

AvMed Medicare Formulario para 2023 Lista de medicamentos cubiertos

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

HPMS Approved Formulary File Submission
ID, 0023092 Version Number 09
H1016_PH262SP-092021_C

Este formulario condensado e integral se actualizó el 02/01/2023. Para información más reciente u otras preguntas, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de AvMed Medicare al 1-800-782-8633 o para usuarios de TTY, 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: 8:00 am a 8:00 pm, siete días a la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre: De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes y sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m., o visite www.avmed.org

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



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

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

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 02/01/2023. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

¿Qué es el Formulario de AvMed Medicare?

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

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

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

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

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

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

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

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

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

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

El Formulario adjunto es vigente a partir del 02/01/2023. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por AvMed Medicare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

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

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

Listado alfabético

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

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de AvMed Medicare

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

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

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

Lista de Abreviaturas y Su Significado:

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

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

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

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

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

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

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

AvMed Medicare Formulary-eff 02/01/2023

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANALGÉSICOS GOTA		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	1	GC
<i>colchicine</i> TABS .6mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>colchicine w/ probenecid tab</i> 0.5-500 mg	3	
<i>febuxostat</i> TABS 40mg, 80mg	4	PA
MITIGARE CAPS .6mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<i>probenecid</i> TABS 500mg	3	
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg	3	
<i>diclofenac sodium</i> TBEC 25mg, 50mg, 75mg	2	GC
<i>diclofenac w/ misoprostol tab</i> delayed release 50-0.2 mg	4	
<i>diclofenac w/ misoprostol tab</i> delayed release 75-0.2 mg	4	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	3	
<i>ec-naproxen</i> TBEC 375mg QL (120 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>ec-naproxen</i> TBEC 500mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	3	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	3	
<i>ibu</i> TABS 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 QL (120 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>naproxen</i> TBEC 500mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	3	
<i>oxaprozin</i> TABS 600mg	4	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	3	
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	2	GC
ANALGÉSICOS OPIÁCEOS, LONG-ACTING		
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr, 100mcg/hr QL (10 parches / 30 días)	4	QL PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL PA
HYSINGLA ER T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml QL (450 mL / 30 días)	3	QL PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml QL (90 mL / 30 días)	3	QL PA

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

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>clindamycin phosphate</i> in d5w iv soln 900 mg/50ml	4	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	4	
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	4	
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	3	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	5	
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	5	
EMVERM CHEW 100mg QL (12 tabs / año)	5	QL
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	4	
<i>gentamicin</i> in saline inj 0.8 mg/ml	3	
<i>gentamicin</i> in saline inj 1 mg/ml	3	
<i>gentamicin</i> in saline inj 1.2 mg/ml	3	
<i>gentamicin</i> in saline inj 1.6 mg/ml	3	
<i>gentamicin</i> in saline inj 2 mg/ml	3	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	3	
<i>imipenem-cilastatin</i> intravenous for soln 250 mg	4	
<i>imipenem-cilastatin</i> intravenous for soln 500 mg	4	
<i>ivermectin</i> TABS 3mg QL (12 tabs / 90 días)	3	QL PA
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	4	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml QL (1800 mL / 30 días)	5	QL
<i>linezolid</i> TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>linezolid</i> in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%	4	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	4	

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>voriconazole</i> TABS 50mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>voriconazole</i> TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL PA
ANTIPALÚDICOS		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 62.5-25 mg	4	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg	4	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	4	
COARTEM TAB 20-120MG	4	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	3	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	3	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	3	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	4	PA
AGENTES ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml	4	
<i>abacavir sulfate</i> TABS 300mg	3	
APTIVUS CAPS 250mg	5	
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	4	
EDURANT TABS 25mg	5	
<i>efavirenz</i> CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	4	
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	3	
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	4	
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	5	
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	5	
FUZEON SOLR 90mg	5	
INTELENCE TABS 25mg	4	
ISENTRESS CHEW 25mg	4	
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	5	
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3	
LEXIVA SUSP 50mg/ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	5	
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TB24 100mg, 400mg	4	
<i>nevirapine</i> TABS 200mg	2	GC
NORVIR PACK 100mg; SOLN 80mg/ml	4	
PIFELTRO TABS 100mg	5	
PREZISTA SUSP 100mg/ml QL (400 mL / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 75mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL
PREZISTA TABS 150mg QL (240 tabs / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 800mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
REYATAZ PACK 50mg	5	
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	3	
RUKOBIA TB12 600mg	5	
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg	5	
SELZENTRY TABS 25mg	4	
<i>stavudine</i> CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	3	
TIVICAY TABS 10mg	3	
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	5	
TIVICAY PD TBSO 5mg	5	
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	LA
TYBOST TABS 150mg	3	
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	4	
<i>zidovudine</i> TABS 300mg	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
AGENTES ANTIRRETROVIRALES MIXTOS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	3	
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	5	
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	5	
CIMDUO TAB 300-300	5	
COMPLERA TAB	5	
DELSTRIGO TAB	5	
DESCOVY TAB 120-15MG QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
DESCOVY TAB 200/25MG QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
DOVATO TAB 50-300MG	5	
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	5	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	5	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	5	
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
EVOTAZ TAB 300-150	5	
GENVOYA TAB	5	
JULUCA TAB 50-25MG	5	
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	4	
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	4	
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	4	
ODEFSEY TAB	5	
PREZCOBIX TAB 800-150	5	
STRIBILD TAB	5	
SYMTUZA TAB	5	
TRIUMEQ PD TAB	5	
TRIUMEQ TAB	5	
TRIZIVIR TAB	5	
AGENTES ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	5	
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	3	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml</i>	4	
<i>isoniazid TABS 100mg, 300mg</i>	1	GC
PASER PACK 4gm	4	
PRIFTIN TABS 150mg	4	
<i>pyrazinamide TABS 500mg</i>	4	
<i>rifabutin CAPS 150mg</i>	4	
<i>rifampin CAPS 150mg, 300mg</i>	3	
<i>rifampin SOLR 600mg</i>	4	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	5	LA PA
TRECTOR TABS 250mg	4	
ANTIVIRALES		
<i>acyclovir CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg</i>	2	GC
<i>acyclovir SUSP 200mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir sodium SOLN 50mg/ml</i>	4	B/D
<i>adefovir dipivoxil TABS 10mg</i>	5	
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	5	
<i>entecavir TABS .5mg, 1mg</i>	4	
EPCLUSA PAK 150-37.5	5	PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	5	PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	5	PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
EPCLUSA TAB 400-100	5	PA
EPIVIR HBV SOLN 5mg/ml	4	
famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg	3	
ganciclovir sodium SOLR 500mg	4	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	5	PA
HARVONI PAK 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 90-400MG	5	PA
lamivudine (hbv) TABS 100mg	4	
MAVYRET PAK 50-20MG	5	PA
MAVYRET TAB 100-40MG	5	PA
oseltamivir phosphate CAPS 30mg	3	QL
QL (168 caps / año)		
oseltamivir phosphate CAPS 45mg, 75mg	3	QL
QL (84 caps / año)		
oseltamivir phosphate SUSR 6mg/ml	3	QL
QL (1080 mL / año)		
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	5	PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	5	QL PA
QL (28 tabs / 28 días)		
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	3	QL
QL (6 inhaladores / año)		
ribavirin (hepatitis c) CAPS 200mg	3	
ribavirin (hepatitis c) TABS 200mg	4	
rimantadine hydrochloride TABS 100mg	4	
valacyclovir hcl TABS 1gm, 500mg	3	
valganciclovir hcl SOLR 50mg/ml	5	
valganciclovir hcl TABS 450mg	3	
VEMLIDY TABS 25mg	5	PA
VOSEVI TAB	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CEFALOSPORINAS		
cefaclor CAPS 250mg, 500mg	3	
cefaclor SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml	4	
CEFAZOLIN ER TB12 500mg	4	
cefadroxil CAPS 500mg	2	GC
cefadroxil SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	3	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	
cefazolin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 500mg	3	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4	
cefdinir CAPS 300mg	2	GC
cefdinir SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
cefepime hcl SOLR 1gm, 2gm	4	
cefixime CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	4	
cefoxitin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
cefpodoxime proxetil SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml	4	
cefpodoxime proxetil TABS 100mg, 200mg	3	
cefprozil SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	3	
ceftazidime SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	4	
ceftriaxone sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	
cefuroxime axetil TABS 250mg, 500mg	3	
cefuroxime sodium SOLR 1.5gm, 750mg	3	
cephalexin CAPS 250mg, 500mg	1	GC

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

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

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

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>oxaliplatin</i> SOLR 50mg, 100mg	5	B/D
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	3	B/D
ANTIBIÓTICOS		
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	4	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	5	B/D
ELLECE SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	4	B/D
ANTIMETABOLITOS		
<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
INQOVI TAB 35-100MG	5	LA PA
LONSURF TAB 15-6.14	5	LA PA
LONSURF TAB 20-8.19	5	LA PA
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	3	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	3	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	5	LA PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	5	B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	5	
TABLOID TABS 40mg	4	
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg, 500mg	5	PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	2	GC
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	2	GC
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	4	PA
EMCYT CAPS 140mg	5	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ERLEADA TABS 60mg	5	LA PA
EULEXIN CAPS 125mg	5	
<i>exemestane</i> TABS 25mg	4	
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	5	B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	2	GC
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	4	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	PA
LYSODREN TABS 500mg	5	
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	3	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	5	
NUBEQA TABS 300mg	5	LA PA
ORGOVYX TABS 120mg	5	LA PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	GC
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	5	
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	5	LA PA
INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
THALOMID CAPS 50mg, 100mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ALUNBRIG TABS 30mg, 90mg, 180mg	5	LA PA
ALUNBRIG PAK	5	LA PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
BALVERSA TABS 3mg, 4mg, 5mg	5	LA PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg, 3.5mg	5	PA
bortezomib SOLR 3.5mg	5	PA
BOSULIF TABS 100mg, 400mg, 500mg	5	PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	5	LA PA
BRUKINSA CAPS 80mg	5	LA PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
CALQUENCE CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
CALQUENCE TABS 100mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
CAPRELSA TABS 100mg, 300mg	5	LA PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	5	LA PA
COMETRIQ KIT 100MG	5	LA PA
COMETRIQ KIT 140MG	5	LA PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	5	LA PA
COTELLIC TABS 20mg	5	LA PA
DAURISMO TABS 25mg, 100mg	5	LA PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	5	LA PA
erlotinib hcl TABS 25mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
erlotinib hcl TABS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
everolimus TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
everolimus TBSO 2mg QL (150 tabs / 30 días)	5	QL PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
everolimus TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
everolimus TBSO 5mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
EXKIVITY CAPS 40mg	5	LA PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
GAVRETO CAPS 100mg	5	LA PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	5	LA PA
HERCEP HYLEC SOL 60- 10000	5	LA PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	LA PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	LA PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
imatinib mesylate TABS 100mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
imatinib mesylate TABS 400mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
IMBRUVICA CAPS 70mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml QL (216 mL / 27 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg, 560mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INLYTA TABS 1mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 LA
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	LA PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	LA PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg QL (21 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg QL (42 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg QL (63 tabs / 28 días)	5	QL PA
lapatinib ditosylate TABS 250mg	5	PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA CAP 14 MG QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA CAP 18 MG QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA CAP 24 MG QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
LORBRENA TABS 25mg, 100mg	5	LA PA
LUMAKRAS TABS 120mg	5	LA PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
MEKINIST TABS .5mg, 2mg	5	LA PA
MEKTOVI TABS 15mg	5	LA PA
MONJUVI SOLR 200mg	5	LA PA
MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA
NERLYNX TABS 40mg	5	LA PA
NEXAVAR TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg QL (3 caps / 28 días)	5	QL PA
ODOMZO CAPS 200mg	5	LA PA
OGIVRI SOLR 150mg	5	LA PA
OGIVRI INJ 420MG	5	LA PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	LA PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	5	LA PA
PHESGO SOL	5	LA PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	5	PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	5	PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	5	PA
QINLOCK TABS 50mg	5	LA PA
RETEVMO CAPS 40mg, 80mg	5	LA PA
ROZLYTREK CAPS 100mg, 200mg	5	LA PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
RYDAPT CAPS 25mg	5	PA
SCEMBLIX TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
SCEMBLIX TABS 40mg QL (300 tabs / 30 días)	5	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
sorafenib tosylate TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	5	PA
STIVARGA TABS 40mg	5	LA PA
sunitinib malate CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	5	PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	5	LA PA
TAGRISSE TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS .5mg, .75mg, 1mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS .25mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
TASIGNA CAPS 50mg, 150mg, 200mg	5	PA
TAZVERIK TABS 200mg	5	LA PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	5	LA PA
TEPMETKO TABS 225mg	5	LA PA
TIBSOVO TABS 250mg	5	LA PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	5	PA
TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE CPPK 100mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE	5	LA PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	LA PA
TURALIO CAPS 200mg	5	LA PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VENCLEXTA TABS 10mg QL (112 tabs / 28 días)	4	QL LA PA
VENCLEXTA TABS 50mg QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VENCLEXTA TABS 100mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
VENCLEXTA TAB START PK QL (42 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VITRAKVI CAPS 25mg, 100mg; SOLN 20mg/ml	5	LA PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	5	LA PA
VONJO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	5	QL LA PA
VOTRIENT TABS 200mg	5	LA PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg	5	LA PA
XOSPATA TABS 40mg	5	LA PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg QL (4 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 60mg QL (4 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg QL (24 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg QL (32 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 50mg QL (8 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
ZEJULA CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
ZELBORAF TABS 240mg	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA
ZOLINZA CAPS 100mg	5	PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	5	LA PA
ZYKADIA TABS 150mg	5	LA PA
AGENTES PROTECTORES		
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	4	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	3	
<i>leucovorin calcium</i> TABS 25mg	4	
MESNEX TABS 400mg	5	
CARDIOVASCULAR COMBINACIONES DEL INHIBIDOR DE LA ECA		
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5- 6.25mg</i>	1	GC
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg</i>	1	GC

