

AvMed Medicare

Formulario para 2021

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, 00021173 Version Number 13
H1016_PH237SP-092020_C

Este formulario resumido se actualizó el 07/01/2020. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed Medicare al 1-800-782- 8633 desde el 1ro de octubre al 31 de marzo: 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre: 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, y 9:00 am a 1:00 pm los sábados (para los usuarios de TTY, 711, los 7 días a la semana y las 24 horas del día) o visite www.avmed.org



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 07/01/2021. 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 2021 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de AvMed Medicare?

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

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

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

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

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

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

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

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

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

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2021 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontiunaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2021, 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 07/01/2021. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por AvMed Medicare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

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

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

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 66. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 66.

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

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

Lista de Abreviaturas y Su Significado

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

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

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

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

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

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

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

AvMed Medicare 07/01/2021

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANALGÉSICOS GOTA		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg		
<i>colchicine</i> TABS .6mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>colchicine w/ probenecid tab</i> 0.5-500 mg	3	
<i>MITIGARE</i> CAPS .6mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<i>probenecid</i> TABS 500mg	3	
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg QL (240 caps / 30 días)	3	QL
<i>celecoxib</i> CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL
<i>celecoxib</i> CAPS 200mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg	3	
<i>diclofenac sodium</i> TBEC 25mg, 50mg, 75mg	2	GC
<i>diclofenac w/ misoprostol tab</i> delayed release 50-0.2 mg	4	
<i>diclofenac w/ misoprostol tab</i> delayed release 75-0.2 mg	4	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	3	
<i>ec-naproxen</i> TBEC 375mg, 500mg	2	GC
<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
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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, 500mg	2	GC
<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, 25mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>HYSINGLA ER</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml QL (450 mL / 30 días)	3	QL PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methadone hcl intensol</i> CONC 10mg/ml QL (90 mL / 30 días)	3	QL PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

9

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg QL (150 tabs / 30 días)	3	QL
hydromorphone hcl LIQD 1mg/ml QL (600 mL / 30 días)	4	QL
hydromorphone hcl TABS 2mg, 4mg, 8mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
morphine sulfate SOLN 1mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	4	B/D
MORPHINE SULFATE SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	4	B/D
morphine sulfate SOLN 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	3	QL
morphine sulfate SOLN 20mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	3	QL
morphine sulfate SOLN 100mg/5ml QL (180 mL / 30 días)	3	QL
morphine sulfate TABS 15mg, 30mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
nalbuphine hcl SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	4	
oxycodone hcl CAPS 5mg QL (180 caps / 30 días)	4	QL
oxycodone hcl CONC 100mg/5ml QL (180 mL / 30 días)	4	QL
oxycodone hcl SOLN 5mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL
oxycodone hcl TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL

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

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

10

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg	3	QL QL (360 tabs / 30 días)
oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg	3	QL QL (240 tabs / 30 días)
oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg	3	QL QL (180 tabs / 30 días)
tramadol hcl TABS 50mg	2	GC QL QL (240 tabs / 30 días)
tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg	3	QL QL (240 tabs / 30 días)
ANESTÉSICOS		
ANESTÉSICOS LOCALES		
lidocaine hcl (local anesth.) SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	3	B/D
CONTRA INFECCIONES		
CONTRA INFECCIONES, VARIOS		
albendazole TABS 200mg	5	
ALINIA SUSR 100mg/5ml	5	QL QL (180 mL / 30 días)
amikacin sulfate SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	4	
atovaquone SUSP 750mg/5ml	5	
aztreonam SOLR 1gm, 2gm	4	
CAYSTON SOLR 75mg	5	LA PA
clindamycin hcl CAPS 75mg, 150mg, 300mg	2	GC
clindamycin palmitate hydrochloride SOLR 75mg/5ml	4	
clindamycin phosphate SOLN 9gm/60ml, 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	3	
clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml	4	
clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml	4	
clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml	4	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	4	
colistimethate sodium SOLR 150mg	4	
dapsone TABS 25mg, 100mg	3	
DAPTO MYCIN SOLR 350mg	5	
daptomycin SOLR 350mg, 500mg	5	
EMVERM CHEW 100mg QL (12 tabs / 365 días)	5	QL
ertapenem sodium SOLR 1gm	4	
gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml	3	
gentamicin in saline inj 1 mg/ml	3	
gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml	3	
gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml	3	
gentamicin in saline inj 2 mg/ml	3	
gentamicin sulfate SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	3	
imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg	4	
imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg	4	
ivermectin TABS 3mg	3	
linezolid SOLN 600mg/300ml	4	
linezolid SUSR 100mg/5ml	5	QL QL (1800 mL / 30 días)
linezolid TABS 600mg	4	QL QL (60 tabs / 30 días)
linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%	4	
meropenem SOLR 1gm, 500mg	4	
methenamine hippurate TABS 1gm	3	

ST - Terapia Escalonada

B/D

11

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
metronidazole TABS 250mg, 500mg	2	GC
metronidazole in nacl 0.79% iv soln 500 mg/100ml	3	
neomycin sulfate TABS 500mg	2	GC
nitazoxanide TABS 500mg QL (6 tabs / 30 días)	5	QL
nitrofurantoin macrocrystal CAPS 50mg, 100mg	3	
nitrofurantoin monohyd macro CAPS 100mg	3	
paromomycin sulfate CAPS 250mg	4	
pentamidine isethionate inh SOLR 300mg	4	B/D
pentamidine isethionate inj SOLR 300mg	4	
praziquantel TABS 600mg	4	
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	5	
streptomycin sulfate SOLR 1gm	5	
SULFADIAZINE TABS 500mg	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml	3	
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg	1	GC
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg	1	GC
SYNERCID INJ 500MG	5	
tobramycin NEBU 300mg/5ml	5	PA
tobramycin sulfate SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	3	
trimethoprim TABS 100mg	2	GC
vancomycin hcl CAPS 125mg QL (80 caps / 180 días)	4	QL

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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

B/D

12

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
lamivudine SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3	
LEXIVA SUSP 50mg/ml	4	
nevirapine SUSP 50mg/5ml; TB24 100mg, 400mg	4	
nevirapine TABS 200mg	3	
NORVIR PACK 100mg; SOLN 80mg/ml	4	
PIFELTRO TABS 100mg	5	
PREZISTA SUSP 100mg/ml QL (400 mL / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 75mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL
PREZISTA TABS 150mg QL (240 tabs / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 800mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
REYATAZ PACK 50mg	5	
ritonavir TABS 100mg	3	
RUKOBIA TB12 600mg	5	
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg, 150mg, 300mg	5	
SELZENTRY TABS 25mg	3	
stavudine CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
tenofovir disoproxil fumarate TABS 300mg	3	
TIVICAY TABS 10mg	3	
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	5	
TIVICAY PD TBSO 5mg	3	
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	LA
TYBOST TABS 150mg	4	
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	
zidovudine CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	4	
zidovudine TABS 300mg	3	

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **ST** - Terapia Escalonada **B/D**
SI - Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
AGENTES ANTIRRETROVIRALES MIXTOS		
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg		
abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg	5	
BIKTARVY TAB	5	
CIMDUO TAB 300-300	5	
COMPLERA TAB	5	
DELSTRIGO TAB	5	
DESCOVY TAB 200/25MG	5	
DOVATO TAB 50-300MG	5	
efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg	5	
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg	5	
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg	5	
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg	5	QL (30 tabs / 30 días)
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg	5	QL (30 tabs / 30 días)
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg	5	QL (30 tabs / 30 días)
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg	5	QL (30 tabs / 30 días)
EVOTAZ TAB 300-150	5	
GENVOYA TAB	5	
JULUCA TAB 50-25MG	5	
KALETRA TAB 100-25MG	4	
KALETRA TAB 200-50MG	5	
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)	4	
ODEFSEY TAB	5	
PREZCOBIX TAB 800-150	5	
STRIBILD TAB	5	
SYMTUZA TAB	5	
TEMIXYS TAB 300-300	5	
TRIUMEQ 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
TRECATOR TABS 250mg	4	
ANTIVIRALES		
acyclovir CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg	2	GC
acyclovir SUSP 200mg/5ml	4	
acyclovir sodium SOLN 50mg/ml	4	B/D
adefovir dipivoxil TABS 10mg	5	
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	5	
entecavir TABS .5mg, 1mg	4	
EPCLUSA TAB 200-50MG	5	PA
EPCLUSA TAB 400-100	5	PA
EPIVIR HBV SOLN 5mg/ml	4	
famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg	3	
ganciclovir sodium SOLR 500mg	4	B/D

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

B/D

14

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>cefazin sodium SOLR 1gm, 10gm, 500mg</i>	3	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4	
<i>cefdinir CAPS 300mg</i>	2	GC
<i>cefdinir SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	3	
<i>cefeprazone hcl SOLR 1gm, 2gm</i>	4	
<i>cefixime SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml</i>	4	
<i>cefoxitin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	4	
<i>cefpodoxime proxetil SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml</i>	4	
<i>cefpodoxime proxetil TABS 100mg, 200mg</i>	3	
<i>ceprozil SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg</i>	3	
<i>ceftazidime SOLR 1gm, 2gm, 6gm</i>	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	4	
<i>ceftriaxone sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg</i>	4	
<i>cefuroxime axetil TABS 250mg, 500mg</i>	3	
<i>cefuroxime sodium SOLR 1.5gm, 7.5gm, 750mg</i>	3	
<i>cephalexin CAPS 250mg, 500mg</i>	1	GC
<i>cephalexin SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	3	
<i>tazicef SOLR 1gm, 2gm, 6gm</i>	4	
<i>TEFLARO SOLR 400mg, 600mg</i>	5	
ERITROMICINAS / MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml</i>	3	

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

15

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
ERYTHROCIN	4	
LACTOBIONATE SOLR 500mg		
<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	
FLUOROQUINOLONAS		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	4	
<i>ciprofloxacin</i> 200 mg/100ml in d5w	3	
<i>ciprofloxacin</i> 400 mg/200ml in d5w	3	
<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</i> in d5w iv soln 250 3 mg/50ml	3	
<i>levofloxacin</i> in d5w iv soln 500 3 mg/100ml	3	
<i>levofloxacin</i> in d5w iv soln 750 3 mg/150ml	3	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	4	
<i>moxifloxacin hcl</i> 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
MOXIFLOXACIN HYDROCHLORID SOLN 400mg/250ml	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</i> chew tab 200-28.5 mg	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> chew tab 400-57 mg	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> for susp 200-28.5 mg/5ml	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> for susp 250-62.5 mg/5ml	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> for susp 400-57 mg/5ml	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> for susp 600-42.9 mg/5ml	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> tab 250-125 mg	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> tab 500-125 mg	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> tab 875-125 mg	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> tab er 12hr 1000-62.5 mg	4	
<i>ampicillin</i> CAPS 500mg	2	GC
<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	

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ampicillin sodium</i> SOLR 1gm, 4 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg		
<i>BICILLIN L-A</i> SUSP 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	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	4	
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 10gm	5	
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>pizerpen</i> SOLR 5000000unit, 4 20000000unit		
<i>piperacillin sod-tazobactam na</i> <i>for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 2.25 gm (2-0.25</i> <i>gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 13.5 gm (12-1.5</i> <i>gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 40.5 gm (36-4.5</i> <i>gm)</i>	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TETRACICLINAS		
<i>doxy</i> 100 SOLR 100mg	4	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg	2	GC
<i>doxycycline (monohydrate)</i> TABS 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; TABS 20mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> SOLR 100mg	4	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>monodoxyne nl</i> CAPS 100mg	2	GC
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	4	PA
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	5	
TIGECYCLINE SOLR 50mg	5	
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS		
AGENTES ALQUILANTES		
<i>BENDEKA</i> SOLN 100mg/4ml	5	B/D
<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
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE</i> SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml	5	B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 1gm, 2gm, 500mg	5	B/D
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE</i> TABS 25mg, 50mg	4	B/D
<i>LEUKERAN</i> TABS 2mg	5	
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	4	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 50mg, 100mg	5	B/D
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	3	B/D
ANTIBIÓTICOS		
<i>adriamycin</i> SOLN 2mg/ml	4	B/D
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	4	B/D

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

B/D

17

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 5 2mg/ml	5	B/D
<i>epirubicin hcl</i> SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	4	B/D
ANTIMETABOLITOS		
ALIMTA SOLR 100mg, 500mg	5	B/D
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	5	B/D
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	3	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	3	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	4	B/D
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	3	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	3	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	5	LA PA
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	5	
TABLOID TABS 40mg	4	
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg, 500mg	5	PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	1	GC
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	2	GC
EMCYT CAPS 140mg	4	
ERLEADA TABS 60mg	5	LA PA
<i>exemestane</i> TABS 25mg	4	
<i>flutamide</i> CAPS 125mg	3	
<i>fulvestrant</i> SOLN 250mg/5ml	5	B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	2	GC
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	4	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	PA

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
LYSODREN TABS 500mg	5	
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	3	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	5	
NUBEQA TABS 300mg	5	LA PA
ORGOVYX TABS 120mg	5	LA PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	GC
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	5	
TRELSTAR MIXJECT SUSR 3.75mg, 11.25mg	5	PA
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	5	LA PA
ZYTIGA TABS 500mg	5	LA PA
INMUNOMODULADORES		
POMALYST CAPS 1mg, 2mg QL (21 caps / 21 días)	5	QL LA PA
POMALYST CAPS 3mg, 4mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
THALomid CAPS 50mg, 100mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
THALomid CAPS 150mg, 200mg QL (56 caps / 28 días)	5	QL PA
VARIOS		
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	5	PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	2	GC
INQOVI TAB 35-100MG	5	LA PA
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	4	B/D
KISQALI 200 PAK FEMARA	5	PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	5	PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	5	PA
LONSURF TAB 15-6.14	5	PA
LONSURF TAB 20-8.19	5	PA
MATULANE CAPS 50mg	5	LA

ST - Terapia Escalonada

B/D

18

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SYNRIBO SOLR 3.5mg	5	PA
tretinoin (chemotherapy)	5	
CAPS 10mg		
MITOTIC INHIBITORS		
ABRAXANE INJ 100MG	5	B/D
docetaxel CONC 20mg/ml	4	B/D
docetaxel CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
etoposide SOLN 100mg/5ml, 500mg/25ml	3	B/D
paclitaxel CONC 30mg/5ml, 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D
toposar SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml	3	B/D
vincristine sulfate SOLN 1mg/ml	2	GC B/D
vinorelbine tartrate SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	4	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
AFINITOR TABS 10mg	5	QL PA QL (30 tabs / 30 días)
AFINITOR DISPERZ TBSO 2mg	5	QL PA QL (150 tabs / 30 días)
AFINITOR DISPERZ TBSO 3mg	5	QL PA QL (90 tabs / 30 días)
AFINITOR DISPERZ TBSO 5mg	5	QL PA QL (60 tabs / 30 días)
ALECENSA CAPS 150mg	5	LA PA
ALUNBRIG TABS 30mg, 90mg, 180mg	5	LA PA
ALUNBRIG PAK	5	LA PA
AVASTIN SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
AYVAKIT TABS 100mg, 200mg, 300mg	5	QL LA PA QL (30 tabs / 30 días)
BALVERSA TABS 3mg, 4mg, 5mg	5	LA PA
BORTEZOMIB 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	5	QL LA PA QL (30 tabs / 30 días)
CALQUENCE CAPS 100mg	5	LA PA
CAPRELSA TABS 100mg, 300mg	5	LA PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	5	LA PA
COMETRIQ KIT 100MG	5	LA PA
COMETRIQ KIT 140MG	5	LA PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	5	LA PA
COTELLIC TABS 20mg	5	LA PA
DAURISMO TABS 25mg, 100mg	5	LA PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	5	LA PA
erlotinib hcl TABS 25mg	5	QL PA QL (90 tabs / 30 días)
erlotinib hcl TABS 100mg, 150mg	5	QL PA QL (30 tabs / 30 días)
everolimus TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg	5	QL PA QL (30 tabs / 30 días)
FARYDAK CAPS 10mg, 15mg, 20mg	5	LA PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	5	QL LA PA QL (21 caps / 28 días)
GAVRETO CAPS 100mg	5	LA PA
GILOTrif TABS 20mg, 30mg, 40mg	5	LA PA
HERCEP HYLEC SOL 60- 10000	5	PA

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

19

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
ICLUSIG TABS 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
imatinib mesylate TABS 100mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
imatinib mesylate TABS 400mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
IMBRUVICA CAPS 70mg QL (56 caps / 28 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA TABS 140mg QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA TABS 280mg QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA TABS 420mg, 560mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INLYTA TABS 1mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INLYTA TABS 5mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INREBIC CAPS 100mg	5	LA PA
IRESSA TABS 250mg	5	LA PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	B/D
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	PA

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	PA
KISQALI TBPK 200mg <i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	5	PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	LA PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	LA PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	LA PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	LA PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	LA PA
LENVIMA CAP 14 MG	5	LA PA
LENVIMA CAP 18 MG	5	LA PA
LENVIMA CAP 24 MG	5	LA PA
LORBRENA TABS 25mg, 100mg	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	5	LA PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	5	PA
ODOMZO CAPS 200mg	5	LA PA
OGIVRI SOLR 150mg	5	PA
OGIVRI INJ 420MG	5	PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	5	LA PA
PHESGO SOL	5	LA PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	5	PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	5	PA

