39
XOLAIR	62	ZARXIO	53	<i>zonisamide</i>	33
XOSPATA.....	23	ZEJULA	23	<i>zovia 1/35</i>	47
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	23	ZELBORAF.....	23	ZTALMY	33
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	23	ZEMAIRA.....	62	<i>zumandimine</i>	47
		<i>zenatane</i>	63	ZYCLARA PUMP	66
		ZENPEP CAP 10000UNT	51	ZYDELIG	23
		ZENPEP CAP 15000UNT	51	ZYKADIA	23
				ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	58
				ZYPITAMAG	27
				ZYPREXA RELPREVV...38	

Este formulario resumido se actualizó el 01/01/2023. Para obtener información más reciente o respuestas a sus preguntas, por favor llame al Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed Medicare al 1-800-782- 8633 desde el 1ro de octubre al 31 de marzo: 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre: 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, y 9:00 am a 1:00 pm los sábados (para los usuarios de TTY, 711), los 7 días a la semana y las 24 horas del día o visite www.avmed.org