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	GC
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	1	GC
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	GC
INHIBIDORES DE LA ECA		
<i>benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	GC
<i>captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC
<i>enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	GC
<i>lisinopril TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	GC
<i>moexipril hcl TABS 7.5mg, 15mg</i>	1	GC
<i>perindopril erbumine TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>quinapril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	GC
<i>ramipril CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	GC
<i>trandolapril TABS 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	GC
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ALDOSTERONA		
<i>eplerenone TABS 25mg, 50mg</i>	3	
<i>KERENDIA TABS 10mg, 20mg</i>	3	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>spironolactone TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC
ALFA BLOQUEADORES		
<i>doxazosin mesylate TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	2	GC
<i>prazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg</i>	3	
<i>terazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg</i>	2	GC
COMBINACIONES DE ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 5-320 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 10-160 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 10-320 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i> tab 16-12.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i> tab 32-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i> tab 32-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
EDARBYCLOR TAB 40-12.5 QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
EDARBYCLOR TAB 40-25MG QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
ENTRESTO TAB 24-26MG	3	
ENTRESTO TAB 49-51MG	3	
ENTRESTO TAB 97-103MG	3	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> tab 150-12.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> tab 300-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i> tab 50-12.5 mg	1	GC
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i> tab 100-12.5 mg	1	GC
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i> tab 100-25 mg	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i> tab 20-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i> tab 40-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i> tab 40-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> tab 20-5-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> tab 40-5-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> tab 40-5-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> tab 40-10-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> tab 40-10-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine</i> tab 40-5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine</i> tab 40-10 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine</i> tab 80-5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine</i> tab 80-10 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan TABS 320mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg</i>	4	
<i>amiodarone hcl TABS 200mg</i>	1	GC
<i>disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg</i>	4	
<i>dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	4	
<i>flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg</i>	3	
<i>MULTAQ TABS 400mg</i>	4	
<i>NORPACE CR CP12 100mg, 150mg</i>	4	
<i>pacerone TABS 100mg, 400mg</i>	4	
<i>pacerone TABS 200mg</i>	1	GC
<i>propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg</i>	4	
<i>propafenone hcl TABS 150mg, 225mg, 300mg</i>	3	
<i>quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg</i>	3	
<i>sorine TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg</i>	2	GC
<i>sotalol hcl TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg</i>	2	GC
<i>sotalol hcl (afib/af) TABS 80mg, 120mg, 160mg</i>	3	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>choline fenofibrate CPDR 45mg, 135mg</i>	3	
<i>fenofibrate TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg</i>	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	3	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	1	GC
ANTILIPÉMICOS, LOS INHIBIDORES DE LA HMG-COA REDUCTASA		
ALTOPREV TB24 20mg, 40mg, 60mg	5	QL ST
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
EZALLOR SPRINKLE CPSP 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	4	QL ST
QL (30 caps / 30 días)		
<i>fluvastatin sodium</i> CAPS 20mg, 40mg	1	GC QL
QL (60 caps / 30 días)		
<i>fluvastatin sodium</i> TB24 80mg	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
LIVALO TABS 1mg, 2mg, 4mg	4	QL ST
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC QL
QL (60 tabs / 30 días)		
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
ZYPITAMAG TABS 2mg, 4mg	4	QL ST
QL (30 tabs / 30 días)		
ANTILIPÉMICOS, VARIOS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	4	

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>dilt-xr CP24 120mg, 180mg, 240mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl CP12 60mg, 90mg, 120mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml</i>	3	
<i>diltiazem hcl TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg</i>	2	GC
<i>diltiazem hcl coated beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	2	GC
<i>diltiazem hcl coated beads CP24 360mg; TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl extended release beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	2	GC
<i>felodipine TB24 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	2	GC
<i>isradipine CAPS 2.5mg, 5mg</i>	4	
<i>matzim la TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	4	
<i>nicardipine hcl CAPS 20mg, 30mg</i>	4	
<i>nifedipine TB24 30mg, 60mg, 90mg</i>	3	
<i>nimodipine CAPS 30mg</i>	4	
<i>nisoldipine TB24 8.5mg, 17mg, 20mg, 25.5mg, 30mg, 34mg, 40mg</i>	4	
<i>NYMALIZE SOLN 6mg/ml</i>	5	
<i>taztia xt CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	2	GC
<i>tiadylt er CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	2	GC
<i>verapamil hcl CP24 100mg, 120mg, 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml</i>	4	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
verapamil hcl CP24 180mg, 240mg	3	
verapamil hcl TABS 40mg, 80mg, 120mg	1	GC
verapamil hcl TBCR 120mg, 180mg, 240mg	2	GC
DIURÉTICOS		
acetazolamide CP12 500mg	4	
acetazolamide TABS 125mg, 250mg	3	
amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg	2	GC
amiloride hcl TABS 5mg	2	GC
bumetanide SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	3	
chlorthalidone TABS 25mg, 50mg	2	GC
furosemide SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml	2	GC
furosemide TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	GC
furosemide inj SOLN 10mg/ml	3	
hydrochlorothiazide CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	GC
indapamide TABS 1.25mg, 2.5mg	1	GC
methazolamide TABS 25mg, 50mg	4	
metolazone TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3	
spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	3	
torsemide TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	2	GC
triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg	1	GC
triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg	1	GC
VARIOS		
ADRENALIN SOLN 1mg/ml	4	
aliskiren fumarate TABS 150mg, 300mg	4	
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-80 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-10 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-20 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg	1	GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg	1	GC
clonidine PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	3	
clonidine hcl TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	GC

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CORLANOR SOLN 5mg/5ml; 4 TABS 5mg, 7.5mg		
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, 4 .25mg/ml		
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 2 250mcg		GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg 5 QL (90 caps / 30 días)		QL PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 5 300mg		QL PA
QL (180 caps / 30 días)		
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 3 2mg		PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 4 20mg/ml		
<i>hydralazine hcl</i> TABS 10mg, 2 25mg, 50mg, 100mg		GC
<i>metirosine</i> CAPS 250mg 5 PA		
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 3 5mg		
<i>midodrine hcl</i> TABS 10mg 4		
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg 2 GC		
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 4 1000mg		
VERQUVO TABS 2.5mg, 3 5mg, 10mg		
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 3 5mg, 10mg, 20mg, 30mg		
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 2 10mg, 20mg		GC
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 1 30mg, 60mg, 120mg		GC
NITRO-BID OINT 2% 3		
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, 3 .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SUBL .3mg, .4mg, .6mg		
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 5 1.5mg, 2mg, 2.5mg		QL LA PA
QL (90 tabs / 30 días)		

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 5 10mg		QL LA PA
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 5 125mg		QL LA PA
QL (60 tabs / 30 días)		
OPSUMIT TABS 10mg 5 QL (30 tabs / 30 días)		QL LA PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg 3 QL (90 tabs / 30 días)		QL PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 5 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml		LA PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 5 20mcg/ml		LA PA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CONTRA LA ANSIEDAD		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, 2 .5mg, 1mg, 2mg		GC QL
QL (150 tabs / 30 días)		
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 1 10mg, 15mg		GC
<i>buspirone hcl</i> TABS 7.5mg, 3 30mg		
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 3 25mg, 50mg, 100mg		
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml 3 QL (150 mL / 30 días)		QL
<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 2 4mg/ml		GC
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2 2mg		GC QL
QL (150 tabs / 30 días)		
<i>lorazepam intensol</i> CONC 3 2mg/ml		QL
QL (150 mL / 30 días)		
ANTICONVULSIVOS		
APTOM TABS 200mg, 5 400mg		QL
QL (30 tabs / 30 días)		
APTOM TABS 600mg, 5 800mg		QL
QL (60 tabs / 30 días)		

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
BRIVIACT SOLN 10mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL PA
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	4	PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
carbamazepine CHEW 100mg; TABS 200mg	3	
carbamazepine CP12 100mg, 4 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TB12 100mg, 200mg, 400mg	4	
CELONTIN CAPS 300mg	4	
clobazam SUSP 2.5mg/ml QL (480 mL / 30 días)	4	QL PA
clobazam TABS 10mg, 20mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
clonazepam TABS 2mg QL (300 tabs / 30 días)	2	GC QL
clonazepam TABS .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
clonazepam TBDP 2mg QL (300 tabs / 30 días)	3	QL
clonazepam TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL
clorazepate dipotassium TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
DIACOMIT CAPS 250mg QL (360 caps / 30 días)	5	QL LA PA
DIACOMIT CAPS 500mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL LA PA
DIACOMIT PACK 250mg QL (360 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
DIACOMIT PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
diazepam CONC 5mg/ml QL (240 mL / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	3	QL PA
diazepam SOLN 5mg/5ml QL (1200 mL / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	3	QL PA
diazepam TABS 2mg, 5mg, 10mg QL (120 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	2	GC QL PA
diazepam (anticonvulsant) GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	4	
diazepam inj SOLN 5mg/ml	4	
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	4	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	4	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	4	
divalproex sodium CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg	4	
divalproex sodium TBEC 125mg, 250mg, 500mg	3	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL LA PA
epitol TABS 200mg	3	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml QL (480 mL / 30 días)	4	QL PA
ethosuximide CAPS 250mg	4	
ethosuximide SOLN 250mg/5ml	3	
felbamate SUSP 600mg/5ml	5	
felbamate TABS 400mg, 600mg	4	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 días)	5	QL LA PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 días)	5	QL PA
FYCOMPA TABS 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg, 400mg QL (180 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml QL (2160 mL / 30 días)	3	QL
<i>gabapentin</i> TABS 600mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>gabapentin</i> TABS 800mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	5	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 días)	4	QL
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg	3	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg; TBP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	3	
<i>levetiracetam</i> SOLN 500mg/5ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	4	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> TABS 150mg, 300mg, 600mg	3	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA
PHENYTEK CAPS 200mg, 300mg	4	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	3	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	3	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	3	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg QL (90 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 250mg	2	GC
<i>roweepra</i> TABS 500mg	3	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml QL (2400 mL / 30 días)	5	QL PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>rufinamide</i> TABS 400mg QL (240 tabs / 30 días)	5	QL PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SPRITAM TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 días)	4	QL
SPRITAM TB3D 500mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL
SPRITAM TB3D 750mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
SPRITAM TB3D 1000mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
subvenite TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg QL (60 films / 30 días)	5	QL PA
tiagabine hcl TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	4	
topiramate CPSP 15mg, 25mg	3	
topiramate TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	GC
valproate sodium SOLN 100mg/ml	4	
valproate sodium SOLN 250mg/5ml	3	
valproic acid CAPS 250mg	3	
VALTOCO LIQD 5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml; LQPK 7.5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml	4	
vigabatrin PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
vigabatrin TABS 500mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
vigadrone PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
VIMPAT SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
ZONISADE SUSP 100mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
zonisamide CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
ZTALMY SUSP 50mg/ml QL (1100 mL / 30 días)	5	QL LA PA
CONTRA LA DEMENCIA		
donepezil hydrochloride TABS 5mg; TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
donepezil hydrochloride TABS 10mg; TBDP 10mg	2	GC
galantamine hydrobromide CP24 8mg, 16mg, 24mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
galantamine hydrobromide SOLN 4mg/ml	4	
galantamine hydrobromide TABS 4mg, 8mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
memantine hcl CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml Se aplica PA si tienen menos de 30 años	4	PA
memantine hcl TABS 5mg, 10mg Se aplica PA si tienen menos de 30 años	3	PA
NAMZARIC CAP 7-10MG	4	
NAMZARIC CAP 14-10MG	4	
NAMZARIC CAP 21-10MG	4	
NAMZARIC CAP 28-10MG	4	
NAMZARIC CAP PACK	4	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
ANTIDEPRESIVOS		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	
AUVELITY TAB 45-105MG QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg; TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg, 300mg	3	
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	3	
<i>citalopram hydrobromide</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg; CONC 10mg/ml	3	
<i>doxepin hcl</i> CAPS 150mg	4	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	5	QL PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	4	
<i>escitalopram oxalate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	GC
FETZIMA CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
FETZIMA CAP TITRATIO	4	PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg	1	GC
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 40mg	2	GC
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	3	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	2	GC
MARPLAN TABS 10mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	3	
<i>mirtazapine</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	2	GC
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	4	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	GC
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	GC
<i>paroxetine hcl</i> TB24 12.5mg, 25mg, 37.5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	4	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml	3	
<i>sertraline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	4	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	GC
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	GC
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	
VIIBRYD KIT STARTER	4	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml	3	
<i>amantadine hcl</i> TABS 100mg	4	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	4	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	4	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 10-100mg	4	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-100mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-250mg	4	
<i>carbidopa</i> TABS 25mg	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	
KYNMOBI FILM 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg QL (150 films / 30 días)	5	QL PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	2	GC
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TB24 .375mg, .75mg, 1.5mg, 2.25mg, 3mg, 3.75mg, 4.5mg	4	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg, 1mg QL (30 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; 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 QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 jeringuilla / 56 días)	5	QL
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>chlorpromazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR CONC 30mg/ml, 100mg/ml	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 (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	4	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
FANAPT PAK	4	PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	4	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	3	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	3	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml QL (1 inyección / 180 días)	5	QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	4	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml QL (1 jeringuilla / 90 días)	5	QL
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
LATUDA TABS 80mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
loxapine succinate CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
molindone hcl TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL LA PA
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL LA PA
olanzapine SOLR 10mg QL (3 viales / 1 día)	4	QL
olanzapine TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
olanzapine TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
olanzapine TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
olanzapine TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
paliperidone TB24 1.5mg, 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
paliperidone TB24 6mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
perphenazine TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg QL (1 jeringuilla / 30 días)	5	QL
pimozide TABS 1mg, 2mg	4	
quetiapine fumarate TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg	3	
quetiapine fumarate TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
quetiapine fumarate 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, 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg QL (2 inyecciones / 28 días)	4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg QL (2 inyecciones / 28 días)	5	QL
risperidone SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 días)	3	QL
risperidone TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	GC
risperidone TBDP 1mg, 2mg, 3mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
risperidone TBDP 4mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
risperidone TBDP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	4	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	3	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml QL (600 mL / 30 días)	4	QL PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	4	
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg QL (6 inyecciones / 3 días)	4	QL
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg QL (2 viales / 28 días)	4	QL PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg QL (2 viales / 28 días)	5	QL PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg QL (1 vial / 28 días)	5	QL PA
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 5 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 10 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 15 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 60mg, 80mg, 100mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 1mg, 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	QL PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 3mg QL (60 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
VYVANSE CAPS 10mg, 20mg, 30mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
VYVANSE CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VYVANSE CHEW 10mg, 20mg, 30mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
VYVANSE CHEW 40mg, 50mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
HIPNÓTICOS		
BELSOMRA 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
HETLIOZ CAPS 20mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg, 30mg QL (30 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
<i>temazepam</i> CAPS 15mg QL (60 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
MIGRAÑA		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml QL (1 pen / 30 días)	3	QL PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	5	
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml QL (8 mL / 30 días)	5	QL PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i> QL (40 tabs / 28 días)	3	QL PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 días)	3	QL