ST - Terapia Escalonada

B/D

20

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	5	PA
QINLOCK TABS 50mg	5	LA PA
RETEVMO CAPS 40mg, 80mg	5	LA PA
RIABNI SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	LA PA
RITUXAN SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	LA PA
RITUXAN INJ HYCELA	5	LA PA
ROZLYTREK CAPS 100mg, 200mg	5	LA PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	5	LA PA
RUXIENCE SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
RYDAPT CAPS 25mg	5	PA
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	5	PA
STIVARGA TABS 40mg	5	LA PA
SUTENT CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	5	PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	5	LA PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS .25mg, 1mg	5	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
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	LA PA
TURALIO CAPS 200mg	5	LA PA
UKONIQ TABS 200mg	5	LA PA
VELCADE SOLR 3.5mg	5	PA
VENCLEXTA TABS 10mg QL (112 tabs / 28 días)	4	QL LA PA
VENCLEXTA TABS 50mg QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VENCLEXTA TABS 100mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
VENCLEXTA TAB START PK QL (42 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	5	LA PA
VITRAKVI CAPS 25mg, 100mg; SOLN 20mg/ml	5	LA PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	5	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	5	LA PA
WEEKLY TBPK 20mg		
XPOVIO 40 MG TWICE	5	LA PA
WEEKLY TBPK 20mg		
XPOVIO 60 MG ONCE	5	LA PA
WEEKLY TBPK 20mg		
XPOVIO 60 MG TWICE	5	LA PA
WEEKLY TBPK 20mg		
XPOVIO 80 MG ONCE	5	LA PA
WEEKLY TBPK 20mg		
XPOVIO 80 MG TWICE	5	LA PA
WEEKLY TBPK 20mg		
XPOVIO 100 MG ONCE	5	LA PA
WEEKLY TBPK 20mg		
ZEJULA CAPS 100mg	5	LA PA
ZELBORAF TABS 240mg	5	LA PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	PA
ZOLINZA CAPS 100mg	5	PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	5	LA PA

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

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

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

QL - Cantidad Limitada

GC - Cobertura de Brecha

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

21

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ZYKADIA TABS 150mg	5	LA PA
AGENTES PROTECTORES		
leucovorin calcium SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	4	B/D
leucovorin calcium TABS 5mg, 10mg	3	
leucovorin calcium TABS 15mg, 25mg	4	
MESNEX TABS 400mg	5	
CARDIOVASCULAR		
COMBINACIONES DEL INHIBIDOR DE LA ECA		
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg	1	GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	1	GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	1	GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg	1	GC
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	1	GC
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg	1	GC
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg	1	GC
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg	1	GC
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg	1	GC
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	1	GC
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	1	GC
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	1	GC
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	1	GC
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	1	GC
quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	1	GC
quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	1	GC
quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	1	GC
INHIBIDORES DE LA ECA		
benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	GC
fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

B/D

22

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 5-160 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 5-320 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 10-160 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 10-320 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i> tab 5-160-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i> tab 5-160-25 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i> tab 10-160-25 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i> tab 10-320-25 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i> tab 16-12.5 mg	1	GC QL QL (60 tabs / 30 días)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i> tab 32-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i> tab 32-25 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

24

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA		
candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg	1	GC QL QL (60 tabs / 30 días)
candesartan cilexetil TABS 32mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
EDARBI TABS 40mg, 80mg	4	QL QL (30 tabs / 30 días)
irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
olmesartan medoxomil TABS 5mg	1	GC QL QL (60 tabs / 30 días)
olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
telmisartan TABS 20mg, 40mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg	1	GC QL QL (60 tabs / 30 días)
valsartan TABS 320mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
ANTIARRÍTMICOS		
amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml	2	GC
amiodarone hcl TABS 100mg, 400mg	4	
amiodarone hcl TABS 200mg	1	GC
disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	4	
flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg	3	
MULTAQ TABS 400mg	4	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	4	
pacerone TABS 100mg, 400mg	4	
pacerone TABS 200mg	1	GC
propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg	4	
propafenone hcl TABS 150mg, 225mg, 300mg	3	
quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg	2	GC
sorine TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	2	GC
sotalol hcl TABS 80mg, 120mg, 160mg	2	GC
sotalol hcl (afib/afl) TABS 80mg, 120mg, 160mg	2	GC
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
ANTARA CAPS 30mg, 90mg	4	
choline fenofibrate CPDR 45mg, 135mg	3	
fenofibrate TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	3	
fenofibrate micronized CAPS 67mg, 134mg, 200mg	3	
gemfibrozil TABS 600mg	1	GC
ANTILIPÉMICOS, LOS INHIBidores DE LA HMG-COA REDUCTASA		
ALTOPREV TB24 20mg	5	QL ST QL (60 tabs / 30 días)
ALTOPREV TB24 40mg, 60mg	5	QL ST QL (30 tabs / 30 días)
atorvastatin calcium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
EZALLOR SPRINKLE CPS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	4	QL ST QL (30 caps / 30 días)

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 25
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ezetimibe-simvastatin tab 10- 80 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
JUXTAPID CAPS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	5	LA PA
niacin (antihyperlipidemic) TBCR 500mg, 750mg, 1000mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
PRALUENT SOAJ 75mg/ml, 150mg/ml	3	PA
prevalite PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	4	
BETABLOQUEANTE / DIURÉTICO COMBINACIONES		
atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg	2	GC
atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg	2	GC
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5- 6.25 mg	2	GC
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg	2	GC
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10- 6.25 mg	2	GC
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg	3	
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100- 25 mg	3	
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100- 50 mg	3	
propranolol & hydrochlorothiazide tab 40-25 mg	3	
propranolol & hydrochlorothiazide tab 80-25 mg	3	

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

26

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
BETABLOQUEANTE		
acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg	2	GC
atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg	2	GC
BYSTOLIC TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
BYSTOLIC TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
carvedilol TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1	GC
labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg	3	
metoprolol succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	GC
metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml	3	
metoprolol tartrate TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
nadolol TABS 20mg, 40mg, 80mg	3	
pindolol TABS 5mg, 10mg	3	
propranolol hcl CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml	3	
propranolol hcl TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	2	GC
timolol maleate TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO		
amlodipine besylate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
cartia xt CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	GC
dilt-xr CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	
diltiazem hcl CP12 60mg, 90mg, 120mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
diltiazem hcl SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml	3	
diltiazem hcl TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	2	GC
diltiazem hcl coated beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	GC
diltiazem hcl coated beads CP24 360mg	4	
diltiazem hcl coated beads TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	3	
diltiazem hcl extended release beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	GC
felodipine TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	2	GC
isradipine CAPS 2.5mg, 5mg	3	
matzim la TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	3	
nicardipine hcl CAPS 20mg, 30mg	4	
nifedipine TB24 30mg, 60mg, 90mg	3	
nimodipine CAPS 30mg	4	
nisoldipine TB24 8.5mg, 17mg, 20mg, 25.5mg, 30mg, 34mg, 40mg	4	
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	5	
taztia xt CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2	GC
tiadylt er CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	GC
verapamil hcl CP24 100mg, 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	4	
verapamil hcl CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

27

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
verapamil hcl TABS 40mg, 80mg, 120mg	1	GC
verapamil hcl TBCR 120mg, 180mg, 240mg	2	GC
DIURÉTICOS		
acetazolamide CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	4	
amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg	2	GC
amiloride hcl TABS 5mg	2	GC
bumetanide SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	3	
chlorthalidone TABS 25mg, 50mg	2	GC
furosemide SOLN 8mg/ml, 10mg/ml	2	GC
furosemide TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	GC
furosemide inj SOLN 10mg/ml	3	
hydrochlorothiazide CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	GC
indapamide TABS 1.25mg, 2.5mg	2	GC
methazolamide TABS 25mg, 50mg	4	
metolazone TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3	
spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	3	
torsemide TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	2	GC
triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5- 25 mg	1	GC
triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5- 25 mg	1	GC
triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VARIOS		
ADRENALIN SOLN 1mg/ml	4	
aliskiren fumarate TABS 150mg, 300mg	4	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5- 10 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5- 20 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5- 40 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-10 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-20 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-40 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-80 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-10 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-20 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-40 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-80 mg	1	GC
clonidine PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	4	
clonidine hcl TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	GC
CORLANOR SOLN 5mg/5ml; 4 TABS 5mg, 7.5mg		
digitek TABS .125mg, .25mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
digox TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
digoxin SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	4	
digoxin TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
droxidopa CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL PA
droxidopa CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL PA
guanfacine hcl TABS 1mg, 2mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
hydralazine hcl SOLN 20mg/ml	4	
hydralazine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
methyldopa TABS 250mg, 500mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA
metyrosine CAPS 250mg	5	PA
midodrine hcl TABS 2.5mg, 5mg	3	
midodrine hcl TABS 10mg	4	
minoxidil TABS 2.5mg, 10mg	2	GC
NORTHERA CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
NORTHERA CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL LA PA
ranolazine TB12 500mg, 1000mg	4	
NITRATOS		
isosorbide dinitrate TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	3	
isosorbide dinitrate TABS 40mg	5	
isosorbide mononitrate TABS 10mg, 20mg	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
isosorbide mononitrate TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	GC
minitran PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr	3	
NITRO-BID OINT 2%	3	
NITRO-DUR PT24 .3mg/hr, .8mg/hr	4	
nitroglycerin PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	3	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
ambrisentan TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
bosentan TABS 62.5mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
bosentan TABS 125mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
OPSUMIT TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS 20mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
treprostinil SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	LA PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	5	PA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CONTRA LA ANSIEDAD		
alprazolam TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 días)	2	GC QL
buspirone hcl TABS 5mg, 10mg, 15mg	1	GC
buspirone hcl TABS 7.5mg, 30mg	3	
fluvoxamine maleate TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
lorazepam CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 días)	3	QL

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>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		
APTIOM TABS 200mg, 400mg, 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
BANZEL TABS 200mg, 400mg	5	PA
BRIVIACT SOLN 10mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL PA
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	4	PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; TABS 200mg	3	
<i>carbamazepine</i> CP12 100mg, 4 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TB12 100mg, 200mg, 400mg		
CELONTIN 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
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
DIACOMIT CAPS 250mg, 500mg; PACK 250mg, 500mg	5	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	
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	4	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	4	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	4	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg	4	
<i>divalproex sodium</i> TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	3	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL LA PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	3	
<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	

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

30

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
FYCOMPA TABS 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg QL (1080 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> CAPS 300mg QL (360 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg QL (270 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml QL (2160 mL / 30 días)	3	QL
<i>gabapentin</i> TABS 600mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>gabapentin</i> TABS 800mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
<i>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	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	
oxcarbazepine SUSP 300mg/5ml	4	
oxcarbazepine TABS 150mg, 300mg, 600mg	3	
PEGANONE TABS 250mg	4	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	4	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	3	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	4	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
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 CAPS 100mg, 200mg, 300mg</i>	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>roweepra</i> TABS 500mg	3	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	5	PA
SPRITAM TB3D 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg	4	

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
subvenite TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
SYMPAZAN FILM 5mg QL (60 films / 30 días)	4	QL PA
SYMPAZAN FILM 10mg, 20mg QL (60 films / 30 días)	5	QL PA
tiagabine hcl TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	4	
topiramate CPSP 15mg, 25mg	3	
topiramate TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	GC
valproate sodium SOLN 100mg/ml	4	
valproate sodium SOLN 250mg/5ml	3	
valproic acid CAPS 250mg	3	
VALTOCO LIQD 5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml; LQPK 7.5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml	4	
vigabatrin PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
vigabatrin TABS 500mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
vigadrona PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
VIMPAT SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 días)	5	QL
VIMPAT SOLN 200mg/20ml	5	
VIMPAT TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
VIMPAT TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 50mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 50-200MG QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
zonisamide CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
CONTRA LA DEMENCIA		
donepezil hydrochloride TABS 5mg; TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
donepezil hydrochloride TABS 10mg; TBDP 10mg	2	GC
galantamine hydrobromide CP24 8mg, 16mg, 24mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
galantamine hydrobromide SOLN 4mg/ml	4	
galantamine hydrobromide TABS 4mg, 8mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
memantine hcl CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml Se aplica PA si tienen menos de 30 años	4	PA
memantine hcl TABS 5mg, 10mg Se aplica PA si tienen menos de 30 años	3	PA
NAMZARIC CAP 7-10MG	4	
NAMZARIC CAP 14-10MG	4	
NAMZARIC CAP 21-10MG	4	
NAMZARIC CAP 28-10MG	4	
NAMZARIC CAP PACK	4	

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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 QL (90 caps / 30 días)	4	QL
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
ANTIDEPRESIVOS		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 3 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg; TB24 150mg, 300mg	3	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg	2	GC
<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, 4 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

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>EMSAM</i> 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
<i>FETZIMA</i> CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>FETZIMA</i> CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>FETZIMA</i> CAP TITRATIO	4	PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg	1	GC
<i>fluoxetine hcl</i> 40mg	2	GC
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	3	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	2	GC
<i>maprotiline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	3	
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> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	GC
<i>paroxetine hcl</i> TB24 12.5mg, 25mg, 37.5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
PAXIL SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	3	

ST - Terapia Escalonada

B/D

33

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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 4 10mg	4	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	GC
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg	4	QL
QL (240 caps / 30 días)		
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 50mg	4	QL
QL (120 caps / 30 días)		
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	4	QL
QL (60 caps / 30 días)		
<i>TRINTELLIX</i> TABS 5mg	4	QL
QL (120 tabs / 30 días)		
<i>TRINTELLIX</i> TABS 10mg	4	QL
QL (60 tabs / 30 días)		
<i>TRINTELLIX</i> TABS 20mg	4	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	GC
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>VIIBRYD</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	4	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>VIIBRYD KIT STARTER</i>	4	
ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	3	QL
QL (120 caps / 30 días)		
<i>amantadine hcl</i> SYRP 50mg/5ml	2	GC
<i>amantadine hcl</i> TABS 100mg	3	
<i>APOKYN</i> SOCT 30mg/3ml	5	QL LA PA
QL (20 cartridges / 30 días)		
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	4	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	3	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	4	
<i>carbidopa</i> TABS 25mg	4	
<i>carbidopa & levodopa orally disintegrating tab</i> 10-100 mg	4	
<i>carbidopa & levodopa orally disintegrating tab</i> 25-100 mg	4	
<i>carbidopa & levodopa orally disintegrating tab</i> 25-250 mg	4	
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 10- 100 mg	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 25- 100 mg	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 25- 250 mg	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab er</i> 25-100 mg	3	
<i>carbidopa & levodopa tab er</i> 50-200 mg	3	
<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs</i> 12.5-50-200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs</i> 18.75-75- 200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs</i> 25-100-200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs</i> 31.25-125- 200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs</i> 37.5-150- 200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs</i> 50-200-200 mg	4	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	4	
<i>KYNMOBI</i> FILM 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg QL (150 films / 30 días)	5	QL PA

ST - Terapia Escalonada

B/D

34

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 inyección / 56 días)	5	QL
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
CAPLYTA CAPS 42mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>chlorpromazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<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 (135 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)	5	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg QL (135 tabs / 30 días)	5	QL PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
FANAPT PAK	4	PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	4	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 3 2mg, 5mg, 10mg, 20mg		

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

B/D

35

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 3 50mg/ml, 100mg/ml	3	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 3 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	3	
INVEGA SUSTENNA SUSY 4 39mg/0.25ml QL (1 inyección / 28 días)	4	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 5 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
INVEGA TRINZA SUSY 5 273mg/0.875ml, 410mg/1.315ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.625ml QL (1 inyección / 90 días)	5	QL
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 4 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
LATUDA TABS 80mg 4 QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>loxapine succinate</i> CAPS 3 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	
NUPLAZID CAPS 34mg 5 QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
NUPLAZID TABS 10mg 5 QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg 4 QL (3 viales / 1 día)	4	QL
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg 2 QL (60 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg 2 QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg 4 QL (30 tabs / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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 inyección / 30 días)	5	QL
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	4	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 3 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	3	
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 4 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 4 12.5mg, 25mg QL (2 inyecciones / 28 días)	4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 5 37.5mg, 50mg QL (2 inyecciones / 28 días)	5	QL
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 días)	3	QL
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	GC
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>risperidone</i> TBDP .25mg,.5mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
<i>SECUADO</i> PT24 3.8mg/24hr, 4 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL
<i>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	
<i>VERSACLOZ</i> SUSP 50mg/ml 5 QL (600 mL / 30 días)	5	QL PA
<i>VRAYLAR</i> CAPS 1.5mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL PA
<i>VRAYLAR</i> CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA
<i>VRAYLAR</i> CAP 1.5-3MG	4	PA
<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
<i>ZYPREXA RELPREVV</i> SUSR 210mg QL (2 viales / 28 días)	4	QL PA
<i>ZYPREXA RELPREVV</i> SUSR 300mg QL (2 viales / 28 días)	5	QL PA
<i>ZYPREXA RELPREVV</i> 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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 5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 37
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>VYVANSE</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE</i> CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE</i> CHEW 10mg, 20mg, 30mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE</i> CHEW 40mg, 50mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
HIPNÓTICOS		
<i>BELSOMRA</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>HETLIOZ</i> CAPS 20mg temazepam CAPS 7.5mg QL (30 caps / 30 días)	5	LA PA
<i>temazepam</i> CAPS 15mg QL (60 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más después de un suministro de 90 días en un año	4	QL PA
<i>temazepam</i> CAPS 30mg QL (30 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
<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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 38
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
MIGRAÑA		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml QL (1 pen / 30 días)	3	QL PA
dihydroergotamine mesylate SOLN 1mg/ml	5	
dihydroergotamine mesylate SOLN 4mg/ml QL (8 mL / 30 días)	5	QL PA
ergotamine w/ caffeine tab 1- 100 mg	3	
frovatriptan succinate TABS 2.5mg QL (18 tabs / 30 días)	4	QL
naratriptan hcl TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 días)	3	QL
rizatriptan benzoate TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg QL (18 tabs / 30 días)	3	QL
sumatriptan SOLN 5mg/act QL (24 inhaladores / 30 días)	4	QL
sumatriptan SOLN 20mg/act QL (12 inhaladores / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml QL (18 inyecciones / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml QL (12 inyecciones / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (12 tabs / 30 días)	2	GC QL
UBRELVY TABS 50mg, 100mg QL (16 tabs / 30 días)	5	QL PA
zolmitriptan TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg QL (12 tabs / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VARIOS		
AUSTEDO TABS 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
GRALISE TABS 300mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
GRALISE TABS 600mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
INGREZZA CAPS 40mg, 60mg, 80mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA
INGREZZA CAP 40-80MG QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	4	
lithium carbonate CAPS 150mg, 300mg, 600mg	1	GC
lithium carbonate TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	2	GC
LYRICA CR TB24 82.5mg, 165mg, 330mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
NUEDEXTA CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
pregabalin (once-daily) TB24 82.5mg, 165mg, 330mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
pyridostigmine bromide TABS 3 60mg	3	
riluzole TABS 50mg	4	
SAVELLA TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
SAVELLA MIS TITR PAK	4	PA
tetrabenazine TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
tetrabenazine TABS 25mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
BETASERON KIT .3mg QL (14 jeringas / 28 días)	5	QL PA
dalfampridine TB12 10mg	3	PA