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
NURTEC TBDP 75mg QL (16 tabs / 30 días)	3	QL PA
rizatriptan benzoate TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg QL (18 tabs / 30 días)	3	QL
sumatriptan SOLN 5mg/act QL (24 units / 30 días)	4	QL
sumatriptan SOLN 20mg/act QL (12 units / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml QL (18 inyecciones / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml QL (12 inyecciones / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (12 tabs / 30 días)	2	GC QL
zolmitriptan TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg QL (12 tabs / 30 días)	4	QL
VARIOS		
AUSTEDO TABS 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
GRALISE TABS 300mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
GRALISE TABS 600mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
INGREZZA CAPS 40mg, 60mg, 80mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
INGREZZA CAP 40-80MG QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
lithium carbonate CAPS 150mg, 300mg, 600mg	1	GC
lithium carbonate TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	2	GC
NUDEXTA CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
pyridostigmine bromide TABS 60mg	3	
riluzole TABS 50mg	4	
SAVELLA TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
SAVELLA MIS TITR PAK	4	PA
tetrabenazine TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
tetrabenazine TABS 25mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
BAFIERTAM CPDR 95mg QL (120 caps / 30 días)	5	QL LA PA
BETASERON KIT .3mg QL (14 jeringas / 28 días)	5	QL PA
dalfampridine TB12 10mg	3	PA
ingolimod hcl CAPS .5mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
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
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml QL (16 pens / año)	5	QL LA PA
AGENTES PARA LA TERAPIA MUSCULOESQUELETAL		
baclofen TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 8-2 mg (base equiv) QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	3	
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	3	
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml	3	
<i>naloxone hcl</i> SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	2	GC
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	3	
NICOTROL INHALER 10mg	4	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg QL (56 tabs / 28 días)	4	QL PA
<i>varenicline tartrate tab</i> 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack	4	PA
VIVITROL SUSR 380mg	5	
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
ANDRÓGENOS		
<i>oxandrolone</i> TABS 2.5mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>oxandrolone</i> TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>testosterone</i> GEL 1.62% QL (150 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	3	PA
ANTIDIABETICS		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml QL (4 pens / 28 días)	3	QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml QL (1 pen / 30 días)	4	QL
FARXIGA TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
glimepiride TABS 1mg, 2mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
glimepiride TABS 4mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide TABS 5mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide TABS 10mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide TB24 10mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide xl TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide xl TB24 10mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide-metformin hcl tab 5- 500 mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
GLYXAMBI TAB 10-5 MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
GLYXAMBI TAB 25-5 MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET XR TAB 50- 500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET XR TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET XR TAB 100-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JARDIANCE TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JARDIANCE TABS 25mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-850 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB XR 2.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB XR 5- 1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
metformin hcl TABS 500mg QL (150 tabs / 30 días)	1	GC QL
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 4mg/3ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML QL (1 pen / 28 días)	3	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
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>repaglinide</i> TABS 2mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-500MG QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 12.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 10-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 25-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRADJENTA TABS 5mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml QL (4 pens / 28 días)	3	QL
VICTOZA SOPN 18mg/3ml QL (3 pens / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-500MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
ANTIDIABETICS, INSULINS		
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml SI	3	
BD ALCOHOL SWABS	3	
FIASP FLEX INJ TOUCH SI	3	
FIASP INJ 100/ML SI	3	
FIASP PENFIL INJ U-100 SI	3	
GAUZE PADS 2" X 2"	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml SI	5	B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml SI	5	
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	3	
INSULIN SAFETY NEEDLES	3	
INSULIN SYRINGES: BD	3	
LANTUS SOLN 100unit/ml SI	3	
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml SI	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
LEVEMIR SOLN 100unit/ml SI	3	
LEVEMIR FLEXTouch SOPN 100unit/ml SI	3	
NOVOLIN INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN INJ 70/30 FP SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG MIX INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO QL (1 kit / año)	4	QL PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO QL (1 kit / año)	4	QL PA
OMNIPOD DASH MIS PODS QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD MIS CLASSIC QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC QL (1 kit / año)	4	QL PA
SOLIQUA INJ 100/33 QL (5 pens / 25 días) SI	3	QL
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml SI	3	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml SI	3	
TRESIBA SOLN 100unit/ml SI	3	
TRESIBA FLEXTouch SOPN 100unit/ml, 200unit/ml SI	3	
V-GO 20 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
V-GO 30 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
V-GO 40 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
XULTOPHY INJ 100/3.6 QL (5 pens / 30 días) SI	3	QL
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	4	
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	GC
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	3	B/D
FORTEO SOPN 600mcg/2.4ml	5	PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
FOSAMAX + D TAB 70-2800	4	ST
FOSAMAX + D TAB 70-5600	4	ST
<i>ibandronate sodium</i> SOLN 3mg/3ml QL (1 inyección / 90 días)	4	B/D QL
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	3	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	5	LA PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	3	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 jeringuilla / 180 días)	4	QL
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg	3	
<i>risedronate sodium</i> TABS 30mg; TBEC 35mg	4	
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	5	PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	5	PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	4	B/D
AGENTES QUELANTES		
CHEMET CAPS 100mg	4	
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 180mg, 360mg; TBSO 125mg, 250mg, 500mg	5	PA
<i>deferasirox</i> TABS 90mg	3	PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	5	
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	3	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	3	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	5	PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	3	
ANTICONCEPTIVOS		
<i>afirmelle</i>	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>altavera</i>	3	
<i>alyacen 1/35</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7</i>	3	
<i>apri</i>	2	GC
<i>aranelle</i>	3	
<i>aubra eq</i>	2	GC
<i>aurovela 1/20</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>aurovela fe 1/20</i>	2	GC
<i>aviane</i>	2	GC
<i>ayuna</i>	3	
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>briellyn</i>	3	
<i>camila</i> TABS .35mg	2	GC
<i>chateal</i>	3	
<i>cryselle-28</i>	3	
<i>cyred eq</i>	2	GC
<i>dasetta 1/35</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7</i>	3	
<i>deblitane</i> TABS .35mg	2	GC
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	3	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	2	GC
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	3	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	3	
<i>elinest</i>	3	
ELLA TABS 30mg	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>emoquette</i>	2	GC
<i>enpresse-28</i>	2	GC
<i>enskyce</i>	2	GC
<i>errin</i> TABS .35mg	2	GC
<i>estarylla</i>	2	GC
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	2	GC
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr	4	
falmina	2	GC
femynor	2	GC
hailey 1.5/30	3	
heather TABS .35mg	2	GC
iclevia	3	
incassia TABS .35mg	2	GC
introvale	3	
isibloom	2	GC
jasmiel	3	
jolessa	3	
juleber	2	GC
junel 1.5/30	3	
junel 1/20	3	
junel fe 1.5/30	2	GC
junel fe 1/20	2	GC
kariva	3	
kelnor 1/35	2	GC
kelnor 1/50	3	
kurvelo	3	
larin 1.5/30	3	
larin 1/20	3	
larin fe 1.5/30	2	GC
larin fe 1/20	2	GC
leena	3	
lessina	2	GC
levonest	2	GC
levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-día) tab 0.15- 0.03 mg	3	
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg	2	GC
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	3	
levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125- 30mg-mcg	2	GC
levora 0.15/30-28	3	
lillow	3	
loestrin 1.5/30-21	3	
loestrin 1/20-21	3	
loestrin fe 1.5/30	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
loestrin fe 1/20	2	GC
loryna	3	
low-ogestrel	3	
luteria	2	GC
lyleq TABS .35mg	2	GC
lyza TABS .35mg	2	GC
marlissa	3	
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	3	
microgestin 1.5/30	3	
microgestin 1/20	3	
microgestin fe 1.5/30	2	GC
microgestin fe 1/20	2	GC
mili	2	GC
mono-lynyah	2	GC
necon 0.5/35-28	3	
nikki	3	
nora-be TABS .35mg	2	GC
norethindrone (contraceptive) TABS .35mg	2	GC
norethindrone ac-ethinyl estradiol tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	4	
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg	3	
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg	3	
norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg	2	GC
norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg	2	GC
norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg- mcg	3	
norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg- mcg	3	
norlyroc TABS .35mg	2	GC
nortrel 0.5/35 (28)	3	
nortrel 1/35 (21)	3	
nortrel 1/35 (28)	3	
nortrel 7/7/7	3	
nylia 1/35	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>nylia 7/7/7</i>	3	
<i>nymyo</i>	2	GC
<i>ocella</i>	3	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea</i>	3	
<i>pirmella 1/35</i>	3	
<i>portia-28</i>	3	
<i>reclipsen</i>	2	GC
<i>setlakin</i>	3	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	2	GC
<i>simliya</i>	3	
<i>sprintec 28</i>	2	GC
<i>sronyx</i>	2	GC
<i>syeda</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	2	GC
<i>tilia fe</i>	4	
<i>tri-estarylla</i>	3	
<i>tri-legest fe</i>	4	
<i>tri-lynyah</i>	3	
<i>tri-lo-estarylla</i>	3	
<i>tri-lo-marzia</i>	3	
<i>tri-lo-mili</i>	3	
<i>tri-lo-sprintec</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-sprintec</i>	3	
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>tri-vylibra lo</i>	3	
<i>trivora-28</i>	2	GC
<i>velivet</i>	3	
<i>vestura</i>	3	
<i>vienva</i>	2	GC
<i>violele</i>	3	
<i>vyfemla</i>	3	
<i>vylibra</i>	2	GC
<i>wera</i>	3	
<i>xulane</i>	4	
<i>zafemy</i>	4	
<i>zovia 1/35</i>	2	GC
<i>zumandimine</i>	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol CAPS 50mg, 100mg, 200mg</i>	4	
<i>SYNAREL SOLN 2mg/ml</i>	5	
ESTRÓGENOS		
<i>amabelz</i>	3	
<i>DELESTROGEN OIL 10mg/ml</i>	4	
<i>dotti PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr</i>	3	
<i>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</i>	3	
<i>estradiol TABS .5mg, 1mg, 2mg</i>	2	GC
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	3	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	3	
<i>estradiol vaginal CREA .1mg/gm</i>	3	
<i>estradiol vaginal TABS 10mcg</i>	4	
<i>estradiol valerate OIL 20mg/ml, 40mg/ml</i>	4	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	3	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	3	
<i>jinteli</i>	3	
<i>lyllana PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr</i>	3	
<i>mimvey</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	3	
<i>yuvafer TABS 10mcg</i>	4	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
GLUCOCORTICOIDES		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	3	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	3	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	2	GC
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	3	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	2	GC
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	3	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	3	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	2	GC B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml	4	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 15mg/5ml	2	GC B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 25mg/5ml	3	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml	4	B/D
<i>prednisone</i> TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	2	GC B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	3	
PREDNISON INTENSOL CONC 5mg/ml	4	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	4	
AGENTES PARA ELEVAR LOS NIVELES DE GLUCOSA		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	5	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	3	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
VARIOS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5	LA PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	5	LA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	3	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	5	LA PA
CERDELGA CAPS 84mg	5	LA PA
CEREZYME SOLR 400unit	5	LA PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg QL (60 tabs / 30 días)	4	B/D QL
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 60mg QL (60 tabs / 30 días)	5	B/D QL
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg QL (120 tabs / 30 días)	5	B/D QL
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	LA PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	5	
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	3	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	4	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	4	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	5	LA PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	5	PA
GENOTROPIN MINQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5	PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	5	LA PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	LA PA
KORLYM TABS 300mg	5	LA PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>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; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	4	PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	5	PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	3	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5	LA PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	5	LA PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	LA PA
AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg QL (360 caps / 30 días)	3	QL
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL

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

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>budesonide</i> CPEP 3mg QL (90 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	4	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg QL (180 caps / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	4	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	4	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg	2	GC
<i>sulfasalazine</i> TBEC 500mg	3	
LASANTES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	GC
<i>gavilyte-g</i>	2	GC
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>GOLYTELY</i> SOL	3	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl- na sulfate for soln 236 gm</i>	2	GC
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	2	GC
<i>PLENVU</i> SOL	4	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	4	
<i>SUPREP BOWEL SOL PREP</i> KIT	4	
VARIOS		
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg, 1mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>fesoterodine fumarate</i> TB24 4mg, 8mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>GEMTESA</i> TABS 75mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>MYRBETRIQ</i> SRER 8mg/ml QL (300 mL / 28 días)	4	QL
<i>MYRBETRIQ</i> TB24 25mg, 50mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>oxybutynin chloride</i> SYRP 5mg/5ml; TABS 5mg	3	
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>tropium chloride</i> CP24 60mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>tropium 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	
HEMATOLÓGICOS		
ANTICOAGULANTES		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ELIQUIS TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
ELIQUIS TABS 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5	
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	3	
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	3	
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	3	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	3	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
PRADAXA CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
PRADAXA CAPS 110mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
XARELTO SUSR 1mg/ml QL (620 mL / 30 días)	3	QL
XARELTO TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
XARELTO STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 días)	3	QL
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICOS		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	PA
ZIEXTENZO SOSY 6mg/0.6ml	5	PA
VARIOS		
<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
DOPTLET 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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PROMACTA TABS 50mg, 75mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
sajazir SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL LA PA
tranexamic acid SOLN 1000mg/10ml	4	
tranexamic acid TABS 650mg 3		
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg	4	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg 3		
clopidogrel bisulfate TABS 75mg	1	GC
dipyridamole TABS 25mg, 50mg, 75mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
prasugrel hcl TABS 5mg, 10mg	3	
AGENTES INMUNOLÓGICOS AUTOIMMUNE AGENTS		
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml; SOSY 100mg/0.67ml, 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	5	PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml; SOLR 25mg QL (16 viales / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 cartridges / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml QL (2 jeringas / 28 días)	5	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 jeringas / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	5	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	5	PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	5	LA PA
KEVZARA SOAJ 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml QL (2 pens / 28 días)	5	QL PA
KEVZARA SOSY 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml QL (2 jeringas / 28 días)	5	QL PA
OTEZLA TABS 30mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
OTEZLA TAB 10/20/30 QL (110 tabs / año)	5	QL PA
REMICADE SOLR 100mg	5	LA PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	5	LA PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
RINVOQ TB24 45mg QL (112 tabs / año)	5	QL PA
SKYRIZI SOCT 360mg/2.4ml QL (1 cartridge / 56 días)	5	QL PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml QL (6 viales / año)	5	QL PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (6 jeringas / 365 días)	5	QL PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (6 pens / 365 días)	5	QL PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml QL (3 jeringas / 28 días)	5	QL LA PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml QL (480 mL / 24 días)	5	QL PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (DMARD)		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	3	
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	3	
TREXALL TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg	4	B/D
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	B/D
INMUNOGLOBULINAS		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	5	LA PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	PA
GAMASTAN INJ	4	B/D LA
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	LA PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 25gm/500ml, 30gm/300ml	5	PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	5	LA PA
ARCALYST SOLR 220mg	5	LA PA
INTRON A SOLR 10000000unit, 18000000unit, 50000000unit	5	B/D LA
INMUNOSUPRESORES		
<i>azathioprine</i> TABS 50mg	3	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL LA PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	5	LA PA
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	4	B/D
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>everolimus</i> (<i>immunosuppressant</i>) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	B/D
<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	3	B/D
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	5	B/D
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	4	B/D
NULOJIX SOLR 250mg	5	B/D
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D
REZUROCK TABS 200mg	5	LA PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	4	B/D
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	5	B/D
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	4	B/D
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D
VACUNAS		
ACTHIB INJ	3	
ADACEL INJ	3	
BCG VACCINE SOLR 50mg	3	
BEXSERO INJ	3	
BOOSTRIX INJ	3	
DAPTACEL INJ	3	
DENG VAXIA SUS	3	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	3	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	3	B/D
GARDASIL 9 INJ	3	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	3	
HIBERIX SOLR 10mcg	3	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	3	B/D
INFANRIX INJ	3	
IPOLE INJ INACTIVE	3	
IXIARO INJ	3	
KINRIX INJ	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
M-M-R II INJ	3	
MENACTRA INJ	3	
MENQUADFI INJ	3	
MENVEO INJ	3	
MENVEO SOL	3	
PEDIARIX INJ 0.5ML	3	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	3	
PENTACEL INJ	3	
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	3	B/D
PRIORIX INJ	3	
PROQUAD INJ	3	
QUADRACEL INJ	3	
QUADRACEL INJ 0.5ML	3	
RABAVERT INJ	3	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	3	B/D
ROTARIX SUS	3	
ROTATEQ SOL	3	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml QL (2 viales por vida)	3	QL
TDVAX INJ 2-2 LF	3	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	3	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	3	
TRUMENBA INJ	3	
TWINRIX INJ	3	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	3	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	3	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	3	
YF-VAX INJ	3	
SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS ELECTROLITOS/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NAACL INJ 0.45%	4	
D5W/LYTES INJ #48	4	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
D10W/NACL INJ 0.2%	3	
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 5% in lactated ringers	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%	3	
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	3	
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	
ISOLYTE-S INJ	4	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	4	
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj	3	
kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj	3	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4	
lactated ringer's solution	3	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	3	
magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml	3	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	3	
PLASMA-LYTE INJ -148	4	
PLASMA-LYTE INJ -A	4	
POT CHL/NACL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	3	
POT CHL/NACL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	4	
POT CHL/NACL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	4	
potassium chloride SOLN 2meq/ml	3	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml, 20meq/50ml	4	
potassium chloride SOLN 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml	4	
potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj	3	
sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	3	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
ELECTROLITOS/MINERALS/VITAMINAS, ORAL		
klor-con PACK 20meq	4	
klor-con 8 TBCR 8meq	2	GC
klor-con 10 TBCR 10meq	2	GC
klor-con m10 TBCR 10meq	2	GC
klor-con m15 TBCR 15meq	3	
klor-con m20 TBCR 20meq	2	GC
M-NATAL PLUS TAB	3	
potassium chloride CPCR 8meq, 10meq	3	
potassium chloride PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	4	
potassium chloride TBCR 8meq, 10meq, 20meq	2	GC

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 10meq, 20meq	2	GC
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 15meq	3	
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	3	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1</i> <i>(0.5 f) mg/ml soln</i>	2	GC
TRICARE TAB PRENATAL	3	
NUTRICIÓN IV		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	4	B/D
<i>clinsol sf 15%</i>	4	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	3	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	3	B/D
FREAMINE III INJ 10%	4	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	4	B/D
<i>plenamine</i>	4	B/D
PREMASOL SOL 10%	5	B/D
PROCALAMINE INJ 3%	4	B/D
PROSOL INJ 20%	4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	4	B/D
OFTÁLMICO		
CONTRA INFECCIONES / ANTIINFLAMATORIOS		
<i>bacitracin-polymyxin- neomycin-hc ophth oint 1%</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth oint</i> 0.1%	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth susp</i> 0.1%	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth</i> <i>susp</i>	4	
<i>sulfacetamide sodium- prednisolone ophth soln 10- 0.23(0.25)%</i>	2	GC
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	3	
<i>tobramycin-dexamethasone</i> <i>ophth susp 0.3-0.1%</i>	4	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	
CONTRA INFECCIONES		
<i>bacitracin (ophthalmic)</i> OINT 500unit/gm	3	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth</i> <i>oint</i>	2	GC
BESIVANCE SUSP .6%	3	
CILOXAN OINT .3%	3	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> <i>SOLN .3%</i>	2	GC
<i>erythromycin (ophth)</i> OINT 5mg/gm	2	GC
<i>gatifloxacin (ophth)</i> SOLN .5%	3	
<i>gentak</i> OINT .3%	3	
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> <i>SOLN .3%</i>	2	GC
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> <i>SOLN .5%</i>	3	
NATACYN SUSP 5%	4	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx</i> <i>5(3.5)mg-400unt-10000unt op</i> <i>oin</i>	3	
<i>neomycin-polymy-gramicid op</i> <i>sol 1.75-10000-0.025mg-unt- mg/ml</i>	3	
<i>ofloxacin (ophth)</i> SOLN .3%	2	GC
<i>polymyxin b-trimethoprim</i> <i>ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	GC
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> <i>OINT 10%; SOLN 10%</i>	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>tobramycin (ophth)</i> SOLN .3%	1	GC
<i>trifluridine</i> SOLN 1%	4	
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTIINFLAMATORIOS		
ALREX SUSP .2%	3	
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> SOLN .09%	4	
BROMSITE SOLN .075%	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	3	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	2	GC
<i>difluprednate</i> EMUL .05%	4	
FLAREX SUSP .1%	4	
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	3	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	3	
ILEVRO SUSP .3%	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .5%	2	GC
LOTEMAX OINT .5%	3	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	3	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	
PROLENSA SOLN .07%	3	
ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	3	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	2	GC
<i>olopatadine hcl</i> SOLN .1%	3	
ZERVATE SOLN .24%	4	
CONTRA EL GLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .1%	3	
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	3	
BETOPTIC-S SUSP .25%	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	1	GC
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%	4	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	4	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	2	GC
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	2	GC
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 22.3-6.8 mg/ml	2	GC
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	1	GC
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	2	GC
LUMIGAN SOLN .01%	3	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLN .02%	3	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	3	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%	4	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLN .25%, .5%	1	GC
<i>travoprost</i> SOLN .004%	4	
VYZULTA SOLN .024%	4	
VARIOS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	3	
CYSTADROPS SOLN .37%	5	LA PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	LA PA
ISOPTO ATROPINE SOLN 1%	3	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	3	
RESTASIS EMUL .05%	3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	
TYRVAYA SOLN .03mg/act	4	
XIIDRA SOLN 5%	3	
ÓTICO		
ÓTICO AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CIPRO HC SUS ÓTICO	4	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	4	
<i>flac OIL .01%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml- 1%</i>	3	
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</i>	4	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5 INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5		
<i>sildenafil citrate TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	3	ED QL
QL (4 tabs / 30 días)		
<i>tadalafil TABS 10mg, 20mg</i>	3	ED QL
QL (4 tabs / 30 días)		
RESPIRATORIO COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICO / BETA AGONISTA		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	QL
QL (60 blisters / 30 días)		
BEVESPI AER 9-4.8MCG	3	QL
QL (1 inhalador / 30 días)		
BREZTRI AERO AER SPHERE	3	QL
QL (1 inhalador / 30 días)		
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	3	QL
QL (4 inhaladores / 28 días)		
COMBIVENT AER 20-100	4	QL
QL (2 inhaladores / 30 días)		
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	3	B/D

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	3	
<i>olopatadine hcl (nasal)</i> .6%	SOLN 4	
BETA AGONISTAS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Proair HFA)	3	QL
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Proventil HFA)	3	QL
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Ventolin HFA)	3	QL
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	3	B/D
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%	2	GC B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml	3	
<i>albuterol sulfate</i> TABS 2mg, 4mg	4	
<i>arformoterol tartrate</i> NEBU 15mcg/2ml	4	B/D
<i>formoterol fumarate</i> NEBU 20mcg/2ml	5	B/D
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	4	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL ST
SEREVENT DISKUS 50mcg/dose QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhaladores / 30 días)	3	QL
MODULADORES DE LOS LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg	3	
<i>montelukast sodium</i> PACK 4mg	4	
<i>montelukast sodium</i> TABS 10mg	1	GC
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	3	
VARIOS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	4	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	LA PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	3	B/D
DALIRESP TABS 250mcg, 500mcg	4	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml (genérico de EpiPen)	3	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (genérico de Adrenaclick)	3	
ESBRIET CAPS 267mg QL (270 caps / 30 días)	5	QL LA PA
FASENRA SOSY 30mg/ml	5	LA PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5	LA PA
KALYDECO PACK 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packs / 28 días)	5	QL LA PA
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
ORKAMBI GRA 75-94MG QL (56 packs / 28 días)	5	QL LA PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packs / 28 días)	5	QL LA PA
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packs / 28 días)	5	QL LA PA
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
pirfenidone TABS 267mg QL (270 tabs / 30 días)	5	QL PA
pirfenidone TABS 534mg, 801mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	5	LA PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	5	PA
roflumilast TABS 250mcg, 500mcg	3	
SYMDEKO TAB 50-75MG QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMDEKO TAB 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	4	
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	4	
theophylline ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg	4	
theophylline TB24 400mg, 600mg	3	
TRIKAFTA TAB 50-25- 37.5MG & 75MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ZEMAIRA SOLR 1000mg	5	LA PA
ESTEROIDES NASALES		
flunisolide (nasal) SOLN .025% QL (3 botellas / 30 días)	3	QL
fluticasone propionate (nasal) SUSP 50mcg/act QL (1 botella / 30 días)	2	GC QL
mometasone furoate (nasal) SUSP 50mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL ST
OMNARIS SUSP 50mcg/act QL (1 inhalador / 30 días)	4	QL ST
XHANCE EXHU 93mcg/act QL (32 mL / 30 días)	4	QL PA
ESTEROIDES INHALADOS		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalaciones / 30 días)	3	QL
budesonide (inhalation) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	4	B/D
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist QL (180 inhalaciones / 30 días)	3	QL
FLOVENT DISKUS AEPB 100mcg/blist, 250mcg/blist QL (240 inhalaciones / 30 días)	3	QL
FLOVENT HFA AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
PULMICORT FLEXHALER AEPB 90mcg/act QL (3 inhaladores / 30 días)	4	QL
PULMICORT FLEXHALER AEPB 180mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
clindamycin phosphate (topical) GEL 1% QL (75 gm / 30 días)	4	QL
clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
ery PADS 2% QL (60 pledgets / 30 días)	3	QL
erythromycin (acne aid) SOLN 2% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
myorisan CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10% QL (118 mL / 30 días)	4	QL
tretinoin CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025% QL (45 gm / 30 días)	4	QL PA
zenatane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS		
gentamicin sulfate (topical) CREA .1% QL (30 gm / 30 días)	4	QL
gentamicin sulfate (topical) OINT .1% QL (30 gm / 30 días)	3	QL
mupirocin OINT 2% QL (220 gm / 30 días)	2	GC QL
silver sulfadiazine CREA 1%	2	GC
ssd CREA 1%	2	GC
SULFAMYLLON CREA 85mg/gm QL (453.6 gm / 30 días)	4	QL
DERMATOLOGÍA, FUNGICIDAS		
ciclopirox olamine CREA .77% QL (90 gm / 30 días)	3	QL
ciclopirox olamine SUSP .77% QL (60 mL / 30 días)	3	QL

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort</i> CREA 1%	1	GC
<i>ala-cort</i> CREA 2.5%	2	GC
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05% QL (120 mL / 30 días)	3	QL
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> OINT .05% QL (120 gm / 30 días)	4	QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	2	GC QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> GEL .05%; OINT .05% QL (120 gm / 30 días)	4	QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05% QL (120 mL / 30 días)	4	QL
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1% QL (120 mL / 30 días)	3	QL
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<i>clobetasol propionate</i> GEL .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)	4	QL
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05% QL (50 mL / 30 días)	4	QL
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05% QL (60 gm / 30 días)	4	QL
ENSTILAR AER QL (120 gm / 30 días)	4	QL PA

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

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

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

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>metronidazole (topical) GEL</i> .75% QL (45 gm / 30 días)	3	QL
<i>metronidazole (topical) LOTN</i> .75% QL (59 mL / 30 días)	4	QL
NORITATE CREA 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL
PANRETIN GEL .1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA
<i>podofilox SOLN</i> .5% QL (7 mL / 28 días)	3	QL
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>procto-pak</i> CREA 1%	3	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	3	
RECTIV OINT .4% QL (30 gm / 30 días)	4	QL
<i>rosadan</i> CREA .75% QL (45 gm / 30 días)	4	QL
<i>tacrolimus (topical) OINT</i> .03%, .1% QL (100 gm / 30 días)	4	QL
VALCHLOR GEL .016% QL (60 gm / 30 días)	5	QL LA PA
ZYCLARA PUMP CREA 2.5% QL (7.5 gm / 28 días)	5	QL
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y CONTRA LA PEDICULOSIS		
<i>malathion LOTN</i> .5% QL (59 mL / 30 días)	4	QL
<i>permethrin CREA</i> 5% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
DERMATOLOGÍA, AGENTES PARA EL CUIDAD DE HERIDAS		
REGRANEX GEL .01% QL (30 gm / 30 días)	5	QL PA
SANTYL OINT 250unit/gm QL (180 gm / 30 días)	4	QL
<i>sodium chloride (gu irrigant) SOLN</i> .9%	3	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
AGENTES PARA LA BOCA / GARGANTA / DENTALES		
<i>cevimeline hcl</i> CAPS 30mg	4	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN</i> .12%	1	GC
<i>clotrimazole TROC</i> 10mg QL (150 losanges / 30 días)	4	QL
<i>lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN</i> 2%	2	GC
<i>nystatin (mouth-throat) SUSP</i> 100000unit/ml	3	
<i>periogard SOLN</i> .12%	1	GC
<i>pilocarpine hcl (oral) TABS</i> 5mg, 7.5mg	3	
<i>triamcinolone acetonide (mouth) PSTE</i> .1%	3	
VITAMINAS COMPLEJO DE VITAMINA B		
<i>cyanocobalamin SOLN</i> 1000mcg/ml	2	ED GC
<i>folic acid TABS</i> 1mg QL (30 tabs / 30 días)	1	ED GC QL
VITAMINA D		
<i>ergocalciferol CAPS</i> 50000unit QL (4 caps / 28 días)	2	ED GC QL
ACTIVIDAD DE LA VITAMINA K		
<i>phytonadione TABS</i> 5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	ED QL