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

B/D

39

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
GILENYA CAPS .5mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
glatiramer acetate SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5	QL PA
glatiramer acetate SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA
glatopa SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5	QL PA
glatopa SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA
AGENTES PARA LA TERAPIA		
MUSCULOESQUELETAL		
baclofen TABS 10mg, 20mg	3	
cyclobenzaprine hcl TABS 5mg, 10mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
dantrolene sodium CAPS 25mg, 50mg, 100mg	4	
tizanidine hcl TABS 2mg, 4mg	2	GC
NARCOLEPSIA / CATAPLEJÍA		
armodafinil TABS 50mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
armodafinil TABS 150mg, 200mg, 250mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL PA
modafinil TABS 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
modafinil TABS 200mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
XYREM SOLN 500mg/ml QL (540 mL / 30 días)	5	QL LA PA
PSICOTERAPÉUTICOS / VARIOS		
acamprosate calcium TBEC 333mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
buprenorphine hcl SUBL 2mg, 8mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)	4	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)	4	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)	4	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv) QL (60 films / 30 días)	4	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv) QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv) QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
buropion hcl (smoking deterrent) TB12 150mg	3	
CHANTIX TABS .5mg, 1mg	4	PA
CHANTIX CONTINUING MONTH TABS 1mg	4	PA
CHANTIX PAK 0.5& 1MG	4	PA
disulfiram TABS 250mg, 500mg	3	
naloxone hcl SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	2	GC
naltrexone hcl TABS 50mg	3	
NARCAN LIQD 4mg/0.1ml	3	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	4	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	
VIVITROL SUSR 380mg	5	

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 40
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ENDOCRINO Y METABÓLICO ANDRÓGENOS		
ANDRODERM PT24 2mg/24hr, 4mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL PA
oxandrolone TABS 2.5mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
oxandrolone TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
testosterone GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 días)	4	QL PA
testosterone cypionate SOLN 3 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
testosterone enanthate SOLN 3 200mg/ml	3	PA
ANTIDIABETICS		
acarbose TABS 25mg, 50mg, 3 100mg	3	QL
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml QL (4 pens / 28 días)	3	QL
BYDUREON PEN PEN 2mg QL (4 pens / 28 días)	3	QL
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml QL (1 pen / 30 días)	4	QL
FARXIGA TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
glimepiride TABS 1mg, 2mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
glimepiride TABS 4mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide TABS 5mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide TABS 10mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide TB24 10mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide xl TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
glipizide xl TB24 10mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
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, 3 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

ST - Terapia Escalonada

B/D

41

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
metformin hcl TABS 500mg QL (150 tabs / 30 días)	1	GC QL
metformin hcl TABS 850mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
metformin hcl TABS 1000mg QL (75 tabs / 30 días)	1	GC QL
metformin hcl TB24 500mg QL (120 tabs / 30 días) (genérico de GLUCOPHAGE XR)	1	GC QL
metformin hcl TB24 750mg QL (60 tabs / 30 días) (genérico de GLUCOPHAGE XR)	1	GC QL
nateglinide TABS 60mg, 120mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (2 pens / 28 días)	3	QL
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL
pioglitazone hcl TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
repaglinide TABS 2mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
repaglinide TABS .5mg, 1mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 3 14mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-500MG QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 12.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL

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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

42

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
NOVOLIN R SOLN	3	
100unit/ml		
SI (brand RELION not covered)		
NOVOLIN R FLEXPEN	3	
SOPN 100unit/ml		
SI (brand RELION not covered)		
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	3	
SI		
NOVOLOG FLEXPEN SOPN	3	
100unit/ml		
SI		
NOVOLOG MIX INJ 70/30	3	
SI		
NOVOLOG MIX INJ	3	
FLEXPEN		
SI		
NOVOLOG PENFILL SOCT	3	
100unit/ml		
SI		
OMNIPOD KIT STARTER	4	QL PA
QL (1 kit / año)		
OMNIPOD MIS 5 PACK	4	QL PA
QL (10 boxes / 30 días)		
PEN NEEDLES:	3	
NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/		
TRIVIDIA		
SOLIQUA INJ 100/33	3	QL
QL (10 pens / 30 días)		
SI		
TRESIBA SOLN 100unit/ml	3	
SI		
TRESIBA FLEXTOUCH	3	
SOPN 100unit/ml, 200unit/ml		
SI		
V-GO 20 KIT	4	QL PA
QL (1 kit / 30 días)		
V-GO 30 KIT	4	QL PA
QL (1 kit / 30 días)		
V-GO 40 KIT	4	QL PA
QL (1 kit / 30 días)		
XULTOPHY INJ 100/3.6	3	QL
QL (5 pens / 30 días)		
SI		

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 43
LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CALCIUM REGULATORS		
alendronate sodium SOLN 70mg/75ml	4	
alendronate sodium TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	GC
calcitonin (salmon) SOLN 200unit/act	3	B/D
FORTEO SOPN 620mcg/2.48ml	5	PA
FOSAMAX + D TAB 70-2800	4	ST
FOSAMAX + D TAB 70-5600	4	ST
ibandronate sodium SOLN 3mg/3ml	4	B/D QL QL (1 inyección / 90 días)
ibandronate sodium TABS 150mg	3	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	5	PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3	B/D
pamidronate disodium SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml; SOLR 30mg, 90mg	3	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 inyección / 180 días)	4	QL
risedronate sodium TABS 5mg, 30mg, 35mg, 150mg; TBEC 35mg	4	
TYMLOS SOPN 3120mcg/1.56ml	5	PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	5	PA
zoledronic acid CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	4	B/D
AGENTES QUELANTES		
CHEMET CAPS 100mg	4	
clovique CAPS 250mg	5	PA
deferasirox PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 90mg, 180mg, 360mg	5	PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	
penicillamine TABS 250mg	5	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
sodium polystyrene sulfonate powder	3	
sps SUSP 15gm/60ml	3	
trientine hcl CAPS 250mg	5	PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	4	PA
ANTICONCEPTIVOS		
afirmelle	2	GC
altavera	2	GC
alyacen 1/35	2	GC
alyacen 7/7/7	2	GC
apri	2	GC
aranelle	3	
aubra eq	2	GC
aurovela 1/20	3	
aurovela fe 1.5/30	2	GC
aurovela fe 1/20	2	GC
aviane	2	GC
ayuna	2	GC
azurette	3	
balziva	3	
bekyree	3	
blisovi fe 1.5/30	2	GC
briellyn	3	
camila TABS .35mg	2	GC
caziant	3	
chateal	2	GC
cryselle-28	2	GC
cyclafem 1/35	2	GC
cyclafem 7/7/7	2	GC
cyred eq	2	GC
dasetta 1/35	2	GC
dasetta 7/7/7	2	GC
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	

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
elonest	2	GC
ELLA TABS 30mg	3	
eluryng	4	
emoquette	2	GC
enpresse-28	2	GC
enskyce	2	GC
errin TABS .35mg	2	GC
estarrylla	2	GC
ethynodiol diacetate & ethynil estradiol tab 1 mg-35 mcg	3	
ethynodiol diacetate & ethynil estradiol tab 1 mg-50 mcg	3	
etongestrel-ethynil estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr	4	
falmina	2	GC
femynor	2	GC
gianvi	3	
hailey 1.5/30	3	
heather TABS .35mg	2	GC
iclevia	3	
incassia TABS .35mg	2	GC
introvale	3	
isibloom	2	GC
jasmiel	3	
jolessa	3	
juleber	2	GC
junel 1.5/30	3	
junel 1/20	3	
junel fe 1.5/30	2	GC
junel fe 1/20	2	GC
kariva	3	
kelnor 1/35	3	
kelnor 1/50	3	
kurvelo	2	GC
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
levonorgestrel & ethynil estradiol (91-día) tab 0.15- 0.03 mg	3	
levonorgestrel & ethynil estradiol tab 0.1 mg-20 mcg	2	GC
levonorgestrel & ethynil estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	2	GC
levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125- 30mg-mcg	2	GC
levora 0.15/30-28	2	GC
lillow	2	GC
loestrin 1.5/30-21	3	
loestrin 1/20-21	3	
loestrin fe 1.5/30	2	GC
loestrin fe 1/20	2	GC
loryna	3	
low-ogestrel	2	GC
lutera	2	GC
lyeq TABS .35mg	2	GC
lyza TABS .35mg	2	GC
marlissa	2	GC
medroxyprogesterone acetate 3 (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	3	
microgestin 1.5/30	3	
microgestin 1/20	3	
microgestin fe 1.5/30	2	GC
microgestin fe 1/20	2	GC
mili	2	GC
mono-linyah	2	GC
necon 0.5/35-28	3	
nikki	3	
nora-be TABS .35mg	2	GC
norethindrone (contraceptive) TABS .35mg	2	GC
norethindrone ace & ethynil estradiol tab 1 mg-20 mcg	3	
norethindrone ace & ethynil estradiol tab 1.5 mg-30 mcg	3	
norethindrone ace & ethynil estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg	2	GC

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

45

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg	2	GC
norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg	3	
norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg	2	GC
norlyroc TABS .35mg	2	GC
nortrel 0.5/35 (28)	3	
nortrel 1/35 (21)	2	GC
nortrel 1/35 (28)	2	GC
nortrel 7/7/7	2	GC
nylia 7/7/7	2	GC
nymyo	2	GC
ocella	3	
orsythia	2	GC
philith	3	
pimtrea	3	
pirmella 1/35	2	GC
portia-28	2	GC
previfem	2	GC
reclipsen	2	GC
setlakin	3	
sharobel TABS .35mg	2	GC
simliya	3	
sprintec 28	2	GC
sronyx	2	GC
syeda	3	
tarina fe 1/20 eq	2	GC
tilia fe	3	
tri-estarrylla	2	GC
tri-legest fe	3	
tri-linyah	2	GC
tri-lo-estarrylla	3	
tri-lo-marzia	3	
tri-lo-mili	3	
tri-lo-sprintec	3	
tri-mili	2	GC
tri-nymyo	2	GC
tri-previfem	2	GC
tri-sprintec	2	GC

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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

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

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

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

B/D

46

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
prednisolone sodium phosphate SOLN 5mg/5ml, 25mg/5ml	3	B/D
prednisolone sodium phosphate SOLN 15mg/5ml	2	GC B/D
prednisone SOLN 5mg/5ml	4	B/D
prednisone TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	2	GC B/D
prednisone TBPK 5mg, 10mg	3	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	4	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	4	
AGENTES PARA ELEVAR LOS NIVELES DE GLUCOSA		
diazoxide SUSP 50mg/ml	5	
GVOKE HYPOOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
VARIOS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5	LA PA
cabergoline TABS .5mg	3	
CARBAGLU TABS 200mg	5	LA PA
CERDELGA CAPS 84mg	5	PA
CEREZYME SOLR 400unit	5	LA PA
cinacalcet hcl TABS 30mg QL (120 tabs / 30 días)	4	B/D QL
cinacalcet hcl TABS 60mg QL (60 tabs / 30 días)	5	B/D QL
cinacalcet hcl TABS 90mg QL (120 tabs / 30 días)	5	B/D QL
CYSTADANE POW	5	LA
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	LA PA
desmopressin acetate SOLN 4mcg/ml	5	
desmopressin acetate TABS .1mg, .2mg	3	
desmopressin acetate spray SOLN .01%	4	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

B/D

47

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	4	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	5	LA PA
GENOTROPIN SOLR 5mg, 12mg	5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK SOLR .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
<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	4	PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml	5	PA
OSPHENA TABS 60mg	3	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 560mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	LA PA
STIMATE SOLN 1.5mg/ml	5	
AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO		
AURYXIA TABS 210mg QL (360 tabs / 30 días)	5	QL PA
<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)	4	QL
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm	5	QL
QL (180 paquetes / 30 días)		
<i>sevelamer carbonate</i> PACK .8gm	5	QL
QL (540 paquetes / 30 días)		
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 800mg	4	QL
QL (540 tabs / 30 días)		
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	2	GC
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	GC

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 48
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	GC
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	2	GC
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	3	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	1	GC
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	3	
<i>SYNTHROID</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	4	
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	GC
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	2	GC B/D
<i>calcitriol</i> SOLN 1mcg/ml	4	B/D
<i>doxercalciferol</i> CAPS .5mcg, 1mcg, 2.5mcg	4	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	4	B/D
<i>RAYALDEE</i> CPCR 30mcg	5	
GASTROINTESTINAL ANTIEMÉTICOS		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	4	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	4	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	4	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 caps / 30 días)	4	B/D QL
<i>EMEND</i> SUSR 125mg/5ml	4	B/D

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	3	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	4	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	2	GC
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml	3	
<i>metoclopramide hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	GC
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	3	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml	3	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml	4	B/D
<i>ondansetron hcl</i> TABS 4mg, 8mg, 24mg	3	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	4	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	4	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	3	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
<i>SANCUSO</i> PTCH 3.1mg/24hr QL (4 parches / 28 días)	5	QL
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days QL (10 parches / 30 días)	4	QL PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg	3	
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg, 2mg	3	

ST - Terapia Escalonada

49

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA H2		
famotidine SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	3	
famotidine SUSTR 40mg/5ml QL (300 mL / 30 días)	4	QL
famotidine TABS 20mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
famotidine TABS 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml	3	
nizatidine CAPS 150mg, 300mg	3	
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
balsalazide disodium CAPS 750mg	3	
budesonide CPEP 3mg	4	
budesonide TB24 9mg	5	
hydrocortisone (intrarectal) ENEM 100mg/60ml	4	
mesalamine CP24 .375gm QL (120 caps / 30 días)	4	QL
mesalamine CPDR 400mg QL (180 caps / 30 días)	4	QL
mesalamine ENEM 4gm; SUPP 1000mg	4	
mesalamine TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
mesalamine w/ cleanser KIT 4gm	4	
sulfasalazine TABS 500mg	2	GC
sulfasalazine TBEC 500mg	3	
LASANTES		
constulose SOLN 10gm/15ml	3	
enulose SOLN 10gm/15ml	3	
gavilyte-c	2	GC
gavilyte-g	2	GC
gavilyte-n/flavor pack	2	GC
generlac SOLN 10gm/15ml	3	
GOLYTELY SOL	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
KRISTALOSE PACK 10gm, 20gm	4	
lactulose SOLN 10gm/15ml	3	
lactulose (encephalopathy) SOLN 10gm/15ml	3	
NULYTELY SOL LMN/LIME	3	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm	2	GC
peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm	2	GC
PLENU SOL	4	
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	4	
trilyte	2	GC
VARIOS		
alosetron hcl TABS 1mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
alosetron hcl TABS .5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
amoxicillin cap-clarithro tab-lansopraz cap dr therapy pack	4	
cromolyn sodium (mastocytosis) CONC 100mg/5ml	4	
diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml	4	
diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg	3	
GATTEX KIT 5mg	5	LA PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
loperamide hcl CAPS 2mg	3	
misoprostol TABS 100mcg, 200mcg	3	
MOVANTIK TABS 12.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
MOVANTIK TABS 25mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	5	PA
sucralfate TABS 1gm	3	
TRULANCE TABS 3mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

B/D

50

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ursodiol CAPS 300mg	3	
ursodiol TABS 250mg, 500mg	4	
XIFAXAN TABS 550mg	5	PA
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON CAP 3000UNIT	3	
CREON CAP 6000UNIT	3	
CREON CAP 12000UNT	3	
CREON CAP 24000UNT	3	
CREON CAP 36000UNT	3	
ZENPEP CAP 3000UNIT	4	
ZENPEP CAP 5000UNIT	4	
ZENPEP CAP 10000UNT	4	
ZENPEP CAP 15000UNT	4	
ZENPEP CAP 20000UNT	4	
ZENPEP CAP 25000	4	
ZENPEP CAP 40000	4	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
DEXILANT CPDR 30mg, 60mg	4	QL QL (30 caps / 30 días)
esomeprazole magnesium CPDR 20mg, 40mg	4	QL ST QL (30 caps / 30 días)
lansoprazole CPDR 15mg, 30mg	3	QL QL (60 caps / 30 días)
lansoprazole TBDD 15mg, 30mg	4	QL QL (60 tabs / 30 días)
omeprazole CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
pantoprazole sodium SOLR 40mg	4	
pantoprazole sodium TBEC 20mg, 40mg	1	GC
PRILOSEC PACK 2.5mg, 10mg	4	
rabeprazole sodium TBEC 20mg	3	QL QL (30 tabs / 30 días)