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

ÍNDICE

A		
abacavir sulfate.....	12	
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg.....	12	
ABELCET	11	
ABILIFY MAINTENA.....	33	
abiraterone acetate.....	17	
acamprosate calcium.....	38	
acarbose	38	
accutane	59	
acebutolol hcl.....	25	
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml.....	9	
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg.....	9	
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg.....	9	
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg.....	9	
acetazolamide	26	
acetic acid.....	49	
acetic acid (otic).....	56	
acetylcysteine	58	
acitretin	60	
ACTHIB INJ	52	
ACTIMMUNE	52	
acyclovir.....	13	
acyclovir sodium	13	
ADACEL INJ.....	52	
adefovir dipivoxil	13	
ADEMPAS	28	
ADRENALIN	27	
ADVAIR DISKU AER 100/50	59	
ADVAIR DISKU AER 250/50	59	
ADVAIR DISKU AER 500/50	59	
ADVAIR HFA AER 115/21	59	
ADVAIR HFA AER 230/21	59	
ADVAIR HFA AER 45/21	59	
afirmelle	42	
AIMOVIG	36	
ala-cort.....	60	
albendazole	10	
albuterol sulfate	57	
alclometasone dipropionate	60	
ALDURAZYME	45	
ALECENSA	18	
alendronate sodium	41	
alfuzosin hcl	48	
aliskiren fumarate	27	
allopurinol	8	
alosetron hcl	48	
ALPHAGAN P.....	56	
alprazolam	28	
ALREX.....	55	
altavera	42	
ALTOPREV	24	
ALUNBRIG	18	
ALUNBRIG PAK	18	
alyacen 1/35	42	
alyacen 7/7/7	42	
amabelz	44	
amantadine hcl	32	
ambrisentan	28	
amikacin sulfate	10	
amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg.....	26	
amiloride hcl.....	26	
amiodarone hcl.....	24	
amitriptyline hcl.....	31	
amlodipine besylate	26	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-10 mg.....	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-20 mg.....	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-40 mg.....	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-80 mg.....	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg.....	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg.....	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg.....	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-10 mg.....	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-20 mg.....	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-40 mg.....	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-80 mg.....	27	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg	21	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg	21	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg	21	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg	21	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg	21	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg	21	
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-20 mg.....	22	
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-40 mg.....	22	
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg.....	22	
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg.....	22	
amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg	22	

amlodipine besylate- valsartan tab 10-320 mg.....22	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg.....35	apri.....42
amlodipine besylate- valsartan tab 5-160 mg22	amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg.....35	APTOM.....28
amlodipine besylate- valsartan tab 5-320 mg22	amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg.....35	APTIVUS.....12
amnestem.....59	amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg.....35	ARALAST NP.....58
amoxapine.....31	amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg.....36	aranelle.....42
amoxicillin.....15	amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg.....36	ARCALYST.....52
amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg.15	amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg.....35	arformoterol tartrate.....57
amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg....15	amphotericin b.....11	aripiprazole.....33
amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml.....15	amphotericin b liposome.11	ARISTADA.....33
amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml.....15	ampicillin.....15	ARISTADA INITIO.....33
amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml.....15	ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm.....15	armodafinil.....38
amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml.....15	ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm.....15	ARNUITY ELLIPTA.....59
amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg.....15	ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1- 0.5) gm.....15	asenapine maleate.....33
amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg.....15	ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10- 5) gm.....15	aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg.....50
amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg.....15	ampicillin sodium.....15	atazanavir sulfate.....12
amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg.....15	anagrelide hcl.....50	atenolol.....25
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg.....35	anastrozole.....17	atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg.....25
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg.....35	ANORO ELLIPT AER 62.5- 25.....56	atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg.....25
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg.....35	aprepitant.....47	atomoxetine hcl.....36
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg.....35	aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg.....47	atorvastatin calcium.....24
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg.....35		atovaquone.....10
		atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg.....12
		atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg.....12
		ATROPINE SULFATE ....56
		atropine sulfate (ophthalmic).....56
		ATROVENT HFA.....57
		aubra eq.....42
		aurovela 1/20.....42
		aurovela fe 1.5/30.....42
		aurovela fe 1/20.....42
		AUSTEDO.....37
		AUVELITY TAB 45-105MG.....31
		aviane.....42
		avita.....59
		ayuna.....42
		AYVAKIT.....18
		azacitidine.....17
		azathioprine.....52
		azelaic acid.....61
		azelastine hcl.....57
		azelastine hcl (ophth).....55
		azithromycin.....14
		aztreonam.....10

azurette.....	42	BETOPTIC-S	56	budesonide	47
B		BEVESPI AER 9-4.8MCG		budesonide (inhalation) ..	59
bacitracin (ophthalmic)....	55	.....	56	bumetanide	26
bacitracin-polymyxin b		bexarotene.....	17	buprenorphine hcl	38
ophth oint	55	bexarotene (topical)	61	buprenorphine hcl-	
bacitracin-polymyxin-		BEXSERO INJ.....	52	naloxone hcl sl film 12-3	
neomycin-hc ophth oint		bicalutamide.....	17	mg (base equiv)	38
1%.....	55	BICILLIN L-A.....	15	buprenorphine hcl-	
baclofen	38	BIKTARVY TAB 30-120-15		naloxone hcl sl film 2-0.5	
BAFIERTAM	37	MG	12	mg (base equiv)	38
balsalazide disodium	47	BIKTARVY TAB 50-200-25		buprenorphine hcl-	
BALVERSA.....	18	MG	12	naloxone hcl sl film 4-1	
balziva	42	bisoprolol &		mg (base equiv)	38
BARACLUDE.....	13	hydrochlorothiazide tab		buprenorphine hcl-	
BASAGLAR KWIKPEN...40		10-6.25 mg	25	naloxone hcl sl film 8-2	
BCG VACCINE	52	bisoprolol &		mg (base equiv)	38
BD ALCOHOL SWABS...40		hydrochlorothiazide tab		buprenorphine hcl-	
BELSOMRA.....	36	2.5-6.25 mg	25	naloxone hcl sl tab 2-0.5	
benazepril &		bisoprolol &		mg (base equiv)	38
hydrochlorothiazide tab		hydrochlorothiazide tab		buprenorphine hcl-	
10-12.5 mg	21	5-6.25 mg	25	naloxone hcl sl tab 8-2	
benazepril &		bisoprolol fumarate	25	mg (base equiv)	38
hydrochlorothiazide tab		BIVIGAM.....	52	bupropion hcl	31
20-12.5 mg	21	blisovi fe 1.5/30.....	42	bupropion hcl (smoking	
benazepril &		BOOSTRIX INJ.....	52	deterrent).....	38
hydrochlorothiazide tab		bortezomib.....	18	buspirone hcl	28
20-25 mg	21	BORTEZOMIB	18	butorphanol tartrate	9
benazepril &		bosentan	28	BYDUREON BCISE.....	39
hydrochlorothiazide tab		BOSULIF	18	BYETTA.....	39
5-6.25mg	21	BRAFTOVI.....	18	C	
benazepril hcl	22	BREO ELLIPTA INH 100-		cabergoline	45
BENDEKA	16	25	59	CABOMETYX	18
BENLYSTA.....	52	BREO ELLIPTA INH 200-		calcipotriene.....	60
benzoyl peroxide-		25	59	calcitonin (salmon) spray	41
erythromycin gel 5-3% 59		BREZTRI AERO AER		calcitrene	60
benztropine mesylate.....	32	SPHERE	56	calcitriol.....	46
BERINERT	50	BREZTRI AERO AER		calcium acetate (phosphate	
BESIVANCE	55	SPHERE		binder).....	46
BESREMI	17	(INSTITUTIONAL PACK)		CALQUENCE	18
betaine powder for oral		.....	56	camila	42
solution.....	45	briellyn	42	candesartan cilexetil	24
betamethasone		BRILINTA	50	candesartan cilexetil-	
dipropionate (topical)...60		brimonidine tartrate.....	56	hydrochlorothiazide tab	
betamethasone		brinzolamide	56	16-12.5 mg	22
dipropionate augmented		BRIVIACT	28	candesartan cilexetil-	
.....	60, 61	bromfenac sodium (ophth)		hydrochlorothiazide tab	
betamethasone valerate .61		.....	55	32-12.5 mg	22
BETASERON	37	bromocriptine mesylate...32		candesartan cilexetil-	
betaxolol hcl (ophth)	56	BROMSITE	55	hydrochlorothiazide tab	
bethanechol chloride.....	49	BRUKINSA	18	32-25 mg	22

CAPLYTA	33	CEFACLOR ER	14	ciprofloxacin 400 mg/200ml	
CAPRELSA	18	cefadroxil	14	in d5w.....	15
captopril	22	CEFAZOLIN INJ		ciprofloxacin hcl	15
carb/levo orally		1GM/50ML	14	ciprofloxacin hcl (ophth) ..	55
disintegrating tab 10-		cefazolin sodium	14	ciprofloxacin-	
100mg	32	CEFAZOLIN SOLN		dexamethasone otic susp	
carb/levo orally		2GM/100ML-4%	14	0.3-0.1%.....	56
disintegrating tab 25-		cefdinir	14	cisplatin.....	16
100mg	32	cefepime hcl.....	14	citalopram hydrobromide	31
carb/levo orally		cefexime	14	claravis	59
disintegrating tab 25-		cefoxitin sodium	14	clarithromycin.....	15
250mg	32	cefpodoxime proxetil.....	14	clindamycin hcl	10
carbamazepine	28	cefprozil	14	clindamycin palmitate	
carbidopa	32	ceftazidime	14	hydrochloride.....	10
carbidopa & levodopa tab		CEFTAZIDIME/ SOL D5W		clindamycin phosphate ...	10
10-100 mg.....	32	1GM	14	clindamycin phosphate	
carbidopa & levodopa tab		CEFTAZIDIME/ SOL D5W		(topical)	59
25-100 mg.....	32	2GM	14	clindamycin phosphate in	
carbidopa & levodopa tab		ceftriaxone sodium.....	14	d5w iv soln 300 mg/50ml	
25-250 mg.....	32	cefuroxime axetil.....	14	.....	10
carbidopa & levodopa tab		cefuroxime sodium.....	14	clindamycin phosphate in	
er 25-100 mg.....	32	celecoxib.....	8	d5w iv soln 600 mg/50ml	
carbidopa & levodopa tab		CELONTIN	28	.....	10
er 50-200 mg.....	32	cephalexin	14	clindamycin phosphate in	
carbidopa-levodopa-		CERDELGA	45	d5w iv soln 900 mg/50ml	
entacapone tabs 12.5-		CEREZYME.....	45	.....	10
50-200 mg.....	32	cetirizine hcl	57	clindamycin phosphate	
carbidopa-levodopa-		cevimeline hcl	62	vaginal.....	49
entacapone tabs 18.75-		chateal	42	CLINDMYC/NAC INJ	
75-200 mg.....	33	CHEMET	42	300/50ML	10
carbidopa-levodopa-		chlorhexidine gluconate		CLINDMYC/NAC INJ	
entacapone tabs 25-100-		(mouth-throat)	62	600/50ML	10
200 mg	33	chloroquine phosphate ...	12	CLINDMYC/NAC INJ	
carbidopa-levodopa-		chlorpromazine hcl.....	33	900/50ML	10
entacapone tabs 31.25-		CHLORPROMAZINE		CLINIMIX INJ 4.25/D10 ..	54
125-200 mg	33	HYDROCHLOR.....	33	CLINIMIX INJ 4.25/D5W.	54
carbidopa-levodopa-		chlorthalidone	26	CLINIMIX INJ 5%/D15W.	54
entacapone tabs 37.5-		cholestyramine.....	25	CLINIMIX INJ 5%/D20W.	54
150-200 mg	33	cholestyramine light	25	CLINIMIX INJ 6/5.....	54
carbidopa-levodopa-		choline fenofibrate	24	CLINIMIX INJ 8/10.....	54
entacapone tabs 50-200-		ciclopirox olamine	60	CLINIMIX INJ 8/14.....	54
200 mg	33	cilostazol	50	clinisol sf 15%.....	54
carboplatin	16	CILOXAN.....	55	CLINOLIPID EMU 20%...54	
carglumic acid.....	45	CIMDUO TAB 300-300 ...	13	clobazam	28
carteolol hcl (ophth)	56	cinacalcet hcl	45	clobetasol propionate.....	61
cartia xt.....	26	CIPRO	15	clobetasol propionate e...61	
carvedilol	25	CIPRO HC SUS ÓTICO .56		clomipramine hcl.....	31
caspofungin acetate.....	11	ciprofloxacin 200 mg/100ml		clonazepam	28
CAYSTON	10	in d5w.....	15	clonidine	27
cefaclor	14			clonidine hcl.....	27

<i>clopidogrel bisulfate</i>	50	<i>cyproheptadine hcl</i>	57	DEXAMETHASONE	
<i>clorazepate dipotassium</i> .	28	<i>cyred eq</i>	42	INTENSOL	44
<i>clotrimazole</i>	62	CYSTADROPS	56	<i>dexamethasone sodium</i>	
<i>clotrimazole (topical)</i>	60	CYSTAGON.....	45	<i>phosphate</i>	45
<i>clotrimazole w/</i>		CYSTARAN	56	<i>dexamethasone sodium</i>	
<i>betamethasone cream 1-</i>		<i>cytarabine</i>	17	<i>phosphate (ophth)</i>	55
<i>0.05%</i>	60	D		<i>dexmethylphenidate hcl</i> ..	36
<i>clozapine</i>	33, 34	D10W/NACL INJ 0.2%....	53	<i>dextrose</i>	54
COARTEM TAB 20-120MG		D2.5W/NACL INJ 0.45%.	53	<i>dextrose 10% w/ sodium</i>	
.....	12	D5W/LYTES INJ #48	53	<i>chloride 0.45%</i>	53
<i>colchicine</i>	8	<i>dabigatran etexilate</i>		<i>dextrose 2.5% w/ sodium</i>	
<i>colchicine w/ probenecid</i>		<i>mesylate</i>	49	<i>chloride 0.45%</i>	53
<i>tab 0.5-500 mg</i>	8	<i>dalfampridine</i>	37	<i>dextrose 5% in lactated</i>	
<i>colesevelam hcl</i>	25	DALIRESP	58	<i>ringers</i>	53
<i>colestipol hcl</i>	25	<i>danazol</i>	44	<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	
<i>colistimethate sodium</i>	10	<i>dantrolene sodium</i>	38	<i>chloride 0.2%</i>	53
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%		<i>dapsone</i>	10	<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	
.....	56	DAPTACEL INJ	52	<i>chloride 0.225%</i>	53
COMBIVENT AER 20-100		<i>daptomycin</i>	10	<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	
.....	56	DAPTOMYCIN.....	10	<i>chloride 0.3%</i>	53
COMETRIQ (60MG DOSE)		<i>darifenacin hydrobromide</i>		<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	
.....	18	.....	49	<i>chloride 0.45%</i>	53
COMETRIQ KIT 100MG .	18	<i>dasetta 1/35</i>	42	<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	
COMETRIQ KIT 140MG .	18	<i>dasetta 7/7/7</i>	42	<i>chloride 0.9%</i>	53
COMPLERA TAB.....	13	DAURISMO	18	DIACOMIT	28
<i>compro</i>	47	<i>deblitane</i>	42	<i>diazepam</i>	29
<i>constulose</i>	48	<i>deferasirox</i>	42	<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	
COPIKTRA	18	DELESTROGEN.....	44	.....	29
CORLANOR	27	DELSTRIGO TAB	13	<i>diazepam inj</i>	29
COTELLIC	18	DENG VAXIA SUS	53	<i>diazoxide</i>	45
CREON CAP 12000UNT	48	DESCOVY TAB 120-15MG		<i>diclofenac potassium</i>	8
CREON CAP 24000UNT	48	.....	13	<i>diclofenac sodium</i>	8
CREON CAP 3000UNIT .	48	DESCOVY TAB 200/25MG		<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	
CREON CAP 36000UNT	48	.....	13	.....	55
CREON CAP 6000UNIT .	48	<i>desipramine hcl</i>	31	<i>diclofenac sodium (topical)</i>	
<i>cromolyn sodium</i>	58	<i>desloratadine</i>	57	.....	61
<i>cromolyn sodium</i>		<i>desmopressin acetate</i>	45	<i>diclofenac w/ misoprostol</i>	
<i>(mastocytosis)</i>	48	<i>desmopressin acetate</i>		<i>tab delayed release 50-</i>	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	56	<i>spray</i>	45	<i>0.2 mg</i>	8
<i>cryselle-28</i>	42	<i>desmopressin acetate</i>		<i>diclofenac w/ misoprostol</i>	
<i>cyanocobalamin</i>	62	<i>spray refrigerated</i>	45	<i>tab delayed release 75-</i>	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	38	<i>desogest-eth estrad & eth</i>		<i>0.2 mg</i>	8
<i>cyclophosphamide</i>	16	<i>estrad tab 0.15-0.02/0.01</i>		<i>dicloxacin sodium</i>	16
CYCLOPHOSPHAMIDE .	16	<i>mg(21/5)</i>	42	<i>dicyclomine hcl</i>	47
CYCLOPHOSPHAMIDE		<i>desogestrel & ethinyl</i>		DIFICID.....	15
MONOHYDR.....	16	<i>estradiol tab 0.15 mg-30</i>		<i>diflunisal</i>	8
<i>cycloserine</i>	13	<i>mcg</i>	42	<i>difluprednate</i>	55
<i>cyclosporine</i>	52	<i>desvenlafaxine succinate</i>	31	<i>digoxin</i>	27
<i>cyclosporine modified (for</i>		<i>dexamethasone</i>	44	<i>dihydroergotamine</i>	
<i>microemulsion)</i>	52			<i>mesylate</i>	36, 37

DILANTIN	29	duloxetine hcl.....	31	enalapril maleate	22
DILANTIN INFATABS.....	29	DUPIXENT	50	enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab	
DILANTIN-125	29	dutasteride.....	48	10-25 mg.....	21
diltiazem hcl.....	26	dutasteride-tamsulosin hcl		enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab	
diltiazem hcl coated beads		cap 0.5-0.4 mg	49	5-12.5 mg.....	21
.....	26	E		ENBREL	50, 51
diltiazem hcl extended		e.e.s. 400.....	15	ENBREL MINI.....	51
release beads.....	26	ec-naproxen.....	8	ENBREL SURECLICK....	51
dilt-xr.....	26	EDARBI	24	ENDARI	50
DIP/TET PED INJ 25-5LFU		EDARBYCLOR TAB 40-		endocet tab 10-325mg.....	9
.....	53	12.5	22	endocet tab 2.5-325mg.....	9
diphenhydramine hcl.....	57	EDARBYCLOR TAB 40-		endocet tab 5-325mg.....	9
diphenoxylate w/ atropine		25MG	23	endocet tab 7.5-325mg.....	9
liq 2.5-0.025 mg/5ml....	48	EDURANT	12	ENGERIX-B.....	53
diphenoxylate w/ atropine		efavirenz	12	enoxaparin sodium	49
tab 2.5-0.025 mg	48	efavirenz-emtricitabine-		enpresse-28.....	42
dipyridamole	50	tenofovir df tab 600-200-		enskyce	42
disopyramide phosphate.	24	300 mg	13	ENSTILAR AER.....	61
disulfiram	38	efavirenz-lamivudine-		entacapone	33
divalproex sodium.....	29	tenofovir df tab 400-300-		entecavir	13
docetaxel	18	300 mg	13	ENTRESTO TAB 24-26MG	
DOCETAXEL.....	18	efavirenz-lamivudine-		.....	23
dofetilide	24	tenofovir df tab 600-300-		ENTRESTO TAB 49-51MG	
donepezil hydrochloride..	31	300 mg	13	.....	23
DOPTelet.....	50	ELIGARD.....	17	ENTRESTO TAB 97-	
dorzolamide hcl.....	56	elinest	42	103MG	23
dorzolamide hcl-timolol		ELIQUIS	49	enulose	48
maleate ophth soln 22.3-		ELIQUIS STARTER PACK		EPCLUSA PAK 150-37.513	
6.8 mg/ml	56	.....	49	EPCLUSA PAK 200-50MG	
dotti.....	44	ELLA.....	42	.....	13
DOVATO TAB 50-300MG		ELLECE	16	EPCLUSA TAB 200-50MG	
.....	13	eluryng.....	42	.....	13
doxazosin mesylate	22	EMCYT	17	EPCLUSA TAB 400-100.13	
doxepin hcl	31	emoquette.....	42	EPIDIOLEX.....	29
doxepin hcl (sleep).....	36	EMSAM	31	epinephrine (anaphylaxis)	
doxercalciferol	47	emtricitabine	12	.....	58
doxorubicin hcl.....	16	emtricitabine-tenofovir		epitol	29
doxorubicin hcl liposomal	16	disoproxil fumarate tab		EPIVIR HBV.....	13
doxy 100	16	100-150 mg	13	eplerenone.....	22
doxycycline (monohydrate)		emtricitabine-tenofovir		EPRONTIA	29
.....	16	disoproxil fumarate tab		ergocalciferol	62
doxycycline hyclate.....	16	133-200 mg	13	ergotamine w/ caffeine tab	
DRIZALMA SPRINKLE...31		emtricitabine-tenofovir		1-100 mg	37
dronabinol.....	47	disoproxil fumarate tab		ERIVEDGE	18
drospirenone-ethinyl		167-250 mg	13	ERLEADA.....	17
estradiol tab 3-0.02 mg	42	emtricitabine-tenofovir		erlotinib hcl.....	18
drospirenone-ethinyl		disoproxil fumarate tab		errin	42
estradiol tab 3-0.03 mg	42	200-300 mg	13	ertapenem sodium	10
DROXIA.....	50	EMTRIVA.....	12		
droxidopa	27	EMVERM.....	10		

ery.....	59	ezetimibe-simvastatin tab		fludrocortisone acetate ...	45
ery-tab	15	10-20 mg	25	flunisolide (nasal)	58
ERYTHROCIN		ezetimibe-simvastatin tab		fluocinolone acetonide ...	61
LACTOBIONATE	15	10-40 mg	25	fluocinolone acetonide	
erythrocin stearate	15	ezetimibe-simvastatin tab		(otic)	56
erythromycin (acne aid) ..	59	10-80 mg	25	fluocinonide.....	61
erythromycin (ophth)	55	F		fluocinonide emulsified	
erythromycin base	15	FABRAZYME	45	base	61
erythromycin ethylsuccinate		falmina	42	fluorometholone (ophth) ..	55
.....	15	famciclovir	13	fluorouracil	17
erythromycin lactobionate		famotidine	47	fluorouracil (topical)	62
.....	15	famotidine in nacl 0.9% iv		fluoxetine hcl.....	32
ESBRIET	58	soln 20 mg/50ml.....	47	fluphenazine decanoate ..	34
escitalopram oxalate	31	FANAPT	34	fluphenazine hcl	34
esomeprazole magnesium		FANAPT PAK	34	flurbiprofen.....	8
.....	48	FARXIGA.....	39	flurbiprofen sodium	55
estarylla	42	FASENRA.....	58	fluticasone propionate.....	61
estradiol	44	FASENRA PEN	58	fluticasone propionate	
estradiol & norethindrone		febuxostat	8	(nasal)	58
acetate tab 0.5-0.1 mg	44	felbamate	29	fluvastatin sodium	24
estradiol & norethindrone		felodipine	26	fluvoxamine maleate	28
acetate tab 1-0.5 mg ...	44	femynor.....	42	folic acid.....	62
estradiol vaginal.....	44	fenofibrate.....	24	fondaparinux sodium	49
estradiol valerate	44	fenofibrate micronized ...	24	formoterol fumarate	57
ethambutol hcl	13	fentanyl	8	FORTEO.....	41
ethosuximide	29	fentanyl citrate	9	FOSAMAX + D TAB 70-	
ethynodiol diacetate &		fesoterodine fumarate	49	2800	41
ethinyl estradiol tab 1		FETZIMA	31	FOSAMAX + D TAB 70-	
mg-35 mcg	42	FETZIMA CAP TITRATIO		5600	41
ethynodiol diacetate &		.....	31	fosamprenavir calcium....	12
ethinyl estradiol tab 1		FIASP FLEX INJ TOUCH	40	fosinopril sodium.....	22
mg-50 mcg	42	FIASP INJ 100/ML	40	fosinopril sodium &	
etodolac	8	FIASP PENFIL INJ U-100		hydrochlorothiazide tab	
etonogestrel-ethinyl		.....	40	10-12.5 mg	21
estradiol va ring 0.120-		FINACEA	62	fosinopril sodium &	
0.015 mg/24hr	42	finasteride	49	hydrochlorothiazide tab	
etoposide	18	finolimod hcl.....	37	20-12.5 mg	21
etravirine	12	FINTEPLA	29	FOTIVDA	18
EULEXIN	17	flac	56	FREAMINE III INJ 10%...54	
euthyrox.....	46	FLAREX.....	55	fulvestrant	17
everolimus	18	FLEBOGAMMA DIF.....	52	furosemide	26
everolimus		flecainide acetate	24	furosemide inj	26
(immunosuppressant) .	52	FLOVENT DISKUS.....	59	FUZEON	12
EVOTAZ TAB 300-150 ...	13	FLOVENT HFA	59	fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg	
exemestane	17	fluconazole	11	.....	44
EXKIVITY	18	fluconazole in nacl 0.9% inj		fyavolv tab 1mg-5mcg....	44
EZALLOR SPRINKLE.....	24	200 mg/100ml	11	FYCOMPA.....	29
ezetimibe	25	fluconazole in nacl 0.9% inj		G	
ezetimibe-simvastatin tab		400 mg/200ml	11	gabapentin	29
10-10 mg	25	flucytosine.....	11		

<i>galantamine hydrobromide</i>	<i>glipizide-metformin hcl tab</i>	HERCEP HYLEC SOL 60-
.....31	2.5-250 mg .....39	10000 .....18
GAMASTAN INJ .....52	<i>glipizide-metformin hcl tab</i>	HERCEPTIN .....18
GAMMAGARD LIQUID...52	2.5-500 mg .....39	HERZUMA .....18
GAMMAGARD S/D IGA	<i>glipizide-metformin hcl tab</i>	HETLIOZ.....36
LESS TH .....52	5-500 mg .....39	HIBERIX .....53
GAMMAKED.....52	<i>glycopyrrolate</i> .....47	HUMIRA.....51
GAMMAPLEX .....52	<i>glydo</i> .....61	HUMIRA PEDIA INJ
GAMUNEX-C.....52	GLYXAMBI TAB 10-5 MG	CROHNS.....51
<i>ganciclovir sodium</i> .....13	39	HUMIRA PEDIATRIC
GARDASIL 9 INJ .....53	GLYXAMBI TAB 25-5 MG	CROHNS D .....51
<i>gatifloxacin (ophth)</i> .....55	39	HUMIRA PEN .....51
GATTEX .....48	GOLYTELY SOL.....48	HUMIRA PEN KIT PS/UV
GAUZE PADS 2.....40	GRALISE .....37	51
<i>gavilyte-c</i> .....48	<i>granisetron hcl</i> .....47	HUMIRA PEN-CD/UC/HS
<i>gavilyte-g</i> .....48	<i>griseofulvin microsize</i> ....11	START .....51
GAVRETO .....18	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	HUMIRA PEN-PEDIATRIC
<i>gemcitabine hcl</i>.....17	11	UC S .....51
<i>gemfibrozil</i> .....24	<i>guanfacine hcl</i>.....27	HUMIRA PEN-PS/UV
GEMTESA .....49	<i>guanfacine hcl (adhd)</i> ....36	STARTER .....51
<i>generlac</i> .....48	GVOKE HYOPEN 2-	HUMULIN R U-500
<i>gengraf</i> .....52	PACK .....45	(CONCENTR.....40
GENOTROPIN.....45	GVOKE KIT .....45	HUMULIN R U-500
GENOTROPIN MINIQWICK	GVOKE PFS.....45	KWIKPEN.....40
.....45	H	<i>hydralazine hcl</i>.....27
<i>gentak</i>.....55	HAEGARDA.....50	<i>hydrochlorothiazide</i>.....26
<i>gentamicin in saline inj 0.8</i>	<i>hailey 1.5/30</i> .....43	<i>hydrocodone bitartrate</i> .....8
<i>mg/ml</i> .....10	<i>halobetasol propionate</i> ...61	<i>hydrocodone-</i>
<i>gentamicin in saline inj 1</i>	<i>haloperidol</i> .....34	<i>acetaminophen soln 7.5-</i>
<i>mg/ml</i> .....10	<i>haloperidol decanoate</i> ....34	<i>325 mg/15ml</i> .....9
<i>gentamicin in saline inj 1.2</i>	<i>haloperidol lactate</i>.....34	<i>hydrocodone-</i>
<i>mg/ml</i> .....10	HARVONI PAK 33.75-	<i>acetaminophen tab 10-</i>
<i>gentamicin in saline inj 1.6</i>	150MG .....13	<i>325 mg</i> .....9
<i>mg/ml</i> .....10	HARVONI PAK 45-200MG	<i>hydrocodone-</i>
<i>gentamicin in saline inj 2</i>	13	<i>acetaminophen tab 5-325</i>
<i>mg/ml</i> .....10	HARVONI TAB 45-200MG	<i>mg</i> .....9
<i>gentamicin sulfate</i> .....10	13	<i>hydrocodone-</i>
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	HARVONI TAB 90-400MG	<i>acetaminophen tab 7.5-</i>
.....55	13	<i>325 mg</i> .....9
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	HAVRIX .....53	<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i>
.....60	<i>heather</i> .....43	<i>7.5-200 mg</i> .....9
GENVOYA TAB .....13	HEP SOD/D5W INJ	<i>hydrocortisone</i> .....45
GILENYA .....37	20000UNT .....49	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>
GILOTRIF .....18	HEP SOD/D5W INJ	47
<i>glatiramer acetate</i> .....37	25000UNT .....49	<i>hydrocortisone (rectal)</i> ....62
<i>glatopa</i>.....37	HEP SOD/NACL INJ	<i>hydrocortisone (topical)</i> ..61
GLEOSTINE .....16	25000UNT .....49	<i>hydromorphone hcl</i> .....9
<i>glimepiride</i> .....39	<i>heparin sodium (porcine)</i> 49	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>
<i>glipizide</i>.....39	HEPARIN/NACL INJ	51
<i>glipizide xl</i> .....39	25000UNT .....50	<i>hydroxyurea</i> .....17