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
GENITOURINARIAS		
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA		
alfuzosin hcl TB24 10mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
dutasteride CAPS .5mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
dutasteride-tamsulosin hcl cap 4 0.5-0.4 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
finasteride TABS 5mg	1	GC
silodosin CAPS 4mg, 8mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
tamsulosin hcl CAPS .4mg	2	GC
VARIOS		
acetic acid SOLN .25%	2	GC
bethanechol chloride TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
potassium citrate (alkalinizer) TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	4	
ANTIESPASMÓDICOS URINARIO		
darifenacin hydrobromide TB24 7.5mg, 15mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	4	QL QL (30 tabs / 30 días)
oxybutynin chloride SYRP 5mg/5ml; TABS 5mg	3	
oxybutynin chloride TB24 5mg	3	QL QL (30 tabs / 30 días)
oxybutynin chloride TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
OXYTROL PTTW 3.9mg/24hr	4	
solifenacin succinate TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
tolterodine tartrate CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

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

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

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

B/D

51

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL ST
TOVIAZ TB24 4mg, 8mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>trospium chloride</i> TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	3	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	3	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3	
<i>vandazole</i> GEL .75%	3	
HEMATOLÓGICOS		
ANTICOAGULANTES		
<i>ELIQUIS</i> TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>ELIQUIS</i> TABS 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL
<i>ELIQUIS</i> STARTER PACK TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 300mg/3ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5	
<i>FRAGMIN</i> SOLN 2500unit/0.2ml	4	
<i>FRAGMIN</i> SOLN 5000unit/0.2ml, 7500unit/0.3ml, 10000unit/ml, 12500unit/0.5ml, 15000unit/0.6ml, 18000unt/0.72ml, 95000unit/3.8ml	5	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>HEP SOD/NACL</i> INJ 25000UNT	3	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D
<i>heparin sodium (porcine)</i> 100 unit/ml in d5w	3	
<i>heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol</i> 20000 unit/500ml-5%	3	
<i>heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol</i> 25000 unit/500ml-5%	3	
<i>HEPARIN/NACL</i> INJ 25000UNT	3	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
<i>PRADAXA</i> CAPS 75mg, 110mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
<i>XARELTO</i> TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>XARELTO</i> TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>XARELTO</i> STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 días)	3	QL
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICOS		
<i>PROCRIT</i> SOLN 2000unit/ml, 3 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	PA
<i>PROCRIT</i> SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	PA
<i>ZARXIO SOSY</i> 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	PA

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VARIOS		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	4	
BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>cilostazol</i> 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
<i>icatibant acetate</i> SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>pentoxifylline</i> 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
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml	4	
<i>tranexamic acid</i> TABS 650mg	3	
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin-dipyridamole cap er</i> 12hr 25-200 mg	4	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	4	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	
AGENTES INMUNOLÓGICOS AUTOIMMUNE AGENTS		
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 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml QL (2 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml QL (6 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.8ml QL (6 jeringas / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	5	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	PA

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 53

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 54

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
INTRON A SOLN 10mu/ml, 6000000unit/ml; SOLR 10mu, 18mu, 50mu	5	B/D
INMUNOSUPRESORES		
azathioprine TABS 50mg	3	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOLR 120mg, 400mg; SOSY 200mg/ml	5	PA
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	4	B/D
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
everolimus (immunosuppressant) TABS .5mg, .75mg	5	B/D
everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg	4	B/D
gengraf CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
mycophenolate mofetil CAPS 3 250mg; TABS 500mg	3	B/D
mycophenolate mofetil SUSR 5 200mg/ml	5	B/D
mycophenolate sodium TBEC 4 180mg, 360mg	4	B/D
NULOJIX SOLR 250mg	5	B/D
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	3	B/D
sirolimus SOLN 1mg/ml; TABS 2mg	5	B/D
sirolimus TABS .5mg, 1mg	4	B/D
tacrolimus CAPS .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D
ZORTRESS TABS 1mg	5	B/D
VACUNAS		
ACTHIB INJ	3	
ADACEL INJ	3	
BCG VACCINE INJ	3	
BEXSERO INJ	3	
BOOSTRIX INJ	3	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
DAPTACEL INJ	3	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	3	B/D
ENGERIX-B SUSP 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	3	B/D
GARDASIL 9 INJ	3	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	3	
HIBERIX SOLR 10mcg	3	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INJ 2.5unit/ml	3	B/D
INFANRIX INJ	3	
IPOP INJ INACTIVE	3	
IXIARO INJ	3	
KINRIX INJ	3	
M-M-R II INJ	3	
MENACTRA INJ	3	
MENQUADFI INJ	3	
MENVEO INJ	3	
PEDIARIX INJ 0.5ML	3	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	3	
PENTACEL INJ	3	
PROQUAD INJ	3	
QUADRACEL INJ	3	
RABAVERT INJ	3	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml	3	B/D
ROTARIX SUS	3	
ROTATEQ SOL	3	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	3	QL
QL (2 viales por vida)		
TDVAX INJ 2-2 LF	3	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	3	B/D
TRUMENBA INJ	3	
TWINRIX INJ	3	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml	3	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	3	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	3	

ST - Terapia Escalonada

B/D

55

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
YF-VAX INJ	3	
ZOSTAVAX SUSR 19400unt/0.65ml QL (1 vial por vida)	3	QL
SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS		
ELECTROLITOS/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	3	
D5W/LYTES INJ #48	4	
D5W/NACL INJ 0.3%	3	
D10W/NACL INJ 0.2%	3	
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 5% in lactated ringers	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	3	
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	
ISOLYTE-S INJ	4	
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj	3	
kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4	
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>lactated ringer's solution</i>	3	
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</i> 1 gm/100ml	3	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	3	
PLASMA-LYTE INJ -148	4	
PLASMA-LYTE INJ -A	4	
POT CHL/NACL INJ 20MEQ/L	3	
POT CHL/NACL INJ 40MEQ/L	3	
<i>potassium chloride</i> SOLN 2meq/ml	3	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	4	
<i>potassium chloride</i> 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj	3	
<i>sodium chloride</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	3	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
ELECTROLITOS/MINERALS/VITAMINAS, ORAL		
klor-con PACK 20meq	4	
klor-con 8 TBCR 8meq	2	GC
klor-con 10 TBCR 10meq	2	GC
klor-con m10 TBCR 10meq	2	GC
klor-con m15 TBCR 15meq	2	GC
klor-con m20 TBCR 20meq	2	GC
M-NATAL PLUS TAB	3	
PNV FOLIC AC TAB + IRON	3	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq	3	
<i>potassium chloride</i> PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	4	

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
potassium chloride TBCR 8meq, 10meq, 20meq	2	GC
potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 20meq	2	GC
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	3	
sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln	2	GC
TRICARE TAB PRENATAL	3	
NUTRICIÓN IV		
AMINOSYN-PF INJ 7%	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	4	B/D
clinisol sf 15%	4	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
dextrose SOLN 5%, 10%	3	
dextrose SOLN 50%, 70%	3	B/D
FREAMINE HBC INJ 6.9%	4	B/D
FREAMINE III INJ 10%	4	B/D
hepatamine	4	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	4	B/D
plenamine	4	B/D
PREMASOL SOL 10%	4	B/D
PROCALAMINE INJ 3%	4	B/D
PROSOL INJ 20%	4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	4	B/D
OFTÁLMICO		
CONTRA INFECCIONES / ANTIINFLAMATORIOS		
bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%	3	

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	4	
neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%	2	GC
neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%	2	GC
neomycin-polymyxin-hc ophth susp 4		
sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%	2	GC
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	3	
tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%	4	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	
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

QL - Cantidad Limitada

ST - Terapia Escalonada

57

LA - Disponibilidad Limitada

BI - Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	2	GC
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	3	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	2	GC
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	4	
<i>ZIRGAN GEL .15%</i>	4	
ANTIINFLAMATORIOS		
<i>ALREX SUSP .2%</i>	3	
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .09%</i>	4	
<i>BROMSITE SOLN .075%</i>	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	3	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	2	GC
<i>DUREZOL EMUL .05%</i>	3	
<i>FLAREX SUSP .1%</i>	4	
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</i>	3	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	3	
<i>ILEVRO SUSP .3%</i>	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%</i>	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .5%</i>	2	GC
<i>LOTEMAX OINT .5%</i>	3	
<i>prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%</i>	3	
<i>PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%</i>	3	
<i>PROLENSA SOLN .07%</i>	3	
ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl (ophth) SOLN .05%</i>	3	
<i>BEPREVE SOLN 1.5%</i>	3	
<i>cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%</i>	1	GC
<i>LASTACAFT SOLN .25%</i>	4	
<i>olopatadine hcl SOLN .1%, .2%</i>	3	

PA - Autorización Previa

QL - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>PAZEOL SOLN .7%</i>	3	
<i>ZERVIATE SOLN .24%</i>	4	
CONTRA EL GLAUCOMA		
<i>ALPHAGAN P SOLN .1%</i>	3	
<i>AZOPT SUSP 1%</i>	3	
<i>betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%</i>	3	
<i>BETOPTIC-S SUSP .25%</i>	3	
<i>brimonidine tartrate SOLN .2%</i>	1	GC
<i>brimonidine tartrate SOLN .15%</i>	4	
<i>brinzolamide SUSP 1%</i>	3	
<i>carteolol hcl (ophth) SOLN 1%</i>	2	GC
<i>COMBIGAN SOL 0.2/0.5%</i>	3	
<i>dorzolamide hcl SOLN 2%</i>	2	GC
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	2	GC
<i>latanoprost SOLN .005%</i>	2	GC
<i>levobunolol hcl SOLN .5%</i>	2	GC
<i>LUMIGAN SOLN .01%</i>	3	
<i>PHOSPHOLINE IODIDE SOLR .125%</i>	4	
<i>pilocarpine hcl SOLN 1%, 2%, 4%</i>	3	
<i>RHOPRESSA SOLN .02%</i>	3	
<i>SIMBRINZA SUS 1-0.2%</i>	3	
<i>timolol maleate (ophth) SOLG 4 .25%, .5%</i>	4	
<i>timolol maleate (ophth) SOLN 1 .25%, .5%</i>	1	GC
<i>timolol maleate (ophth) once-daily SOLN .5%</i>	4	
<i>VYZULTA SOLN .024%</i>	4	
VARIOS		
<i>ATROPINE SULFATE SOLN 1%</i>	3	
<i>CYSTADROPS SOLN .37%</i>	5	LA PA
<i>CYSTARAN SOLN .44%</i>	5	LA PA
<i>proparacaine hcl SOLN .5%</i>	3	
<i>RESTASIS EMUL .05%</i>	3	

ST - Terapia Escalonada

B/D

58

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	
XIIDRA SOLN 5%	3	
Prescription Vitamin/Mineral Products		
Prescription Vitamin/Mineral Products		
cyanocobalamin SOLN 1000mcg/ml	2	ED GC
ergocalciferol CAPS 50000unit QL (4 caps / 28 días)	2	ED GC QL
folic acid TABS 1mg QL (30 tabs / 30 días)	1	ED GC QL
phytonadione TABS 5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	ED QL
RESPIRATORIO		
COMBINACIONES DE ANTOCOLINÉRGICO / BETA AGONISTA		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25 QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
BEVESPI AER 9-4.8MCG QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
BREZTRI AERO AER SPHERE QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) QL (4 inhaladores / 28 días)	3	QL
COMBIVENT AER 20-100 QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml	3	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh QL (30 blisters / 30 días)	3	QL
ipratropium bromide SOLN .02% ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%	2	GC B/D
ANTIHISTAMÍNICOS		
azelastine hcl SOLN .1%, .15%	3	
cetirizine hcl SOLN 1mg/ml cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC
desloratadine TABS 5mg diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml hydroxyzine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
hydroxyzine hcl SYRP 10mg/5ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA
hydroxyzine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
hydroxyzine pamoate CAPS 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA
levocetirizine dihydrochloride SOLN 2.5mg/5ml levocetirizine dihydrochloride TABS 5mg olopatadine hcl (nasal) SOLN .6%	4	

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 59
LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
BETA AGONISTAS		
albuterol sulfate AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Proair HFA)	3	QL
albuterol sulfate AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Ventolin HFA)	3	QL
albuterol sulfate NEBU .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	3	B/D
albuterol sulfate NEBU .083% 2	2	GC B/D
albuterol sulfate SYRP 2mg/5ml	2	GC
albuterol sulfate TABS 2mg, 4mg	4	
albuterol sulfate TB12 4mg, 8mg	3	
BROVANA NEBU 15mcg/2ml	5	B/D
levalbuterol hcl NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	4	B/D
levalbuterol tartrate AERO 45mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
PERFOROMIST NEBU 20mcg/2ml	5	B/D
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
terbutaline sulfate TABS 2.5mg, 5mg	4	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhaladores / 30 días)	3	QL
MODULADORES DE LOS LEUCOTRIENOS		
montelukast sodium CHEW 4mg, 5mg	2	GC
montelukast sodium PACK 4mg	4	
montelukast sodium TABS 10mg	1	GC
zafirlukast TABS 10mg, 20mg	3	
VARIOS		
acetylcysteine SOLN 10%, 20%	3	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	LA PA
cromolyn sodium NEBU 20mg/2ml	3	B/D
DALIRESP TABS 250mcg, 500mcg	4	
epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml (genérico de EpiPen)	3	
epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (genérico de Adrenaclick)	3	
ESBRIET CAPS 267mg QL (270 caps / 30 días)	5	QL PA
ESBRIET TABS 267mg QL (270 tabs / 30 días)	5	QL PA
ESBRIET TABS 801mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
FASENRA SOSY 30mg/ml	5	LA PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5	LA PA
KALYDECO PACK 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	5	LA PA
PULMOZYME SOLN 1mg/ml	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/.3ml, .3mg/.3ml	4	
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg <i>theophylline</i> SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg	4	
<i>theophylline</i> TB24 400mg, 600mg	3	
TRIKAFTA TAB QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	5	LA PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg	5	LA PA
ESTEROIDES NASALES		
flunisolide (nasal) SOLN .025%	3	QL
QL (3 botellas / 30 días)		
fluticasone propionate (nasal) SUSP 50mcg/act	2	GC QL
QL (1 botella / 30 días)		
OMNARIS SUSP 50mcg/act	4	QL
QL (1 inhalador / 30 días)		

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
Sexual Dysfunction Agents		
Sexual Dysfunction Agents		
sildenafil citrate TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (4 tabs / 30 días)	3	ED QL
tadalafil TABS 10mg, 20mg QL (4 tabs / 30 días)	3	ED QL
DE USO TÓPICO		
DERMATOLOGÍA, ACNÉ		
accutane CAPS 20mg, 30mg, 40mg amnesteem CAPS 10mg, 20mg, 40mg avita CREA .025%; GEL .025% benzoyl peroxide- erythromycin gel 5-3% claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg clindamycin phosphate (topical) GEL 1% clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1% ery PADS 2%	4	PA
QL (45 gm / 30 días) QL (75 gm / 30 días) QL (60 mL / 30 días)		
QL (30 mL / 30 días)		

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
erythromycin (acne aid) SOLN 2% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg myorisan CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10%	4	PA
tretinoin CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025% QL (45 gm / 30 días)	4	QL PA
zenatane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS	4	PA
gentamicin sulfate (topical) CREA .1% QL (30 gm / 30 días)	4	QL
gentamicin sulfate (topical) OINT .1%	3	
mupirocin OINT 2% QL (220 gm / 30 días)	2	GC QL
silver sulfadiazine CREA 1% ssd CREA 1%	2	GC
SULFAMYLON CREA 85mg/gm DERMATOLOGÍA, FUNGICIDAS	4	
ciclopirox olamine CREA .77% QL (90 gm / 30 días)	3	QL
ciclopirox olamine SUSP .77% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
clotrimazole (topical) CREA 1% QL (45 gm / 30 días)	3	QL
clotrimazole (topical) SOLN 1% QL (30 mL / 30 días)	3	QL
clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05% QL (45 gm / 30 días)	3	QL

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
betamethasone dipropionate (<i>topical</i>) OINT .05%	4	
betamethasone dipropionate augmented CREA .05%	3	
betamethasone dipropionate .05%; OINT .05%	4	augmented GEL .05%; LOTN .05%
betamethasone valerate CREA .1%; LOTN .1%; OINT .1%	3	
calcipotriene-betamethasone dipropionate susp 0.005-0.064% QL (400 gm / 28 días)	5	QL PA
clobetasol propionate CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
clobetasol propionate GEL .05% QL (60 gm / 30 días)	4	QL
clobetasol propionate SOLN .05% QL (50 mL / 30 días)	3	QL
clobetasol propionate e CREA .05% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
ENSTILAR AER QL (120 gm / 30 días)	4	QL PA
fluocinolone acetonide CREA .01%, .025%; OINT .025%	3	
fluocinolone acetonide OIL .01%	4	
fluocinolone acetonide SOLN .01% QL (90 mL / 30 días)	4	QL
fluocinonide CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
fluocinonide GEL .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)	4	QL
fluocinonide SOLN .05% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
fluocinonide emulsified base CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3	QL