<i>hydroxyzine hcl</i>.....57	IPOLE INJ INACTIVE.....53	JENTADUETO TAB 2.5-850 .....39
<i>hydroxyzine pamoate</i>.....57	<i>ipratropium bromide</i>.....57	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG .....39
HYSINGLA ER.....8	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>.....57	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG .....39
I	<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i> 57	<i>jinteli</i> .....44
<i>ibandronate sodium</i> .....42	<i>irbesartan</i>.....24	<i>jolessa</i> .....43
IBRANCE.....19	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i> .....23	<i>juleber</i> .....43
<i>ibu</i>.....8	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i> .....23	JULUCA TAB 50-25MG ..13
<i>ibuprofen</i>.....8	IRESSA .....19	<i>junel 1.5/30</i> .....43
<i>icatibant acetate</i>.....50	<i>irinotecan hcl</i>.....17	<i>junel 1/20</i> .....43
<i>iclevia</i>.....43	ISENTRESS .....12	<i>junel fe 1.5/30</i> .....43
ICLUSIG .....19	ISENTRESS HD .....12	<i>junel fe 1/20</i> .....43
IDHIFA.....19	<i>isibloom</i> .....43	K
ILEVRO .....55	ISOLYTE-P INJ /D5W.....53	KADCYLA.....19
<i>imatinib mesylate</i> .....19	ISOLYTE-S INJ.....53	KALYDECO .....58
IMBRUVICA.....19	ISOLYTE-S INJ PH 7.4...53	KANJINTI.....19
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i> .....10	<i>isoniazid</i>.....13	<i>kariva</i> .....43
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i> .....10	ISOPTO ATROPINE.....56	<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i> .....53
<i>imipramine hcl</i> .....32	<i>isosorbide dinitrate</i>.....27	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i> .....53
<i>imiquimod</i> .....62	<i>isosorbide mononitrate</i> ...27	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i> .....53
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) .....53	<i>isotretinoin</i> .....59	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i> .....53
<i>incassia</i>.....43	<i>isradipine</i> .....26	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i> .....54
INCRELEX.....45	<i>itraconazole</i> .....11	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i> .....53
INCRUSE ELLIPTA .....57	<i>ivermectin</i> .....10	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i> .....54
<i>indapamide</i> .....26	IXIARO INJ .....53	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i> .....54
INFANRIX INJ .....53	J	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i> .....54
INFLIXIMAB.....51	JAKAFI .....19	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....54
INGREZZA .....37	<i>jantoven</i> .....50	<i>kelnor 1/35</i>.....43
INGREZZA CAP 40-80MG .....37	JANUMET TAB 50-1000.39	<i>kelnor 1/50</i>.....43
INLYTA.....19	JANUMET TAB 50-500MG .....39	KERENDIA .....22
INQOVI TAB 35-100MG .17	JANUMET XR TAB 100-1000 .....39	KESIMPTA.....38
INREBIC .....19	JANUMET XR TAB 50-1000 .....39	<i>ketoconazole</i>.....11
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO .....40	JANUMET XR TAB 50-500MG .....39	
INSULIN SAFETY NEEDLES .....40	JANUVIA .....39	
INSULIN SYRINGES: BD .....40	JARDIANCE .....39	
INTELENCE .....12	<i>jasmiel</i> .....43	
INTRALIPID.....54	<i>javygtor</i> .....45	
INTRON A .....52	JENTADUETO TAB 2.5-1000 .....39	
<i>introvale</i> .....43	JENTADUETO TAB 2.5-500 .....39	
INVEGA HAFYERA .....34		
INVEGA SUSTENNA.....34		
INVEGA TRINZA .....34		

<i>ketoconazole (topical)</i>.....60	<i>leflunomide</i> .....51	<i>levonorgestrel & ethinyl</i>
<i>ketorolac tromethamine</i>	<i>lenalidomide</i> .....17	<i>estradiol tab 0.1 mg-20</i>
<i>(ophth)</i>.....55	LENVIMA 10 MG DAILY	<i>mcg</i> .....43
KEVZARA.....51	DOSE.....19	<i>levonorgestrel & ethinyl</i>
KEYTRUDA .....19	LENVIMA 12MG DAILY	<i>estradiol tab 0.15 mg-30</i>
KINRIX INJ .....53	DOSE.....19	<i>mcg</i> .....43
KISQALI 200 DOSE.....19	LENVIMA 20 MG DAILY	<i>levonorgestrel-eth estra tab</i>
KISQALI 200 PAK	DOSE.....19	<i>0.05-30/0.075-40/0.125-</i>
FEMARA .....17	LENVIMA 4 MG DAILY	<i>30mg-mcg</i> .....43
KISQALI 400 DOSE.....19	DOSE.....19	<i>levora 0.15/30-28</i>.....43
KISQALI 400 PAK	LENVIMA 8 MG DAILY	<i>levo-t</i>.....46
FEMARA .....17	DOSE.....19	<i>levothyroxine sodium</i> .....46
KISQALI 600 DOSE.....19	LENVIMA CAP 14 MG ...19	<i>levoxyl</i>.....46
KISQALI 600 PAK	LENVIMA CAP 18 MG ...19	LEXIVA .....12
FEMARA .....18	LENVIMA CAP 24 MG ...19	<i>lidocaine</i> .....61
<i>klor-con</i>.....54	<i>lessina</i> .....43	<i>lidocaine hcl</i>.....61
<i>klor-con 10</i>.....54	<i>letrozole</i> .....17	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>
<i>klor-con 8</i>.....54	<i>leucovorin calcium</i> .....21	10
<i>klor-con m10</i>.....54	LEUKERAN .....16	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>
<i>klor-con m15</i>.....54	<i>leuprolide acetate</i> .....17	62
<i>klor-con m20</i>.....54	<i>levalbuterol hcl</i>.....57	<i>lidocaine-prilocaine cream</i>
KORLYM .....45	<i>levalbuterol tartrate</i> .....57	<i>2.5-2.5%</i>.....61
<i>kurvelo</i> .....43	LEVEMIR.....40	<i>lillow</i>.....43
KYNMOBI .....33	LEVEMIR FLEXTOUCH .41	<i>linezolid</i>.....10
L	<i>levetiracetam</i> .....29	<i>linezolid in sodium chloride</i>
<i>labetalol hcl</i>.....25	<i>levetiracetam in sodium</i>	<i>iv soln 600 mg/300ml-</i>
<i>lacosamide</i> .....29	<i>chloride iv soln 1000</i>	<i>0.9%</i>.....10
<i>lacosamide oral</i>.....29	<i>mg/100ml</i> .....29	LINZESS.....48
<i>lactated ringer's solution</i> .54	<i>levetiracetam in sodium</i>	<i>liothyronine sodium</i> .....46
<i>lactic acid (ammonium</i>	<i>chloride iv soln 1500</i>	<i>lisinopril</i>.....22
<i>lactate)</i> .....62	<i>mg/100ml</i> .....29	<i>lisinopril &</i>
<i>lactulose</i> .....48	<i>levetiracetam in sodium</i>	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	<i>chloride iv soln 500</i>	<i>10-12.5 mg</i> .....21
.....48	<i>mg/100ml</i> .....29	<i>lisinopril &</i>
<i>lamivudine</i> .....12	<i>levobunolol hcl</i>.....56	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>lamivudine (hbv)</i> .....14	<i>levocarnitine (metabolic</i>	<i>20-12.5 mg</i> .....21
<i>lamivudine-zidovudine tab</i>	<i>modifiers)</i> .....45	<i>lisinopril &</i>
<i>150-300 mg</i> .....13	<i>levocetirizine</i>	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>lamotrigine</i> .....29	<i>dihydrochloride</i>.....57	<i>20-25 mg</i> .....21
<i>lansoprazole</i> .....48	<i>levofloxacin</i> .....15	<i>lithium carbonate</i> .....37
LANTUS .....40	<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	LIVALO .....24
LANTUS SOLOSTAR .....40	<i>250 mg/50ml</i> .....15	<i>loestrin 1.5/30-21</i> .....43
<i>lapatinib ditosylate</i> .....19	<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	<i>loestrin 1/20-21</i> .....43
<i>larin 1.5/30</i>.....43	<i>500 mg/100ml</i> .....15	<i>loestrin fe 1.5/30</i> .....43
<i>larin 1/20</i>.....43	<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	<i>loestrin fe 1/20</i> .....43
<i>larin fe 1.5/30</i>.....43	<i>750 mg/150ml</i> .....15	LOKELMA.....42
<i>larin fe 1/20</i>.....43	<i>levonest</i> .....43	LONSURF TAB 15-6.14 .17
<i>latanoprost</i>.....56	<i>levonorgestrel & ethinyl</i>	LONSURF TAB 20-8.19 .17
LATUDA .....34	<i>estradiol (91-día) tab</i>	<i>loperamide hcl</i> .....48
<i>leena</i>.....43	<i>0.15-0.03 mg</i> .....43	

<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	13	<i>marlissa</i>	43	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	25
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	13	MARPLAN	32	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	25
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	13	MATULANE	18	<i>metoprolol succinate</i>	25
<i>lorazepam</i>	28	<i>matzim la</i>	26	<i>metoprolol tartrate</i>	25
<i>lorazepam intensol</i>	28	MAVYRET PAK 50-20MG	14	<i>metronidazole</i>	10
LORBRENA	19	MAVYRET TAB 100-40MG	14	<i>metronidazole (topical)</i>	62
<i>loryna</i>	43	<i>meclizine hcl</i>	47	<i>metronidazole vaginal</i>	49
<i>losartan potassium</i>	24	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	46	<i>metyrosine</i>	27
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	23	<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>	43	MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	54
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	23	<i>mefloquine hcl</i>	12	<i>micafungin sodium</i>	11
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	23	<i>megestrol acetate</i>	17, 46	<i>microgestin 1.5/30</i>	43
LOTMAX	55	<i>megestrol acetate (appetite)</i>	46	<i>microgestin 1/20</i>	43
<i>lovastatin</i>	24	MEKINIST	19	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	43
<i>low-ogestrel</i>	43	MEKTOVI	19	<i>microgestin fe 1/20</i>	43
<i>loxapine succinate</i>	34	<i>meloxicam</i>	8	<i>midodrine hcl</i>	27
LUMAKRAS	19	<i>memantine hcl</i>	31	<i>miglustat</i>	45
LUMIGAN	56	MENACTRA INJ	53	<i>mili</i>	43
LUMIZYME	45	MENQUADFI INJ	53	<i>mimvey</i>	44
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	17	MENVEO INJ	53	<i>minocycline hcl</i>	16
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	17	MENVEO SOL	53	<i>minoxidil</i>	27
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	45	<i>mercaptapurine</i>	17	<i>mirtazapine</i>	32
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	45	<i>meropenem</i>	10	<i>misoprostol</i>	48
<i>lutra</i>	43	<i>mesalamine</i>	47	MITIGARE	8
<i>lyleq</i>	43	<i>mesalamine w/ cleanser</i>	47	M-M-R II INJ	53
<i>lyllana</i>	44	MESNEX	21	M-NATAL PLUS TAB	54
LYNPARZA	19	<i>metadate er</i>	36	<i>modafinil</i>	38
LYSODREN	17	<i>metformin hcl</i>	39	<i>moexipril hcl</i>	22
<i>lyza</i>	43	<i>methadone hcl</i>	8	<i>molindone hcl</i>	34
M		<i>methadone hydrochloride</i>	8	<i>mometasone furoate</i>	61
<i>magnesium sulfate</i>	54	<i>methazolamide</i>	26	<i>mometasone furoate (nasal)</i>	58
MAGNESIUM SULFATE	54	<i>methenamine hippurate</i>	10	MONJUVI	19
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	54	<i>methimazole</i>	46	<i>mono-lynyah</i>	43
<i>malathion</i>	62	<i>methotrexate sodium</i>	17, 51	<i>montelukast sodium</i>	58
<i>maraviroc</i>	12	<i>methylphenidate hcl</i>	36	<i>morphine sulfate</i>	8, 9
		<i>methylprednisolone</i>	45	MORPHINE SULFATE	9
		<i>methylprednisolone acetate</i>	45	MORPHINE	
		<i>methylprednisolone sod succ</i>	45	SULFATE/SODIUM C	9
		<i>metoclopramide hcl</i>	47	MOVANTIK	48
		<i>metolazone</i>	26	<i>moxifloxacin hcl</i>	15
		<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	25	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	55
				MULTAQ	24
				<i>mupirocin</i>	60
				MVASI	19
				<i>mycophenolate mofetil</i>	52

<i>mycophenolate sodium</i> ...52	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>	<i>norgestimate & ethinyl</i>
<i>myorisan</i> .....59	<i>susp 3.5 mg/ml-10000</i>	<i>estradiol tab 0.25 mg-35</i>
MYRBETRIQ .....49	<i>unit/ml-1%</i> .....56	<i>mcg</i> .....43
N	NERLYNX.....19	<i>norgestimate-eth estrad tab</i>
<i>nabumetone</i>.....8	NEUPRO .....33	<i>0.18-25/0.215-25/0.25-25</i>
<i>nadolol</i> .....25	<i>nevirapine</i> .....12	<i>mg-mcg</i> .....43
<i>nafcillin sodium</i> .....16	NEXAVAR .....19	<i>norgestimate-eth estrad tab</i>
NAGLAZYME .....45	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	<i>0.18-35/0.215-35/0.25-35</i>
<i>nalbuphine hcl</i> .....9	25	<i>mg-mcg</i> .....43
<i>naloxone hcl</i> .....38	<i>nicardipine hcl</i>.....26	NORITATE.....62
<i>naltrexone hcl</i> .....38	NICOTROL INHALER.....38	<i>norlyroc</i> .....43
NAMZARIC CAP 14-10MG	NICOTROL NS .....38	NORPACE CR.....24
.....31	<i>nifedipine</i> .....26	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....43
NAMZARIC CAP 21-10MG	<i>nikki</i> .....43	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....43
.....31	<i>nilutamide</i> .....17	<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....43
NAMZARIC CAP 28-10MG	<i>nimodipine</i> .....26	<i>nortrel 7/7/7</i>.....43
.....31	NINLARO.....19	<i>nortriptyline hcl</i>.....32
NAMZARIC CAP 7-10MG	<i>nisoldipine</i>.....26	NORVIR.....12
.....31	<i>nitazoxanide</i> .....11	NOVOLIN INJ 70/30 .....41
NAMZARIC CAP PACK..31	<i>nitisinone</i> .....46	NOVOLIN INJ 70/30 FP..41
<i>naproxen</i>.....8	NITRO-BID .....27	NOVOLIN N .....41
<i>naproxen sodium</i> .....8	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	NOVOLIN N FLEXPEN...41
<i>naratriptan hcl</i>.....37	11	NOVOLIN R .....41
NATACYN .....55	<i>nitrofurantoin monohyd</i>	NOVOLIN R FLEXPEN...41
<i>nateglinide</i> .....39	<i>macro</i> .....11	NOVOLOG.....41
NATPARA.....42	<i>nitroglycerin</i> .....27	NOVOLOG FLEXPEN ...41
NAYZILAM.....29	<i>nizatidine</i> .....47	NOVOLOG MIX INJ 70/30
<i>nebivolol hcl</i>.....25	<i>nora-be</i> .....43	41
<i>necon 0.5/35-28</i>.....43	<i>norethindrone</i>	NOVOLOG MIX INJ
<i>nefazodone hcl</i> .....32	<i>(contraceptive)</i> .....43	<i>FLEXPEN</i>.....41
<i>neomycin sulfate</i> .....11	<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	NOVOLOG PENFILL .....41
<i>neomycin-bacitrac zn-</i>	<i>estradiol tab 1 mg-20</i>	NOXAFIL .....11
<i>polymyx 5(3.5)mg-</i>	<i>mcg</i> .....43	NUBEQA.....17
<i>400unt-10000unt op oin</i>	<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	NUDEXTA CAP 20-10MG
.....55	<i>estradiol tab 1.5 mg-30</i>	37
<i>neomycin-polymy-gramicid</i>	<i>mcg</i> .....43	NULOJIX.....52
<i>op sol 1.75-10000-</i>	<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	NUPLAZID .....34
<i>0.025mg-unt-mg/ml</i>.....55	<i>estradiol-fe tab 1 mg-20</i>	NURTEC.....37
<i>neomycin-polymyxin-</i>	<i>mcg</i> .....43	NUTRILIPID.....54
<i>dexamethasone ophth</i>	<i>norethindrone acetate</i>.....46	NUZYRA .....16
<i>oint 0.1%</i> .....55	<i>norethindrone acetate-</i>	<i>nyamyc</i> .....60
<i>neomycin-polymyxin-</i>	<i>ethinyl estradiol tab 0.5</i>	<i>nylia 1/35</i> .....43
<i>dexamethasone ophth</i>	<i>mg-2.5 mcg</i> .....44	<i>nylia 7/7/7</i> .....43
<i>susp 0.1%</i> .....55	<i>norethindrone acetate-</i>	NYMALIZE.....26
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	<i>ethinyl estradiol tab 1</i>	<i>nymyo</i> .....43
<i>ophth susp</i> .....55	<i>mg-5 mcg</i> .....44	<i>nystatin</i> .....11
<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>	<i>norethindrone ac-ethinyl</i>	<i>nystatin (mouth-throat)</i> ...62
<i>soln 1%</i> .....56	<i>estrad-fe tab 1-20/1-30/1-</i>	<i>nystatin (topical)</i>.....60
	<i>35 mg-mcg</i> .....43	<i>nystop</i> .....60