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

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>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 (topical)</i> AERS .147mg/gm	4	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .1% QL (454 gm / 30 días)	2	GC QL
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .5%; OINT .025%, .1%, .5%	2	GC
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%	3	
<i>triderm</i> CREA .5%	2	GC
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>glydo PRSY</i> 2% QL (60 mL / 30 días)	3	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)	3	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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1% QL (1000 gm / 30 días)	3	QL PA
<i>FINACEA</i> FOAM 15% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5% QL (40 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5% QL (10 mL / 30 días)	3	QL
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 2.5%	3	
<i>imiquimod</i> CREA 5% QL (24 paquetes / 30 días)	3	QL
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> 2% CREA 12%	2	GC
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> 3% LOTN 12%	3	
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; LOTN .75%	4	
<i>metronidazole (topical)</i> GEL .75%	3	
<i>NORITATE</i> CREA 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL
<i>PICATO</i> GEL .05% QL (2 tubos / 30 días)	4	QL
<i>PICATO</i> GEL .015% QL (3 tubos / 30 días)	4	QL
<i>podofilox</i> SOLN .5%	3	
<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>protozone-hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>RECTIV</i> OINT .4% QL (30 gm / 30 días)	4	QL
<i>rosadan</i> CREA .75%	4	
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1% QL (100 gm / 30 días)	4	QL
<i>TARGRETIN</i> GEL 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

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

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

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

64

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VALCHLOR GEL .016% QL (60 gm / 30 días)	5	QL LA PA
ZYCLARA PUMP CREA 2.5% QL (15 gm / 30 días)	5	QL
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y CONTRA LA PEDICULOSIS		
malathion LOTN .5%	4	
permethrin CREA 5%	3	
DERMATOLOGÍA, AGENTES PARA EL CUIDAD DE HERIDAS		
REGRANEX GEL .01% QL (30 gm / 30 días)	5	QL PA
SANTYL OINT 250unit/gm	4	
sodium chloride (gu irrigant) SOLN .9%	3	
water for irrigation, sterile irrigation soln	2	GC
AGENTES PARA LA BOCA / GARGANTA / DENTALES		
cevimeline hcl CAPS 30mg	4	
chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%	1	GC
clotrimazole TROC 10mg QL (150 losanges / 30 días)	4	QL
lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%	2	GC
nystatin (mouth-throat) SUSP 3 100000unit/ml		
paroex SOLN .12%	1	GC
periogard SOLN .12%	1	GC
pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg	4	
triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%	3	
ÓTICO		
acetic acid (otic) SOLN 2%	3	
CIPRO HC SUS ÓTICO	4	
ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%	3	
flac OIL .01%	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%	4	
neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%	3	
neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml- 1%	3	
ofloxacin (otic) SOLN .3%	4	

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

ED - Medicamento Excluido

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

QL - Cantidad Limitada

GC - Cobertura de Brecha

ST - Terapia Escalonada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

65

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

ÍNDICE

A	
abacavir sulfate.....	13
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg.....	14
abacavir sulfate- lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg....	14
ABELCET	12
ABILITY MAINTENA.....	35
abiraterone acetate.....	18
ABRAXANE INJ 100MG.	19
acamprosate calcium.....	40
acarbose.....	41
accutane	62
acebutolol hcl.....	27
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml....	10
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg.....	10
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg.....	10
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg.....	10
acetazolamide	28
acetic acid.....	51
acetic acid (otic).....	65
acetylcysteine	60
acitretin.....	63
ACTHIB INJ	55
ACTIMMUNE	54
acyclovir.....	14
acyclovir sodium	14
ADACEL INJ	55
adefovir dipivoxil	14
ADEMPAS	29
ADRENALIN	28
adriamycin	17
ADVAIR DISKU AER 100/50	61
ADVAIR DISKU AER 250/50	61
ADVAIR DISKU AER 500/50	61
ADVAIR HFA AER 115/21	62
ADVAIR HFA AER 230/21	62
ADVAIR HFA AER 45/2161	
AFINITOR	19
AFINITOR DISPERZ	19
afirmelle	44
AIMOVIG	39
ala-cort.....	63
albendazole	11
albuterol sulfate	60
alclometasone dipropionate	63
ALDURAZYME	47
ALECENSA	19
alendronate sodium	44
alfuzosin hcl.....	51
ALIMTA.....	18
ALINIA	11
alisikiren fumarate	28
allopurinol	9
alosetron hcl	50
ALPHAGAN P	58
alprazolam	29
ALREX.....	58
altavera.....	44
ALTOPREV	25
ALUNBRIG	19
ALUNBRIG PAK	19
alyacen 1/35	44
alyacen 7/7/7	44
amabelz	46
amantadine hcl	34
AMBISOME	12
ambrisentan.....	29
amikacin sulfate	11
amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg.....	28
amiloride hcl.....	28
AMINOSYN-PF INJ 7% ..	57
amiodarone hcl	25
amitriptyline hcl	33
amlodipine besylate	27
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-10 mg.....	28
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-20 mg.....	28
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg.....	28
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg.....	28
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg.....	28
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-10 mg.....	28
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-20 mg.....	28
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-40 mg.....	28
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg	22
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-20 mg.....	23

<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>olmesartan medoxomil</i>	
<i>tab 10-40 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>olmesartan medoxomil</i>	
<i>tab 5-20 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>olmesartan medoxomil</i>	
<i>tab 5-40 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 10-160 mg</i>	
.....	23
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 10-320 mg</i>	
.....	23
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 5-160 mg</i> 23	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 5-320 mg</i> 23	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-160-12.5 mg</i>	23
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-160-25 mg</i>	23
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-320-25 mg</i>	23
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>5-160-12.5 mg</i>	23
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>5-160-25 mg</i>	23
<i>amnesteem</i>	62
<i>amoxapine</i>	33
<i>amoxicillin</i>	16
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>chew tab 200-28.5 mg</i> .16	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>chew tab 400-57 mg</i>16	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	
.....	16
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	
.....	16
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>for susp 400-57 mg/5ml</i>	
.....	16
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	
.....	16
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>tab 250-125 mg</i>16	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>tab 500-125 mg</i>16	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>tab 875-125 mg</i>16	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	
.....	16
<i>amoxicillin cap-clarithro</i>	
<i>tab-lansopraz cap dr</i>	
<i>therapy pack</i>50	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 10 mg</i>37	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 15 mg</i>37	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 20 mg</i>37	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 25 mg</i>37	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 30 mg</i>37	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 5 mg</i>37	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>10 mg</i>37	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>12.5 mg</i>37	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>15 mg</i>37	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>20 mg</i>37	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>30 mg</i>38	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab 5</i>	
<i>mg</i>37	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>7.5 mg</i>37	
<i>amphotericin b</i>12	
<i>ampicillin</i>16	
<i>ampicillin & sulbactam</i>	
<i>sodium for inj 1.5 (1-0.5)</i>	
<i>gm</i>16	
<i>ampicillin & sulbactam</i>	
<i>sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	
.....	16
<i>ampicillin & sulbactam</i>	
<i>sodium for iv soln 1.5 (1-</i>	
<i>0.5) gm</i>16	
<i>ampicillin & sulbactam</i>	
<i>sodium for iv soln 15 (10-</i>	
<i>5) gm</i>16	
<i>ampicillin & sulbactam</i>	
<i>sodium for iv soln 3 (2-1)</i>	
<i>gm</i>16	
<i>ampicillin sodium</i>17	
<i>anagrelide hcl</i>53	
<i>anastrozole</i>18	
<i>ANDRODERM</i>41	
<i>ANORO ELLIPT AER</i> 62.5-	
25	59
<i>ANTARA</i>25	
<i>APOKYN</i>34	
<i>aprepitant</i>49	
<i>aprepitant capsule therapy</i>	
<i>pack 80 & 125 mg</i>	49
<i>api</i>44	
<i>APTIOM</i>30	
<i>APTIVUS</i>13	
<i>ARALAST NP</i>60	
<i>aranelle</i>44	
<i>ARCALYST</i>54	
<i>ariprazole</i>35	
<i>ARISTADA</i>35	
<i>ARISTADA INITIO</i>35	
<i>armodafinil</i>40	
<i>ARNUITY ELLIPTA</i>61	
<i>asenapine maleate</i>	35

aspirin-dipyridamole cap er	
12hr 25-200 mg.....	53
atazanavir sulfate.....	13
atenolol.....	27
atenolol & chlorthalidone	
tab 100-25 mg.....	26
atenolol & chlorthalidone	
tab 50-25 mg	26
atomoxetine hcl.....	38
atorvastatin calcium.....	25
atovaquone.....	11
atovaquone-proguanil hcl	
tab 250-100 mg.....	13
atovaquone-proguanil hcl	
tab 62.5-25 mg.....	13
ATROPINE SULFATE	58
ATROVENT HFA	59
aubra eq	44
aurovela 1/20.....	44
aurovela fe 1.5/30.....	44
aurovela fe 1/20.....	44
AURYXIA.....	48
AUSTEDO	39
AVASTIN	19
aviane	44
avita.....	62
ayuna.....	44
AYVAKIT	19
azacitidine.....	18
azathioprine	55
azelaic acid.....	64
azelastine hcl.....	59
azelastine hcl (ophth)....	58
azithromycin	15, 16
AZOPT.....	58
aztreonam.....	11
azurette.....	44
B	
bacitracin (ophthalmic)....	57
bacitracin-polymyxin b	
ophth oint	57
bacitracin-polymyxin-	
neomycin-hc ophth oint	
1%.....	57
baclofen	40
balsalazide disodium	50
BALVERSA.....	19
balziva	44
BANZEL.....	30
BARACLUDE.....	14
BASAGLAR KWIKPEN...43	
BCG VACCINE INJ.....	55
BD ALCOHOL SWABS...43	
bekyree.....	44
BELSOMRA.....	38
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab	
10-12.5 mg	22
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab	
20-12.5 mg	22
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab	
20-25 mg	22
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab	
5-6.25 mg	22
benazepril hcl.....	22
BENDEKA	17
BENLYSTA	55
benzoyl peroxide-	
erythromycin gel 5-3% ..	62
benztropine mesylate.....	34
BEPREVE.....	58
BERINERT	53
BESIVANCE	57
betamethasone	
dipropionate (topical)...	63
betamethasone	
dipropionate augmented	
.....	63
betamethasone valerate ..	63
BETASERON.....	39
betaxolol hcl (ophth)	58
bethanechol chloride.....	51
BETOPTIC-S	58
BEVESPI AER 9-4.8MCG	
.....	59
bexarotene	18
BEXSERO INJ	55
bicalutamide.....	18
BICILLIN L-A.....	17
BIKTARVY TAB	14
bisoprolol &	
hydrochlorothiazide tab	
10-6.25 mg	26
bisoprolol &	
hydrochlorothiazide tab	
2.5-6.25 mg	26
bisoprolol &	
hydrochlorothiazide tab	
5-6.25 mg	26
bisoprolol fumarate	27
BIVIGAM.....	54
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	
.....	57
blisovi fe 1.5/30.....	44
BOOSTRIX INJ.....	55
BORTEZOMIB	19
bosentan.....	29
BOSULIF	19
BRAFTOVI.....	19
BREO ELLIPTA INH 100-	
25	62
BREO ELLIPTA INH 200-	
25	62
BREZTRI AERO AER	
SPHERE	59
BREZTRI AERO AER	
SPHERE	
(INSTITUTIONAL PACK)	
.....	59
briellyn	44
BRILINTA.....	53
brimonidine tartrate.....	58
brinzolamide	58
BRIVIACT	30
bromfenac sodium (ophth)	
.....	58
bromocriptine mesylate..	34
BROMSITE	58
BROVANA	60
BRUKINSA	19
budesonide	50
budesonide (inhalation) ..	61
bumetanide	28
buprenorphine hcl	40
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl film 12-3	
mg (base equiv)	40
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl film 2-0.5	
mg (base equiv)	40

<i>buprenorphine hcl-</i>	
<i>naloxone hcl sl film 4-1</i>	
<i>mg (base equiv)</i>	<i>40</i>
<i>buprenorphine hcl-</i>	
<i>naloxone hcl sl film 8-2</i>	
<i>mg (base equiv)</i>	<i>40</i>
<i>buprenorphine hcl-</i>	
<i>naloxone hcl sl tab 2-0.5</i>	
<i>mg (base equiv)</i>	<i>40</i>
<i>buprenorphine hcl-</i>	
<i>naloxone hcl sl tab 8-2</i>	
<i>mg (base equiv)</i>	<i>40</i>
<i>bupropion hcl</i>	<i>33</i>
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	<i>40</i>
<i>buspirone hcl</i>	<i>29</i>
<i>butorphanol tartrate</i>	<i>10</i>
<i>BYDUREON BCISE.....</i>	<i>41</i>
<i>BYDUREON PEN.....</i>	<i>41</i>
<i>BYETTA.....</i>	<i>41</i>
<i>BYSTOLIC</i>	<i>27</i>
C	
<i>cabergoline</i>	<i>47</i>
<i>CABOMETYX</i>	<i>19</i>
<i>calcipotriene</i>	<i>63</i>
<i>calcipotriene-</i>	
<i>betamethasone</i>	
<i>dipropionate susp 0.005-0.064%.....</i>	<i>63</i>
<i>calcitonin (salmon).....</i>	<i>44</i>
<i>calcitrene</i>	<i>63</i>
<i>calcitriol.....</i>	<i>49</i>
<i>calcium acetate (phosphate binder).....</i>	<i>48</i>
<i>CALQUENCE</i>	<i>19</i>
<i>camila</i>	<i>44</i>
<i>candesartan cilexetil</i>	<i>25</i>
<i>candesartan cilexetil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg.....</i>	<i>23</i>
<i>candesartan cilexetil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg.....</i>	<i>23</i>
<i>candesartan cilexetil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 32-25 mg.....</i>	<i>23</i>
<i>CAPLYTA</i>	<i>35</i>
<i>CAPRELSA</i>	<i>19</i>
<i>captopril</i>	<i>22</i>
<i>captopril &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 25-15 mg.....</i>	<i>22</i>
<i>captopril &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 25-25 mg.....</i>	<i>22</i>
<i>captopril &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 50-15 mg.....</i>	<i>22</i>
<i>captopril &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 50-25 mg.....</i>	<i>22</i>
<i>CARBAGLU</i>	<i>47</i>
<i>carbamazepine</i>	<i>30</i>
<i>carbidopa.....</i>	<i>34</i>
<i>carbidopa & levodopa orally disintegrating tab 10-100 mg</i>	<i>34</i>
<i>carbidopa & levodopa orally disintegrating tab 25-100 mg</i>	<i>34</i>
<i>carbidopa & levodopa orally disintegrating tab 25-250 mg</i>	<i>34</i>
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg.....</i>	<i>34</i>
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg.....</i>	<i>34</i>
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg.....</i>	<i>34</i>
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg.....</i>	<i>34</i>
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg.....</i>	<i>34</i>
<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>entacapone tabs 12.5-50-200 mg.....</i>	<i>34</i>
<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>entacapone tabs 18.75-75-200 mg.....</i>	<i>34</i>
<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>entacapone tabs 25-100-200 mg.....</i>	<i>34</i>
<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>entacapone tabs 31.25-125-200 mg.....</i>	<i>34</i>
<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>entacapone tabs 37.5-150-200 mg.....</i>	<i>34</i>
<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>entacapone tabs 50-200-200 mg.....</i>	<i>34</i>
<i>carboplatin</i>	<i>17</i>
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	<i>58</i>
<i>cartia xt.....</i>	<i>27</i>
<i>carvedilol.....</i>	<i>27</i>
<i>caspofungin acetate.....</i>	<i>12</i>
<i>CAYSTON</i>	<i>11</i>
<i>caziant</i>	<i>44</i>
<i>cefaclor</i>	<i>15</i>
<i>CEFACLOR ER</i>	<i>15</i>
<i>cefadroxil</i>	<i>15</i>
<i>CEFAZOLIN INJ</i>	
<i>1GM/50ML</i>	<i>15</i>
<i>cefazolin sodium</i>	<i>15</i>
<i>CEFAZOLIN SOLN</i>	
<i>2GM/100ML-4%</i>	<i>15</i>
<i>cefdinir</i>	<i>15</i>
<i>cefepime hcl.....</i>	<i>15</i>
<i>cefixime</i>	<i>15</i>
<i>cefoxitin sodium</i>	<i>15</i>
<i>cefpodoxime proxetil.....</i>	<i>15</i>
<i>cefprozil</i>	<i>15</i>
<i>ceftazidime</i>	<i>15</i>
<i>CEFTAZIDIME/ SOL D5W</i>	
<i>1GM</i>	<i>15</i>
<i>CEFTAZIDIME/ SOL D5W</i>	
<i>2GM</i>	<i>15</i>
<i>ceftriaxone sodium</i>	<i>15</i>
<i>cefuroxime axetil</i>	<i>15</i>
<i>cefuroxime sodium</i>	<i>15</i>
<i>celecoxib</i>	<i>9</i>
<i>CELONTIN</i>	<i>30</i>
<i>cephalexin</i>	<i>15</i>
<i>CERDELGA</i>	<i>47</i>
<i>CEREZYME</i>	<i>47</i>
<i>cetirizine hcl</i>	<i>59</i>
<i>cevimeline hcl</i>	<i>65</i>
<i>CHANTIX</i>	<i>40</i>
<i>CHANTIX CONTINUING MONTH</i>	<i>40</i>
<i>CHANTIX PAK 0.5& 1MG</i>	<i>40</i>
<i>chateal</i>	<i>44</i>
<i>CHEMET</i>	<i>44</i>
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	<i>65</i>
<i>chloroquine phosphate ..</i>	<i>13</i>

<i>chlorpromazine hcl</i>	35
<i>chlorthalidone</i>	28
<i>cholestyramine</i>	26
<i>cholestyramine light</i>	26
<i>choline fenofibrate</i>	25
<i>ciclopirox olamine</i>	62
<i>cilostazol</i>	53
CILOXAN	57
CIMDUO TAB 300-300 ...	14
<i>cinacalcet hcl</i>	47
CIPRO	16
CIPRO HC SUS OTIC	65
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml</i> <i>in d5w</i>	16
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml</i> <i>in d5w</i>	16
<i>ciprofloxacin hcl</i>	16
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..	57
<i>ciprofloxacin-</i> <i>dexamethasone otic susp</i> <i>0.3-0.1%</i>	65
<i>cisplatin</i>	17
<i>citalopram hydrobromide</i> 33	
<i>claravis</i>	62
<i>clarithromycin</i>	16
<i>clindamycin hcl</i>	11
<i>clindamycin palmitate</i> <i>hydrochloride</i>	11
<i>clindamycin phosphate</i> ..11	
<i>clindamycin phosphate</i> <i>(topical)</i>	62
<i>clindamycin phosphate in</i> <i>d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	11
<i>clindamycin phosphate in</i> <i>d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	11
<i>clindamycin phosphate in</i> <i>d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	11
<i>clindamycin phosphate</i> <i>vaginal</i>	52
CLINDMYC/NAC INJ <i>300/50ML</i>	11
CLINDMYC/NAC INJ <i>600/50ML</i>	11
CLINDMYC/NAC INJ <i>900/50ML</i>	11
CLINIMIX INJ 4.25/D10 ..	57
CLINIMIX INJ 4.25/D5W .57	
CLINIMIX INJ 5%/D15W .57	
CLINIMIX INJ 5%/D20W .57	
CLINIMIX INJ 6/5	57
CLINIMIX INJ 8/10	57
CLINIMIX INJ 8/14	57
<i>clinisol sf 15%</i>	57
CLINOLIPID EMU 20% ...57	
<i>clobazam</i>	30
<i>clobetasol propionate</i>	63
<i>clobetasol propionate e</i> ..	63
<i>clomipramine hcl</i>	33
<i>clonazepam</i>	30
<i>clonidine</i>	28
<i>clonidine hcl</i>	28
<i>clopidogrel bisulfate</i>	53
<i>clorazepate dipotassium</i> .30	
<i>clotrimazole</i>	65
<i>clotrimazole (topical)</i>	62
<i>clotrimazole w/</i> <i>betamethasone cream 1-</i> <i>0.05%</i>	62
<i>clovique</i>	44
<i>clozapine</i>	35
COARTEM TAB 20-120MG	13
<i>colchicine</i>	9
<i>colchicine w/ probenecid</i> <i>tab 0.5-500 mg</i>	9
<i>colesevelam hcl</i>	26
<i>colestipol hcl</i>	26
<i>colistimethate sodium</i> ..11	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	58
COMBIVENT AER 20-100	59
COMETRIQ (60MG DOSE)	19
COMETRIQ KIT 100MG .19	
COMETRIQ KIT 140MG .19	
COMPLERA TAB	14
<i>compro</i>	49
<i>constulose</i>	50
COPIKTRA	19
CORLANOR	28
<i>cortisone acetate</i>	47
COTELLIC	19
CREON CAP 12000UNT 51	
CREON CAP 24000UNT 51	
CREON CAP 3000UNIT .51	
CREON CAP 36000UNT 51	
CREON CAP 6000UNIT .51	
CRIXIVAN	13
<i>cromolyn sodium</i>	60
<i>cromolyn sodium</i> <i>(mastocytosis)</i>	50
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> 58	
<i>cryselle-28</i>	44
<i>cyanocobalamin</i>	59
<i>cyclafem 1/35</i>	44
<i>cyclafem 7/7/7</i>	44
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	40
<i>cyclophosphamide</i>	17
CYCLOPHOSPHAMIDE .17	
<i>cycloserine</i>	14
<i>cyclosporine</i>	55
<i>cyclosporine modified (for</i> <i>microemulsion)</i>	55
<i>cyproheptadine hcl</i>	59
<i>cyred eq</i>	44
CYSTADANE POW	47
CYSTADROPS	58
CYSTAGON	47
CYSTARAN	58
<i>cytarabine</i>	18
D	
D10W/NACL INJ 0.2%56	
D2.5W/NACL INJ 0.45% .56	
D5W/LYTES INJ #48	56
D5W/NACL INJ 0.3%56	
<i>dalfampridine</i>	39
DALIRESP	60
<i>danazol</i>	46
<i>dantrolene sodium</i>	40
<i>dapsone</i>	11
DAPTACEL INJ	55
<i>daptomycin</i>	11
DAPTOMYCIN	11
<i>darifenacin hydrobromide</i>	51
<i>dasetta 1/35</i>	44
<i>dasetta 7/7/7</i>	44
DAURISMO	19
<i>deblitane</i>	44
<i>deferasirox</i>	44
DELESTROGEN	46
DELSTRIGO TAB	14

DESCOZY TAB 200/25MG	14
desipramine hcl	33
desloratadine	59
desmopressin acetate	47
desmopressin acetate spray	47
desmopressin acetate spray refrigerated	48
desogest-eth estrad & eth estradiol tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)	44
desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	44
desvenlafaxine succinate	33
dexamethasone	47
DEXAMETHASONE INTENSOL	47
dexamethasone sodium phosphate	47
dexamethasone sodium phosphate (ophth)	58
DEXILANT	51
dexmethylphenidate hcl	38
dextrose	57
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	56
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	56
dextrose 5% in lactated ringers	56
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	56
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	56
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	56
DIACOMIT	30
diazepam	30
diazepam (anticonvulsant)	30
diazepam inj	30
diazoxide	47
diclofenac potassium	9
diclofenac sodium	9
diclofenac sodium (ophth)	58
diclofenac sodium (topical)	64
diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 50- 0.2 mg	9
diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 75- 0.2 mg	9
dicloxacillin sodium	17
dicyclomine hcl	49
DIFICID	16
diflunisal	9
digitek	28
digox	29
digoxin	29
dihydroergotamine mesylate	39
DILANTIN	30
DILANTIN INFATABS	30
DILANTIN-125	30
diltiazem hcl	27
diltiazem hcl coated beads	27
diltiazem hcl extended release beads	27
dilt-xr	27
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	55
diphenhydramine hcl	59
diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml	50
diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg	50
dipyridamole	53
disopyramide phosphate	25
disulfiram	40
divalproex sodium	30
docetaxel	19
DOCETAXEL	19
dofetilide	25
donepezil hydrochloride	32
DOPTELET	53
dorzolamide hcl	58
dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3- 6.8 mg/ml	58
dotti	46
DOVATO TAB 50-300MG	14
doxazosin mesylate	23
doxepin hcl	33
doxepin hcl (sleep)	38
doxercalciferol	49
doxorubicin hcl	17
doxorubicin hcl liposomal	18
doxy 100	17
doxycycline (monohydrate)	17
doxycycline hyclate	17
DRIZALMA SPRINKLE	33
dronabinol	49
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg	44
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg	44
DROXIA	53
droxidopa	29
duloxetine hcl	33
DUREZOL	58
dutasteride	51
dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg	51
E	
ec-naproxen	9
EDARBI	25
EDARBYCLOR TAB 40- 12.5	24
EDARBYCLOR TAB 40- 25MG	24
EDURANT	13
efavirenz	13
efavirenz-emtricitabine- tenofovir df tab 600-200- 300 mg	14
efavirenz-lamivudine- tenofovir df tab 400-300- 300 mg	14
efavirenz-lamivudine- tenofovir df tab 600-300- 300 mg	14
elinest	45
ELIQUIS	52
ELIQUIS STARTER PACK	52
ELLA	45
eluryng	45
EMCYT	18
EMEND	49

emoquette.....	45
EMSAM	33
emtricitabine	13
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg.....	14
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg.....	14
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg.....	14
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg.....	14
EMTRIVA.....	13
EMVERM.....	11
enalapril maleate	22
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg.....	22
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg.....	22
ENBREL	53
ENBREL MINI.....	53
ENBREL SURECLICK.....	53
ENDARI	53
endocet tab 10-325mg....	10
endocet tab 2.5-325mg...	10
endocet tab 5-325mg....	10
endocet tab 7.5-325mg...	10
ENGERIX-B.....	55
enoxaparin sodium	52
enpresse-28.....	45
enskyce	45
ENSTILAR AER.....	63
entacapone.....	34
entecavir.....	14
ENTRESTO TAB 24-26MG	24
ENTRESTO TAB 49-51MG	24
ENTRESTO TAB 97- 103MG	24
enulose.....	50
EPCLUSA TAB 200-50MG	14
EPCLUSA TAB 400-100.14	
EPIDIOLEX.....	30
epinephrine (<i>anaphylaxis</i>)	60
epirubicin hcl.....	18
epitol.....	30
EPIVIR HBV.....	14
eplerenone.....	23
ergocalciferol	59
ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg.....	39
ERIVEDGE	19
ERLEADA.....	18
erlotinib hcl	19
errin	45
ertapenem sodium.....	11
ery.....	62
ery-tab	16
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	16
erythrocin stearate.....	16
erythromycin (<i>acne aid</i>).....	62
erythromycin (<i>ophth</i>).....	57
erythromycin base	16
erythromycin ethylsuccinate	16
ESBRIET	60
escitalopram oxalate.....	33
esomeprazole magnesium	51
estarrylla	45
estradiol	46
estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg	46
estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg	46
estradiol vaginal.....	46, 47
estradiol valerate	47
ethambutol hcl	14
ethosuximide.....	30
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg	45
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg	45
etodolac	9
etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120- 0.015 mg/24hr.....	45
etoposide	19
euthyrox.....	48
everolimus	19
everolimus (<i>immunosuppressant</i>)	55
EVOTAZ TAB 300-150 ..	14
exemestane	18
EZALLOR SPRINKLE....	25
ezetimibe	26
ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg	26
ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg	26
ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg	26
ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg	26
F	
FABRAZYME.....	48
falmina	45
famciclovir.....	14
famotidine	50
famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml.....	50
FANAPT	35
FANAPT PAK	35
FARXIGA.....	41
FARYDAK.....	19
FASENRA.....	60
FASENRA PEN	60
felbamate	30
felodipine	27
femynor.....	45
fenofibrate	25
fenofibrate micronized ...	25
fentanyl	9
fentanyl citrate	10
FETZIMA	33
FETZIMA CAP TITRATIO	33
FIASP FLEX INJ TOUCH43	
FIASP INJ 100/ML	43
FIASP PENFIL INJ U-100	43
FINACEA	64
finasteride	51
FINTEPLA.....	31
flac	65
FLAREX.....	58

FLEBOGAMMA DIF.....	54
flecainide acetate.....	25
FLOVENT DISKUS.....	61
FLOVENT HFA.....	61
fluconazole	12
fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml	12
fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml	12
flucytosine.....	12
fludrocortisone acetate	47
flunisolide (nasal).....	61
fluocinolone acetonide....	63
fluocinolone acetonide (otic)	65
fluocinonide	63
fluocinonide emulsified base	63
fluorometholone (ophth).....	58
fluorouracil.....	18
fluorouracil (topical)	64
fluoxetine hcl.....	33
fluphenazine decanoate..	35
fluphenazine hcl.....	35
flurbiprofen.....	9
flurbiprofen sodium	58
flutamide	18
fluticasone propionate....	64
fluticasone propionate (nasal)	61
fluvastatin sodium.....	26
fluvoxamine maleate.....	29
folic acid.....	59
fondaparinux sodium	52
FORTEO.....	44
FOSAMAX + D TAB 70- 2800	44
FOSAMAX + D TAB 70- 5600	44
fosamprenavir calcium....	13
fosinopril sodium.....	22
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg.....	22
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg.....	22
FOTIVDA.....	19
FRAGMIN	52
FREAMINE HBC INJ 6.9%	57
FREAMINE III INJ 10%...57	
frovatriptan succinate.....	39
fulvestrant	18
furosemide.....	28
furosemide inj	28
FUZEON.....	13
fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg	47
fyavolv tab 1mg-5mcg.....	47
FYCOMPA.....	31
G	
gabapentin.....	31
galantamine hydrobromide	32
GAMASTAN INJ	54
GAMMAGARD LIQUID	54
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	54
GAMMAKED	54
GAMMAPLEX	54
GAMUNEX-C.....	54
ganciclovir sodium	14
GARDASIL 9 INJ	55
gatifloxacin (ophth)	57
GATTEX	50
GAUZE PADS 2.....	43
gavilyte-c	50
gavilyte-g	50
gavilyte-n/flavor pack	50
GAVRETO	19
gemcitabine hcl.....	18
gemfibrozil	25
generlac	50
gengraf	55
GENOTROPIN.....	48
GENOTROPIN MINIQUICK	48
gentak.....	57
gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml	11
gentamicin in saline inj 1 mg/ml	11
gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml	11
gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml	11
gentamicin in saline inj 2 mg/ml	11
gentamicin sulfate.....	11
gentamicin sulfate (ophth)	57
gentamicin sulfate (topical)	62
GENVOYA TAB	14
gianvi	45
GILENYA	40
GILOTrif	19
glatiramer acetate	40
glatopa.....	40
glimepiride	41
glipizide	41
glipizide xl	41
glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg	41
glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg	41
glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg	41
glycopyrrrolate	49
glydo	64
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	41
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	41
GOLYTELY SOL.....	50
GRALISE	39
gransetron hcl	49
griseofulvin microsize	12
griseofulvin ultramicrosize	12
guanfacine hcl.....	29
guanfacine hcl (adhd)	38
GVOKE HYOPEN 2- PACK	47
GVOKE PFS	47
H	
HAEGARDA.....	53
hailey 1.5/30	45
halobetasol propionate ..	64
haloperidol	35
haloperidol decanoate ..	36
haloperidol lactate.....	36
HARVONI PAK 33.75- 150MG	15

HARVONI PAK 45-200MG	hydrocodone-	INCRELEX.....48
.....15	acetaminophen soln 7.5-	INCRUSE ELLIPTA
HARVONI TAB 45-200MG	325 mg/15ml	28
.....15	hydrocodone-	INFANRIX INJ.....55
HARVONI TAB 90-400MG	acetaminophen tab 10-	INGREZZA.....39
.....15	325 mg.....10	INGREZZA CAP 40-80MG
HAVRIX	hydrocodone-39
heather	acetaminophen tab 5-325	INLYTA
HEP SOD/NACL INJ	mg.....10	INQOVI TAB 35-100MG ..18
25000UNT.....52	hydrocodone-	INREBIC
heparin sodium (porcine)52	acetaminophen tab 7.5-	INSULIN SAFETY
heparin sodium (porcine)	325 mg.....10	NEEDLES
100 unit/ml in d5w.....52	hydrocodone-ibuprofen tab	43
heparin sodium (porcine)-	7.5-200 mg.....10	INSULIN SYRINGES:
dextrose iv sol 20000	hydrocortisone	BD/ULTIMED/ALLISON/
unit/500ml-5%	47	TRIVIDIA/MHC
heparin sodium (porcine)-	hydrocortisone (intrarectal)	13
dextrose iv sol 2500050	INTELENCE.....
unit/500ml-5%	hydrocortisone (rectal)....64	INTRALIPID
HEPARIN/NACL INJ	hydrocortisone (topical) ..64	INTRON A.....55
25000UNT.....52	hydromorphone hcl.....10	introvale
hepatamine.....57	hydroxychloroquine sulfate	45
HERCEP HYLEC SOL 60-54	INVEGA SUSTENNA.....36
10000	hydroxyurea.....18	INVEGA TRINZA
HERCEPTIN.....20	hydroxyzine hcl.....59	INVIRASE
HERZUMA.....20	hydroxyzine pamoate.....59	IPOL INJ INACTIVE.....55
HETLIOZ	HYSINGLA ER.....9	ipratropium bromide.....59
HIBERIX	I	ipratropium bromide (nasal)
HUMIRA	ibandronate sodium59
HUMIRA PEDIA INJ	44	ipratropium-albuterol nebu
CROHNS	IBRANCE.....20	soln 0.5-2.5(3) mg/3ml/59
HUMIRA PEDIATRIC	ibu.....9	irbesartan.....25
CROHNS D	ibuprofen.....9	irbesartan-
HUMIRA PEN	icatibant acetate.....53	hydrochlorothiazide tab
HUMIRA PEN KIT PS/UV	iclevia.....45	150-12.5 mg.....24
.....53	ICLUSIG	irbesartan-
HUMIRA PEN-CD/UC/HS	IDHIFA.....20	hydrochlorothiazide tab
START	ILEVRO	300-12.5 mg.....24
HUMIRA PEN-PEDIATRIC	imatinib mesylate.....20	IRESSA
UC S	IMBRUVICA.....20	irinotecan hcl.....18
HUMIRA PEN-PS/UV	imipenem-cilastatin	ISENTRESS
STARTER	intravenous for soln 250	ISENTRESS HD
HUMULIN R U-500	mg	isibloom
(CONCENTR.....43	imipramine hcl.....33	ISOLYTE-P INJ /D5W....56
HUMULIN R U-500	imiquimod	ISOLYTE-S INJ.....56
KWIKPEN	IMOVAZ RABIES	isoniazid.....14
hydralazine hcl.....29	(H.D.C.V.).....55	isosorbide dinitrate.....29
hydrochlorothiazide.....28	incassia.....45	isosorbide mononitrate ..29
hydrocodone bitartrate.....9		isotretinoin
		62
		isradipine
		27
		itraconazole
		12
		ivermectin
		11

IXIARO INJ	55
J	
JAKAFI	20
jantoven	52
JANUMET TAB 50-1000	41
JANUMET TAB 50-500MG	41
JANUMET XR TAB 100-1000	41
JANUMET XR TAB 50-1000	41
JANUMET XR TAB 50-500MG	41
JANUVIA	41
JARDIANCE	41
jasmiel	45
JENTADUETO TAB 2.5-1000	41
JENTADUETO TAB 2.5-500	41
JENTADUETO TAB 2.5-850	41
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	41
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	41
jinteli	47
jolessa	45
juleber	45
JULUCA TAB 50-25MG ..	14
junel 1.5/30	45
junel 1/20	45
junel fe 1.5/30	45
junel fe 1/20	45
JUXTAPID	26
K	
KADCYLA	20
KALETRA TAB 100-25MG	14
KALETRA TAB 200-50MG	14
KALYDECO	60, 61
KANJINTI	20
kariva	45
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	56
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	56
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	56
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	56
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	56
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	56
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	56
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	56
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2	56
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	56
kelnor 1/35	45
kelnor 1/50	45
ketoconazole	12
ketoconazole (topical)	63
ketorolac tromethamine (ophth)	58
KEYTRUDA	20
KINRIX INJ	55
KISQALI	20
KISQALI 200 PAK FEMARA	18
KISQALI 400 PAK FEMARA	18
KISQALI 600 PAK FEMARA	18
klor-con	56
klor-con 10	56
klor-con 8	56
klor-con m10	56
klor-con m15	56
klor-con m20	56
KORLYM	48
KRISTALOSE	50
kurvelo	45
KYNMOBI	34
L	
labetalol hcl	27
lactated ringer's solution ..	56
lactic acid (ammonium lactate)	64
lactulose	50
lactulose (encephalopathy)	50
lamivudine	13
lamivudine (hbv)	15
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg	14
lamotrigine	31
lansoprazole	51
lapatinib ditosylate	20
larin 1.5/30	45
larin 1/20	45
larin fe 1.5/30	45
larin fe 1/20	45
larissia	45
LASTACRAFT	58
latanoprost	58
LATUDA	36
leena	45
leflunomide	54
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	20
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	20
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	20
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	20
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	20
LENVIMA CAP 14 MG ...	20
LENVIMA CAP 18 MG ...	20
LENVIMA CAP 24 MG ...	20
lessina	45
letrozole	18
leucovorin calcium	22
LEUKERAN	17
leuprolide acetate	18
levalbuterol hcl	60
levalbuterol tartrate	60
LEVEMIR	43
LEVEMIR FLEXTOUCH ..	43
levetiracetam	31

<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	31	<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%</i>	11	LUMIZYME	48
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	31	LINZESS	50	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	18
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	31	<i>liothyronine sodium</i>	49	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	18
<i>levobunolol hcl</i>	58	<i>lisinopril</i>	23	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	48
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	48	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	22	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	48
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	59	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	22	<i>lutea</i>	45
<i>levofloxacin</i>	16	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	22	<i>lyleq</i>	45
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	16	LITHIUM	39	<i>lyllana</i>	47
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	16	<i>lithium carbonate</i>	39	LYNPARZA	20
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	16	LIVALO	26	LYRICA CR	39
<i>levonest</i>	45	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	45	LYSODREN	18
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	45	<i>loestrin 1/20-21</i>	45	<i>lyza</i>	45
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	45	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	45	M	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	45	<i>loestrin fe 1/20</i>	45	<i>magnesium sulfate</i>	56
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	45	LOKELMA	44	MAGNESIUM SULFATE 56	
<i>levora 0.15/30-28</i>	45	LONSURF TAB 15-6.14 .18		<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	56
<i>levo-t</i>	48	LONSURF TAB 20-8.19 .18		<i>malathion</i>	65
<i>levothyroxine sodium</i>	49	<i>loperamide hcl</i>	50	<i>maprotiline hcl</i>	33
<i>levoxyl</i>	49	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	14	<i>marlissa</i>	45
LEXIVA	13	<i>lopreeza</i>	47	MARPLAN	33
<i>lidocaine</i>	64	<i>lorazepam</i>	29, 30	MATULANE	18
<i>lidocaine hcl</i>	64	<i>lorazepam intensol</i>	30	<i>matzim la</i>	27
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	11	LORBRENA	20	MAVYRET TAB 100-40MG	15
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	65	<i>loryna</i>	45	<i>meclizine hcl</i>	49
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	64	<i>losartan potassium</i>	25	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	48
<i>lillow</i>	45	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	24	<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>	45
<i>linezolid</i>	11	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	24	<i>mefloquine hcl</i>	13
		<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	24	<i>megestrol acetate</i>	18, 48
		LOTEMAX	58	<i>megestrol acetate (appetite)</i>	48
		<i>lovastatin</i>	26	MEKINIST	20
		<i>low-ogestrel</i>	45	MEKTOVI	20
		<i>loxapine succinate</i>	36	<i>meloxicam</i>	9
		LUMIGAN	58	<i>memantine hcl</i>	32

<i>mesalamine w/ cleanser</i>	.50	<i>minocycline hcl</i>	17	<i>naproxen</i>	9
MESNEX	22	<i>minoxidil</i>	29	<i>naproxen sodium</i>	9
<i>metadate er</i>	38	<i>mirtazapine</i>	33	<i>naratriptan hcl</i>	39
<i>metformin hcl</i>	42	<i>misoprostol</i>	50	NARCAN	40
<i>methadone hcl</i>	9	MITIGARE	9	NATACYN	57
<i>methadone hcl intensol</i>	9	M-M-R II INJ	55	<i>nateglinide</i>	42
<i>methazolamide</i>	28	M-NATAL PLUS TAB	56	NATPARA	44
<i>methenamine hippurate</i>	11	<i>modafinil</i>	40	NAYZILAM	31
<i>methimazole</i>	49	<i>moexipril hcl</i>	23	<i>necon 0.5/35-28</i>	45
<i>methotrexate sodium</i>	18, 54	<i>molindone hcl</i>	36	<i>nefazodone hcl</i>	33
<i>methyldopa</i>	29	<i>mometasone furoate</i>	64	<i>neomycin sulfate</i>	12
<i>methylphenidate hcl</i>	38	<i>monodoxine nl</i>	17	<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-1000unt op oin</i>	57
<i>methylprednisolone</i>	47	MONJUVI	20	<i>neomycin-polomyx-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	57
<i>methylprednisolone acetate</i>	47	<i>mono-linyah</i>	45	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	57
<i>methylprednisolone sod succ</i>	47	<i>montelukast sodium</i>	60	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	57
<i>metoclopramide hcl</i>	49	<i>morpheine sulfate</i>	9, 10	<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	57
<i>metolazone</i>	28	MORPHINE SULFATE	10	<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	65
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	26	MOVANTIK	50	<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	65
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	26	<i>moxifloxacin hcl</i>	16	NERLYNX	20
<i>metoprolol succinate</i>	27	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	57	NEUPRO	35
<i>metoprolol tartrate</i>	27	<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	16	<i>nevirapine</i>	13
<i>metronidazole</i>	12	MOXIFLOXACIN		NEXAVAR	20
<i>metronidazole (topical)</i>	64	HYDROCHLORID	16	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	26
<i>metronidazole in nacl 0.79% iv soln 500 mg/100ml</i>	12	MULTAQ	25	<i>nicardipine hcl</i>	27
<i>metronidazole vaginal</i>	52	<i>mupirocin</i>	62	NICOTROL INHALER	40
<i>metyrosine</i>	29	MVASI	20	NICOTROL NS	40
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	56	<i>mycophenolate mofetil</i>	55	<i>nifedipine</i>	27
<i>micafungin sodium</i>	12	<i>mycophenolate sodium</i>	55	<i>nikki</i>	45
<i>microgestin 1.5/30</i>	45	<i>myorisan</i>	62	<i>nilutamide</i>	18
<i>microgestin 1/20</i>	45	MYRBETRIQ	51	<i>nimodipine</i>	27
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	45	N		NINLARO	20
<i>microgestin fe 1/20</i>	45	<i>nabumetone</i>	9	<i>nisoldipine</i>	27
<i>midodrine hcl</i>	29	<i>nadolol</i>	27	<i>nitazoxanide</i>	12
<i>miglustat</i>	48	<i>nafcillin sodium</i>	17	<i>nitisinone</i>	48
<i>mihi</i>	45	NAGLAZYME	48	NITRO-BID	29
<i>mimvey</i>	47	<i>nalbuphine hcl</i>	10		
<i>minitran</i>	29	<i>naloxone hcl</i>	40		
		<i>naltrexone hcl</i>	40		
		NAMZARIC CAP 14-10MG	32		
		NAMZARIC CAP 21-10MG	32		
		NAMZARIC CAP 28-10MG	32		
		NAMZARIC CAP 7-10MG	32		
		NAMZARIC CAP PACK	32		

NITRO-DUR	29
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	
.....	12
<i>nitrofurantoin monohyd</i>	
<i>macro</i>	12
<i>nitroglycerin</i>	29
<i>nizatidine</i>	50
<i>nora-be</i>	45
<i>norethindrone</i>	
(<i>contraceptive</i>)	45
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	
<i>estradiol tab 1 mg-20</i>	
<i>mcg</i>	45
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	
<i>estradiol tab 1.5 mg-30</i>	
<i>mcg</i>	45
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	
<i>estradiol-fe tab 1 mg-20</i>	
<i>mcg</i>	45
<i>norethindrone acetate</i>	48
<i>norethindrone acetate-</i>	
<i>ethinyl estradiol tab 0.5</i>	
<i>mg-2.5 mcg</i>	47
<i>norethindrone acetate-</i>	
<i>ethinyl estradiol tab 1</i>	
<i>mg-5 mcg</i>	47
<i>norgestimate & ethinyl</i>	
<i>estradiol tab 0.25 mg-35</i>	
<i>mcg</i>	46
<i>norgestimate-eth estrad tab</i>	
<i>0.18-25/0.215-25/0.25-25</i>	
<i>mg-mcg</i>	46
<i>norgestimate-eth estrad tab</i>	
<i>0.18-35/0.215-35/0.25-35</i>	
<i>mg-mcg</i>	46
<i>NORITATE</i>	64
<i>norlyroc</i>	46
<i>NORPACE CR</i>	25
<i>NORTHERA</i>	29
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	46
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	46
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	46
<i>nortrel 7/7/7</i>	46
<i>nortriptyline hcl</i>	33
<i>NORVIR</i>	13
<i>NOVOLIN INJ 70/30</i>	43
<i>NOVOLIN INJ 70/30 FP</i> ..	43
<i>NOVOLIN N</i>	43
<i>NOVOLIN N FLEXPEN</i> ...	43
<i>NOVOLIN R</i>	43
<i>NOVOLIN R FLEXPEN</i> ...43	
<i>NOVOLOG</i>	43
<i>NOVOLOG FLEXPEN</i> ...43	
<i>NOVOLOG MIX INJ 70/30</i>	
.....	43
<i>NOVOLOG MIX INJ</i>	
<i>FLEXPEN</i>	43
<i>NOVOLOG PENFILL</i>43	
<i>NOXAFIL</i>	12
<i>NUBEQA</i>	18
<i>NUEDEXTA CAP 20-10MG</i>	
.....	39
<i>NULOJIX</i>	55
<i>NULYTELY SOL</i>	
<i>LMN/LIME</i>	50
<i>NUPLAZID</i>	36
<i>NUTRILIPID</i>	57
<i>nyamyc</i>	63
<i>nylia 7/7/7</i>	46
<i>NYMALIZE</i>	27
<i>nymyo</i>	46
<i>nystatin</i>	12
<i>nystatin (mouth-throat)</i>65	
<i>nystatin (topical)</i>63	
<i>nystop</i>	63
<i>O</i>	
<i>ocella</i>	46
<i>OCTAGAM</i>	54
<i>octreotide acetate</i>	48
<i>ODEFSEY TAB</i>14	
<i>ODOMZO</i>	20
<i>OFEV</i>	61
<i>ofloxacin (ophth)</i>	57
<i>ofloxacin (otic)</i>65	
<i>OGIVRI</i>	20
<i>OGIVRI INJ 420MG</i>	20
<i>olanzapine</i>	36
<i>olmesartan medoxomil</i>25	
<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>20-12.5 mg</i>	24
<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>40-12.5 mg</i>	24
<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>40-25 mg</i>	24
<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>20-5-12.5 mg</i>24	
<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>40-10-12.5 mg</i>24	
<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>40-10-25 mg</i>24	
<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>40-5-12.5 mg</i>24	
<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>40-5-25 mg</i>24	
<i>olopatadine hcl</i>58	
<i>olopatadine hcl (nasal)</i>59	
<i>omeprazole</i>	51
<i>OMNARIS</i>	61
<i>OMNIPOD KIT STARTER</i>	
.....	43
<i>OMNIPOD MIS 5 PACK</i> .43	
<i>ondansetron</i>49	
<i>ondansetron hcl</i>	49
<i>ONTRUZANT</i>20	
<i>ONUREG</i>	18
<i>OPSUMIT</i>	29
<i>ORGOVYX</i>18	
<i>ORKAMBI GRA 100-125</i> 61	
<i>ORKAMBI GRA 150-188</i> 61	
<i>ORKAMBI TAB 100-125</i> .61	
<i>ORKAMBI TAB 200-125</i> .61	
<i>orsythia</i>	46
<i>oseltamivir phosphate</i>15	
<i>OSPHENA</i>	48
<i>oxacillin sodium</i>	17
<i>oxaliplatin</i>17	
<i>oxandrolone</i>	41
<i>oxaprozin</i>	9
<i>oxcarbazepine</i>	31
<i>oxybutynin chloride</i>	51
<i>oxycodone hcl</i>10	
<i>oxycodone w/</i>	
<i>acetaminophen tab 10-325 mg</i>	11
<i>oxycodone w/</i>	
<i>acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	10

oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg.....	11	penicillin v potassium.....	17
oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5- 325 mg.....	11	PENTACEL INJ	55
OXYTROL	51	pentamidine isethionate inh	12
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE).....	42	pentamidine isethionate inj	12
OZEMPIC (1MG/DOSE) .42		pentoxifylline.....	53
P		PERFOROMIST	60
pacerone.....	25	perindopril erbumine.....	23
paclitaxel.....	19	periogard	65
paliperidone	36	permethrin	65
pamidronate disodium	44	perphenazine.....	36
PAMIDRONATE DISODIUM	44	PERSERIS	36
pantoprazole sodium	51	pfizerpen.....	17
PANZYGA	54	phenelzine sulfate.....	33
paraplatin.....	17	phenobarbital.....	31
paricalcitol.....	49	phenobarbital sodium	31
paroex.....	65	PHENYTEK	31
paromomycin sulfate.....	12	phenytoin	31
paroxetine hcl	33	phenytoin sodium.....	31
PASER	14	phenytoin sodium extended	31
PAXIL	33	PHESGO SOL	20
PAZEO	58	philith	46
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	55	PHOSPHOLINE IODIDE	58
PEDVAX HIB	55	phytonadione	59
peg 3350-kcl-na bicarb- nacl-na sulfate for soln 236 gm.....	50	PICATO	64
peg 3350-kcl-sod bicarb- nacl for soln 420 gm....	50	PIFELTRO	13
PEGANONE	31	pilocarpine hcl.....	58
PEGASYS	15	pilocarpine hcl (oral)	65
PEMAZYRE	20	pimozide	36
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	17	pimtrea.....	46
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	17	pindolol	27
PEN NEEDLES: NOVO/BD/ULTIMED/OW EN/TRIVIDIA	43	pioglitazone hcl	42
penicillamine.....	44	piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3- 0.375 gm).....	17
penicillin g potassium.....	17	piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12- 1.5 gm).....	17
PENICILLIN G PROCAINE	17	piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2- 0.25 gm).....	17
penicillin g sodium	17	piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm).....	17
		piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36- 4.5 gm).....	17
		PIQRAY 200MG DAILY DOSE	20
		PIQRAY 250MG TAB DOSE	20
		PIQRAY 300MG DAILY DOSE	21
		pirmella 1/35	46
		piroxicam	9
		PLASMA-LYTE INJ -148	56
		PLASMA-LYTE INJ -A ...	56
		plenamine	57
		PLENUV SOL	50
		PNV FOLIC AC TAB + IRON	56
		podofilox	64
		polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml- 0.1%.....	58
		POMALYST	18
		portia-28	46
		posaconazole.....	12
		POT CHL/NACL INJ 20MEQ/L	56
		POT CHL/NACL INJ 40MEQ/L	56
		potassium chloride....	56, 57
		POTASSIUM CHLORIDE	56
		potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj.....	56
		potassium chloride microencapsulated crystals er.....	57
		potassium citrate (alkalinizer).....	51
		PRADAXA.....	52
		PRALUENT.....	26
		pramipexole dihydrochloride.....	35
		prasugrel hcl	53
		pravastatin sodium.....	26
		praziquantel	12
		prazosin hcl.....	23
		prednisolone	47
		prednisolone acetate (ophth).....	58
		PREDNISOLONE SODIUM PHOSP.....	58

<i>prednisolone sodium</i>	
<i>phosphate</i>	47
<i>prednisone</i>	47
PREDNISONE INTENSOL	
.....	47
<i>pregabalin</i>	31
<i>pregabalin (once-daily)</i>	39
PREMASOL SOL 10%	57
PRENATAL TAB 27-1MG	
.....	57
PRENATAL TAB PLUS	57
PRENATAL VIT TAB LOW	
IRON	57
<i>prevalite</i>	26
<i>previfem</i>	46
PREZCOBIX TAB 800-150	
.....	14
PREZISTA	13
PRIFTIN	14
PRILOSEC	51
<i>primaquine phosphate</i>	13
PRIMAQUINE	
PHOSPHATE	13
<i>primidone</i>	31
PRIVIGEN	54
<i>probencid</i>	9
PROCALAMINE INJ 3%	57
<i>prochlorperazine</i>	49
<i>prochlorperazine edisylate</i>	
.....	49
<i>prochlorperazine maleate</i>	
.....	49
PROCERIT	52
<i>procto-med hc</i>	64
<i>procto-pak</i>	64
<i>proctosol hc</i>	64
<i>protozone-hc</i>	64
PROGRAF	55
PROLASTIN-C	61
PROLENSA	58
PROLIA	44
PROMACTA	53
<i>promethazine hcl</i>	49
<i>propafenone hcl</i>	25
<i>proparacaine hcl</i>	58
<i>propranolol &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>40-25 mg</i>	26
<i>propranolol &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>80-25 mg</i>	26
<i>propranolol hcl</i>	27
<i>propylthiouracil</i>	49
PROQUAD INJ	55
PROSOL INJ 20%	57
<i>protriptyline hcl</i>	34
PULMICORT FLEXHALER	
.....	61
PULMOZYME	61
PURIXAN	18
<i>pyrazinamide</i>	14
<i>pyridostigmine bromide</i>	39
Q	
QINLOCK	21
QUADRACEL INJ	55
<i>quetiapine fumarate</i>	36
<i>quinapril hcl</i>	23
<i>quinapril-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-12.5 mg</i>	22
<i>quinapril-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>20-12.5 mg</i>	22
<i>quinapril-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>20-25 mg</i>	22
<i>quinidine sulfate</i>	25
<i>quinine sulfate</i>	13
R	
RABAVERT INJ	55
<i>rabeprazole sodium</i>	51
<i>raloxifene hcl</i>	48
<i>ramipril</i>	23
<i>ranolazine</i>	29
<i>rasagiline mesylate</i>	35
RAYALDEE	49
<i>reclipsen</i>	46
RECOMBIVAX HB	55
RECTIV	64
REGRANEX	65
RELENZA DISKHALER	15
RELISTOR	50
REMICADE	54
RENFLEXIS	54
<i>repaglinide</i>	42
RESTASIS	58
RESTASIS MULTIDOSE	59
RETEVMO	21
REVLIMID	18
REXULTI	36
REYATAZ	13
RHOPRESSA	58
RIABNI	21
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	15
<i>rifabutin</i>	14
<i>rifampin</i>	14
<i>riluzole</i>	39
<i>rimantadine hydrochloride</i>	
.....	15
RINVOQ	54
<i>risedronate sodium</i>	44
RISPERDAL CONSTA	36
<i>risperidone</i>	36, 37
<i>ritonavir</i>	13
RITUXAN	21
RITUXAN INJ HYCELA	21
<i>rivastigmine</i>	33
<i>rivastigmine tartrate</i>	33
<i>rizatriptan benzoate</i>	39
<i>ropinirole hydrochloride</i>	35
<i>rosadan</i>	64
<i>rosuvastatin calcium</i>	26
ROTARIX SUS	55
ROTATEQ SOL	55
<i>roweepra</i>	31
ROZLYTREK	21
RUBRACA	21
<i>rufinamide</i>	31
RUKOBIA	13
RUXIENCE	21
RYBELSUS	42
RYDAPT	21
S	
SANCUSO	49
SANDIMMUNE	55
SANTYL	65
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	
.....	48
SAVELLA	39
SAVELLA MIS TITR PAK	
.....	39
<i>scopolamine</i>	49
SECUADO	37
<i>selegiline hcl</i>	35
<i>selenium sulfide</i>	63
SELZENTRY	13

SEREVENT DISKUS	60
sertraline hcl	34
setlakin	46
sevelamer carbonate	48
sharobel	46
SHINGRIX	55
SIGNIFOR	48
sildenafil citrate	62
sildenafil citrate (pulmonary hypertension)	29
silodosin	51
silver sulfadiazine	62
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	58
simliya	46
simvastatin	26
sirolimus	55
SIRTURO	14
SIVEXTRO	12
SKYRIZI	54
SKYRIZI PEN	54
sodium chloride	56
sodium chloride (gu irrigant)	65
sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln	57
sodium phenylbutyrate	48
sodium polystyrene sulfonate powder	44
solifenacin succinate	51
SOLIQUA INJ 100/33	43
SOLTAMOX	18
SOLU-CORTEF	47
SOMATULINE DEPOT	48
SOMAVERT	48
sorine	25
sotalol hcl	25
sotalol hcl (afib/afl)	25
spironolactone	23
spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	28
sprintec 28	46
SPRITAM	31
SPRYCEL	21
sps	44
sronyx	46
ssd	62
stavudine	13
STELARA	54
STIMATE	48
STIVARGA	21
streptomycin sulfate	12
STRIBILD TAB	14
subvenite	32
sucralfate	50
sulfacetamide sodium (acne)	62
sulfacetamide sodium (ophth)	58
sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%	57
SULFADIAZINE	12
sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml	12
sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml	12
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg	12
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg	12
SULFAMYLYON	62
sulfasalazine	50
sulindac	9
sumatriptan	39
sumatriptan succinate	39
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	50
SUTENT	21
syeda	46
SYMBICORT AER 160-4.5	62
SYMBICORT AER 80-4.5	62
SYMDEKO TAB 100-15061	61
SYMDEKO TAB 50-75MG	61
SYMJEPI	61
SYMPAZAN	32
SYMTUZA TAB	14
SYNAREL	46
SYNERCID INJ 500MG	12
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	42
SYNJARDY TAB 12.5-42	42
SYNJARDY TAB 5-1000MG	42
SYNJARDY TAB 5-500MG	42
SYNJARDY XR TAB 10-1000	42
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG	42
SYNJARDY XR TAB 25-1000	42
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	42
SYNRIBO	19
SYNTHROID	49
T	
TABLOID	18
TABRECTA	21
tacrolimus	55
tacrolimus (topical)	64
tadalafil	62
TAFINLAR	21
TAGRISSO	21
TALTZ	54
TALZENNA	21
tamoxifen citrate	18
tamsulosin hcl	51
TARGETIN	64
tarina fe 1/20 eq	46
TASIGNA	21
tazarotene	63
tazicef	15
TAZORAC	63
taztia xt	27
TAZVERIK	21
TDVAX INJ 2-2 LF	55
TECENTRIQ	21
TEFLARO	15
telmisartan	25
telmisartanamlodipine tab 40-10 mg	24
telmisartanamlodipine tab 40-5 mg	24
telmisartanamlodipine tab 80-10 mg	24
telmisartanamlodipine tab 80-5 mg	24

<i>telmisartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>40-12.5 mg</i>24	
<i>telmisartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>80-12.5 mg</i>24	
<i>telmisartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>80-25 mg</i>24	
<i>temazepam</i>38	
<i>TEMIXYS TAB 300-300</i> ..14	
<i>TENIVAC INJ 5-2LF</i>55	
<i>tenofovir disoproxil</i>	
<i>fumarate</i>13	
<i>TEPMETKO</i>21	
<i>terazosin hcl</i>23	
<i>terbinafine hcl</i>12	
<i>terbutaline sulfate</i>	60
<i>terconazole vaginal</i>52	
<i>testosterone</i>41	
<i>testosterone cypionate</i>41	
<i>testosterone enanthate</i> ...41	
<i>tetrabenazine</i>39	
<i>tetracycline hcl</i>17	
<i>THALOMID</i>18	
<i>THEO-24</i>61	
<i>theophylline</i>61	
<i>thioridazine hcl</i>37	
<i>thiothixene</i>37	
<i>tiadylt er</i>27	
<i>tiagabine hcl</i>32	
<i>TIBSOVO</i>21	
<i>tigecycline</i>17	
<i>TIGECYCLINE</i>17	
<i>tilia fe</i>46	
<i>timolol maleate</i>27	
<i>timolol maleate (ophth)</i> ...58	
<i>timolol maleate (ophth)</i>	
<i>once-daily</i>58	
<i>TIVICAY</i>13	
<i>TIVICAY PD</i>13	
<i>tizanidine hcl</i>40	
<i>TOBRADEX OIN 0.3-0.1%</i>	
.....57	
<i>TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05</i>57	
<i>tobramycin</i>12	
<i>tobramycin (ophth)</i>58	
<i>tobramycin sulfate</i>12	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	
<i>ophth susp 0.3-0.1%</i> ...57	
<i>tolterodine tartrate</i>51, 52	
<i>topiramate</i>32	
<i>toposar</i>19	
<i>toremifene citrate</i>18	
<i>torsemide</i>28	
<i>TOVIAZ</i>52	
<i>TPN ELECTROL INJ</i>56	
<i>TRADJENTA</i>42	
<i>tramadol hcl</i>11	
<i>tramadol-acetaminophen</i>	
<i>tab 37.5-325 mg</i>11	
<i>trandolapril</i>23	
<i>tranexamic acid</i>53	
<i>tranylcypromine sulfate</i> ...34	
<i>TRAVASOL INJ 10%</i>57	
<i>TRAZIMERA</i>21	
<i>trazodone hcl</i>34	
<i>TRECATOR</i>14	
<i>TRELEGY AER ELLIPTA</i>	
<i>100-62.5-25 MCG</i>59	
<i>TRELEGY AER ELLIPTA</i>	
<i>200-62.5-25 MCG</i>59	
<i>TRELSTAR MIXJECT</i>18	
<i>treprostинil</i>29	
<i>TRESIBA</i>43	
<i>TRESIBA FLEXTOUCH</i> ..43	
<i>tretinoin</i>62	
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .19	
<i>TREXALL</i>54	
<i>triamcinolone acetonide</i>	
<i>(mouth)</i>65	
<i>triamcinolone acetonide</i>	
<i>(topical)</i>64	
<i>triamterene &</i>	
<i>hydrochlorothiazide cap</i>	
<i>37.5-25 mg</i>28	
<i>triamterene &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>37.5-25 mg</i>28	
<i>triamterene &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>75-50 mg</i>28	
<i>TRICARE TAB PRENATAL</i>	
.....57	
<i>triderm</i>64	
<i>trientine hcl</i>44	
<i>tri-estarylla</i>46	
<i>trifluoperazine hcl</i>37	
<i>trifluridine</i>58	
<i>trihexyphenidyl hcl</i>35	
<i>TRIJARDY XR TAB ER</i>	
<i>24HR 10-5-1000MG</i> ...42	
<i>TRIJARDY XR TAB ER</i>	
<i>24HR 12.5-2.5-1000MG</i>	
.....42	
<i>TRIJARDY XR TAB ER</i>	
<i>24HR 25-5-1000MG</i> ...42	
<i>TRIJARDY XR TAB ER</i>	
<i>24HR 5-2.5-1000MG</i> ..42	
<i>TRIKAFTA TAB</i>61	
<i>tri-legest fe</i>46	
<i>tri-linyah</i>46	
<i>tri-lo-estarylla</i>46	
<i>tri-lo-marzia</i>46	
<i>tri-lo-mili</i>46	
<i>tri-lo-sprintec</i>46	
<i>trilyte</i>50	
<i>trimethoprim</i>12	
<i>tri-mili</i>46	
<i>trimipramine maleate</i>34	
<i>TRINTELLIX</i>34	
<i>tri-nymyo</i>46	
<i>tri-previfem</i>46	
<i>tri-sprintec</i>46	
<i>TRIUMEQ TAB</i>14	
<i>trivora-28</i>46	
<i>tri-vylibra</i>46	
<i>tri-vylibra lo</i>46	
<i>TROGARZO</i>13	
<i>TROPHAMINE INJ 10%</i> .57	
<i>trospium chloride</i>52	
<i>TRULANCE</i>50	
<i>TRULICITY</i>42	
<i>TRUMENBA INJ</i>55	
<i>TRUXIMA</i>21	
<i>TUKYSA</i>21	
<i>tulana</i>46	
<i>TURALIO</i>21	
<i>TWINRIX INJ</i>55	
<i>TYBOST</i>13	
<i>TYMLOS</i>44	
<i>TYPHIM VI</i>55	
U	
<i>UBRELVY</i>39	
<i>UKONIQ</i>21	
<i>unithroid</i>49	

<i>ursodiol</i>	51	VERZENIO	21	XELJANZ	54
V		<i>vestura</i>	46	XELJANZ XR	54
<i>valacyclovir hcl</i>	15	V-GO 20 KIT	43	XGEVA	44
VALCHLOR	65	V-GO 30 KIT	43	XIFAXAN	51
<i>valganciclovir hcl</i>	15	V-GO 40 KIT	43	XIGDUO XR TAB 10-1000	42
<i>valproate sodium</i>	32	VICTOZA	42	XIGDUO XR TAB 10-	
<i>valproic acid</i>	32	<i>vienna</i>	46	500MG	42
<i>valsartan</i>	25	<i>vigabatrin</i>	32	XIGDUO XR TAB 2.5-1000	42
<i>valsartan-</i>		<i>vigadron</i> e	32	XIGDUO XR TAB 5-	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		VIIBRYD	34	1000MG	42
160-12.5 mg	24	VIIBRYD KIT STARTER	34	XIGDUO XR TAB 5-500MG	42
<i>valsartan-</i>		VIMPAT	32	XIIDRA	59
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>vincristine sulfate</i>	19	XOLAIR	61
160-25 mg	24	<i>vinorelbine tartrate</i>	19	XOSPATA	21
<i>valsartan-</i>		<i>viorele</i>	46	XPOVIO 100 MG ONCE	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		VIRACEPT	13	WEEKLY	21
320-12.5 mg	25	VIREAD	13	XPOVIO 40 MG ONCE	
<i>valsartan-</i>		VITRAKVI	21	WEEKLY	21
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		VIVITROL	40	XPOVIO 40 MG TWICE	
320-25 mg	25	VIZIMPRO	21	WEEKLY	21
<i>valsartan-</i>		<i>voriconazole</i>	12	XPOVIO 60 MG ONCE	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		VOSEVI TAB	15	WEEKLY	21
80-12.5 mg	24	VOTRIENT	21	XPOVIO 60 MG TWICE	
VALTOCO	32	VRAYLAR	37	WEEKLY	21
<i>vancomycin hcl</i>	12	VRAYLAR CAP 1.5-3MG	37	XPOVIO 80 MG ONCE	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	12	<i>vyfemla</i>	46	WEEKLY	21
VANCOMYCIN INJ 500MG	12	<i>vylibra</i>	46	XPOVIO 80 MG TWICE	
VANCOMYCIN INJ 750MG	12	VYVANSE	38	WEEKLY	21
<i>vandazole</i>	52	VYZULTA	58	XPOVIO 80 MG TWICE	
VAQTA	55	W		WEEKLY	21
VARIVAX	55	<i>warfarin sodium</i>	52	XTANDI	18
VASCEPA	26	<i>water for irrigation, sterile</i>		xulane	46
VELCADE	21	<i>irrigation soln</i>	65	XULTOPHY INJ 100/3.6	43
<i>velivet</i>	46	X		XYREM	40
VELTASSA	44	XALKORI	21	Y	
VEMLIDY	15	XARELTO	52	YF-VAX INJ	56
VENCLEXTA	21	XARELTO STAR TAB		yuvafem	47
VENCLEXTA TAB START		15/20MG	52	Z	
PK	21	XATMEP	54	zafemy	46
<i>venlafaxine hcl</i>	34	XCOPRI	32	zafirlukast	60
VENTAVIS	29	XCOPRI PAK 100-150	32	zarah	46
VENTOLIN HFA	60	XCOPRI PAK 12.5-25	32	ZARXIO	52
VENTOLIN HFA		XCOPRI PAK 150-200MG		ZEJULA	21
(INSTITUTIONAL PACK)		(MAINTENANCE)	32	ZELBORA	21
		XCOPRI PAK 150-200MG		ZEMAIRA	61
		(TITRATION)	32	zenatane	62
verapamil hcl	27, 28	XCOPRI PAK 50-100MG	32	ZENPEP CAP 10000UNT	
VERSACLOZ	37	XCOPRI PAK 50-200MG	32	51

ZENPEP CAP 15000UNT	<i>ziprasidone hcl</i>	37
.....	<i>ziprasidone mesylate</i>	37
ZENPEP CAP 20000UNT	ZIRABEV	21
.....	ZIRGAN	58
ZENPEP CAP 25000.....51	zoledronic acid.....	44
ZENPEP CAP 3000UNIT51	ZOLINZA	21
ZENPEP CAP 40000.....51	zolmitriptan	39
ZENPEP CAP 5000UNIT51	zolpidem tartrate	38
ZERVIATE	zonisamide	32
<i>zidovudine</i>	ZORTRESS	55
	ZOSTAVAX.....	56
	<i>zovia 1/35e</i>	46
	<i>zumandimine</i>	46
	ZYCLARA PUMP	65
	ZYDELIG	21
	ZYKADIA	22
	ZYLET SUS 0.5-0.3%.....57	
	ZYPITAMAG	26
	ZYPREXA RELPREVV ..37	
	ZYTIGA.....	18

Este formulario resumido se actualizó el 07/01/2021. 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