O		
<i>ocella</i>	43	
OCTAGAM	52	
<i>octreotide acetate</i>	46	
ODEFSEY TAB.....	13	
ODOMZO	20	
OFEV	58	
<i>ofloxacin (ophth)</i>	55	
<i>ofloxacin (otic)</i>	56	
OGIVRI	20	
OGIVRI INJ 420MG	20	
<i>olanzapine</i>	34	
<i>olmesartan medoxomil</i>	24	
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-12.5 mg</i>	23	
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>40-12.5 mg</i>	23	
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>40-25 mg</i>	23	
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-5-12.5 mg</i>	23	
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>40-10-12.5 mg</i>	23	
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>40-10-25 mg</i>	23	
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>40-5-12.5 mg</i>	23	
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>40-5-25 mg</i>	23	
<i>olopatadine hcl</i>	56	
<i>olopatadine hcl (nasal)</i>	57	
<i>omeprazole</i>	48	
OMNARIS	59	
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	41	
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	41	
OMNIPOD DASH KIT INTRO	41	
OMNIPOD DASH MIS PODS	41	
OMNIPOD MIS CLASSIC	41	
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC.....	41	
<i>ondansetron</i>	47	
<i>ondansetron hcl</i>	47	
ONTRUZANT	20	
ONUREG	17	
OPSUMIT	28	
ORGOVYX	17	
ORKAMBI GRA 100-125	58	
ORKAMBI GRA 150-188	58	
ORKAMBI GRA 75-94MG	58	
ORKAMBI TAB 100-125	58	
ORKAMBI TAB 200-125	58	
<i>oseltamivir phosphate</i>	14	
OTEZLA.....	51	
OTEZLA TAB 10/20/30...51		
<i>oxacillin sodium</i>	16	
<i>oxaliplatin</i>	16	
<i>oxandrolone</i>	38	
<i>oxaprozin</i>	8	
<i>oxcarbazepine</i>	29	
<i>oxybutynin chloride</i>	49	
<i>oxycodone hcl</i>	9	
<i>oxycodone w/</i> <i>acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i>	10	
<i>oxycodone w/</i> <i>acetaminophen tab 2.5-</i> <i>325 mg</i>	9	
<i>oxycodone w/</i> <i>acetaminophen tab 5-325</i> <i>mg</i>	10	
<i>oxycodone w/</i> <i>acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i>	10	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	39	
OZEMPIC (1MG/DOSE) .	39	
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML	40	
P		
<i>pacerone</i>	24	
<i>paclitaxel</i>	18	
<i>paclitaxel protein-bound</i> <i>particles for iv susp 100</i> <i>mg</i>	18	
<i>paliperidone</i>	34	
<i>pamidronate disodium</i>	42	
PAMIDRONATE DISODIUM	42	
PANRETIN.....	62	
<i>pantoprazole sodium</i>	48	
PANZYGA.....	52	
<i>paraplatin</i>	16	
<i>paricalcitol</i>	47	
<i>paromomycin sulfate</i>	11	
<i>paroxetine hcl</i>	32	
PASER	13	
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	53	
PEDVAX HIB	53	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-</i> <i>nacl-na sulfate for soln</i> <i>236 gm</i>	48	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-</i> <i>nacl for soln 420 gm</i>	48	
PEGASYS.....	14	
PEMAZYRE.....	20	
<i>pemetrexed disodium</i>	17	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	16	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	16	
<i>penicillamine</i>	42	
<i>penicillin g potassium</i>	16	
PENICILLIN G PROCAINE	16	
<i>penicillin g sodium</i>	16	
<i>penicillin v potassium</i>	16	
PENTACEL INJ	53	
<i>pentamidine isethionate inh</i>	11	
<i>pentamidine isethionate inj</i>	11	
<i>pentoxifylline</i>	50	
<i>perindopril erbumine</i>	22	
<i>periogard</i>	62	
<i>permethrin</i>	62	
<i>perphenazine</i>	34	
PERSERIS.....	34	
<i>pfizerpen</i>	16	
<i>phenelzine sulfate</i>	32	
<i>phenobarbital</i>	29, 30	
<i>phenobarbital sodium</i>	30	
PHENYTEK	30	
<i>phenytoin</i>	30	
<i>phenytoin sodium</i>	30	

<i>phenytoin sodium extended</i>	30	POT CHL/NACL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	54	<i>primidone</i>	30
PHESGO SOL	20	POT CHL/NACL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	54	PRIORIX INJ	53
<i>philith</i>	43	<i>potassium chloride</i>	54	PRIVIGEN	52
<i>phytonadione</i>	63	POTASSIUM CHLORIDE	54	<i>probenecid</i>	8
PIFELTRO	12	<i>potassium chloride 20</i> <i>meq/l (0.15%) in</i> <i>dextrose 5% inj.</i>	54	PROCALAMINE INJ 3%	55
<i>pilocarpine hcl</i>	56	<i>potassium chloride</i> <i>microencapsulated</i> <i>crystals er</i>	54	<i>prochlorperazine</i>	47
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	62	<i>potassium citrate</i> <i>(alkalinizer)</i>	49	<i>prochlorperazine edisylate</i>	47
<i>pimozide</i>	34	PRADAXA	50	<i>prochlorperazine maleate</i>	47
<i>pimtrex</i>	44	PRALUENT	25	PROCRIT	50
<i>pindolol</i>	25	<i>pramipexole</i> <i>dihydrochloride</i>	33	<i>procto-med hc</i>	62
<i>pioglitazone hcl</i>	40	<i>prasugrel hcl</i>	50	<i>procto-pak</i>	62
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>na for inj 3.375 gm (3-</i> <i>0.375 gm)</i>	16	<i>pravastatin sodium</i>	24	<i>proctosol hc</i>	62
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 13.5 gm (12-</i> <i>1.5 gm)</i>	16	<i>praziquantel</i>	11	<i>proctozone-hc</i>	62
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 2.25 gm (2-</i> <i>0.25 gm)</i>	16	<i>prazosin hcl</i>	22	PROGRAF	52
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 4.5 gm (4-0.5</i> <i>gm)</i>	16	<i>prednisolone</i>	45	PROLASTIN-C	58
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 40.5 gm (36-</i> <i>4.5 gm)</i>	16	<i>prednisolone acetate</i> <i>(ophth)</i>	55	PROLENSA	55
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	20	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	55	PROLIA	42
PIQRAY 250MG TAB DOSE	20	<i>prednisolone sodium</i> <i>phosphate</i>	45	PROMACTA	50
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	20	<i>prednisone</i>	45	<i>promethazine hcl</i>	47
<i>pirfenidone</i>	58	PREDNISONE INTENSOL	45	<i>propafenone hcl</i>	24
<i>pirmella 1/35</i>	44	<i>pregabalin</i>	30	<i>proparacaine hcl</i>	56
<i>piroxicam</i>	8	PREHEVBRIO	53	<i>propranolol hcl</i>	26
PLASMA-LYTE INJ -148	54	PREMASOL SOL 10%	55	<i>propylthiouracil</i>	46
PLASMA-LYTE INJ -A	54	PRENATAL TAB 27-1MG	54	PROQUAD INJ	53
<i>plenamine</i>	55	PRENATAL TAB PLUS	54	PROSOL INJ 20%	55
PLENVU SOL	48	PRENATAL VIT TAB LOW IRON	54	<i>protriptyline hcl</i>	32
<i>podofilox</i>	62	<i>prevalite</i>	25	PULMICORT FLEXHALER	59
<i>polymyxin b-trimethoprim</i> <i>ophth soln 10000 unit/ml-</i> <i>0.1%</i>	55	PREVYMIS	14	PULMOZYME	58
POMALYST	17	PREZCOBIX TAB 800-150	13	PURIXAN	17
<i>portia-28</i>	44	PREZISTA	12	<i>pyrazinamide</i>	13
<i>posaconazole</i>	11	PRIFTIN	13	<i>pyridostigmine bromide</i>	37
POT CHL/NACL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	54	<i>primaquine phosphate</i>	12	Q	
		PRIMAQUINE PHOSPHATE	12	QINLOCK	20
				QUADRACEL INJ	53
				QUADRACEL INJ 0.5ML	53
				<i>quetiapine fumarate</i>	34
				<i>quinapril hcl</i>	22
				<i>quinapril-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-12.5 mg</i>	22
				<i>quinapril-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-12.5 mg</i>	22
				<i>quinapril-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-25 mg</i>	22
				<i>quinidine sulfate</i>	24

<i>quinine sulfate</i>	12	RUKOBIA	12	SOLQUA INJ 100/33	41
R		RYBELSUS	40	SOLTAMOX.....	17
RABAVER INJ.....	53	RYDAPT	20	SOLU-CORTEF.....	45
<i>rabeprazole sodium</i>	48	S		SOMATULINE DEPOT ...	46
<i>raloxifene hcl</i>	46	<i>sajazir</i>	50	SOMAVERT.....	46
<i>ramipril</i>	22	SANDIMMUNE	52	<i>sorafenib tosylate</i>	20
<i>ranolazine</i>	27	SANTYL.....	62	<i>sorine</i>	24
<i>rasagiline mesylate</i>	33	<i>sapropterin dihydrochloride</i>		<i>sotalol hcl</i>	24
RAYALDEE	47	.....	46	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	24
<i>reclipsen</i>	44	SAVELLA.....	37	<i>spironolactone</i>	22
RECOMBIVAX HB.....	53	SAVELLA MIS TITR PAK		<i>spironolactone &</i>	
RECTIV	62	.....	37	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
REGRANEX	62	SCEMBLIX	20	<i>25-25 mg</i>	26
RELENZA DISKHALER..	14	<i>scopolamine</i>	47	<i>sprintec 28</i>	44
RELISTOR.....	48	SECUADO	35	SPRITAM.....	30
REMICADE.....	51	<i>selegiline hcl</i>	33	SPRYCEL.....	20
RENFLEXIS.....	51	<i>selenium sulfide</i>	60	<i>sps</i>	42
<i>repaglinide</i>	40	SELZENTRY.....	12	<i>sronyx</i>	44
RESTASIS.....	56	SEREVENT DISKUS	57	<i>ssd</i>	60
RESTASIS MULTIDOSE	56	<i>sertraline hcl</i>	32	<i>stavudine</i>	12
RETEVMO	20	<i>setlakin</i>	44	STIVARGA.....	20
REVLIMID.....	17	<i>sevelamer carbonate</i>	46	<i>streptomycin sulfate</i>	11
REXULTI	34	<i>sharobel</i>	44	STRIBILD TAB.....	13
REYATAZ	12	SHINGRIX	53	<i>subvenite</i>	30
REZUROCK	52	SIGNIFOR	46	<i>sucalfate</i>	48
RHOPRESSA	56	<i>sildenafil citrate</i>	56	<i>sulfacetamide sodium</i>	
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	14	<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>		<i>(acne)</i>	59
<i>rifabutin</i>	13	<i>hypertension)</i>	28	<i>sulfacetamide sodium</i>	
<i>rifampin</i>	13	<i>silodosin</i>	49	<i>(ophth)</i>	55
<i>riluzole</i>	37	<i>silver sulfadiazine</i>	60	<i>sulfacetamide sodium-</i>	
<i>rimantadine hydrochloride</i>		SIMBRINZA SUS 1-0.2%.....	56	<i>prednisolone ophth soln</i>	
.....	14	<i>simliya</i>	44	<i>10-0.23(0.25)%</i>	55
RINVOQ	51	<i>simvastatin</i>	25	<i>sulfadiazine</i>	11
<i>risedronate sodium</i>	42	<i>sirolimus</i>	52	<i>sulfamethoxazole-</i>	
RISPERDAL CONSTA ...	34	SIRTURO	13	<i>trimethoprim iv soln 400-</i>	
<i>risperidone</i>	35	SIVEXTRO	11	<i>80 mg/5ml</i>	11
<i>ritonavir</i>	12	SKYRIZI.....	51	<i>sulfamethoxazole-</i>	
<i>rivastigmine</i>	31	SKYRIZI PEN	51	<i>trimethoprim susp 200-40</i>	
<i>rivastigmine tartrate</i>	31	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf</i>		<i>mg/5ml</i>	11
<i>rizatriptan benzoate</i>	37	<i>oral sol 17.5-3.13-1.6</i>		<i>sulfamethoxazole-</i>	
<i>roflumilast</i>	58	<i>gm/177ml</i>	48	<i>trimethoprim tab 400-80</i>	
<i>ropinirole hydrochloride</i> ..	33	<i>sodium chloride</i>	54	<i>mg</i>	11
<i>rosadan</i>	62	<i>sodium chloride (gu</i>		<i>sulfamethoxazole-</i>	
<i>rosuvastatin calcium</i>	25	<i>irrigant)</i>	62	<i>trimethoprim tab 800-160</i>	
ROTARIX SUS	53	<i>sodium fluoride chew; tab;</i>		<i>mg</i>	11
ROTATEQ SOL	53	<i>1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i> ..	54	SULFAMYLON	60
<i>roweepra</i>	30	<i>sodium phenylbutyrate</i>	46	<i>sulfasalazine</i>	47
ROZLYTREK	20	<i>sodium polystyrene</i>		<i>sulindac</i>	8
RUBRACA	20	<i>sulfonate powder</i>	42	<i>sumatriptan</i>	37
<i>rufinamide</i>	30	<i>solifenacin succinate</i>	49	<i>sumatriptan succinate</i>	37

<i>sunitinib malate</i>	20	TAZORAC	60	<i>tilia fe</i>	44
SUPREP BOWEL SOL		<i>taztia xt</i>	26	<i>timolol maleate</i>	26
PREP KIT.....	48	TAZVERIK	20	<i>timolol maleate (ophth)</i> ...	56
<i>syeda</i>	44	TDVAX INJ 2-2 LF	53	<i>tinidazole</i>	11
SYMBICORT AER 160-4.5		TECENTRIQ	20	TIVICAY	12
.....	59	TEFLARO	14	TIVICAY PD.....	12
SYMBICORT AER 80-4.5		<i>telmisartan</i>	24	<i>tizanidine hcl</i>	38
.....	59	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>		TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	
SYMDEKO TAB 100-150	58	40-10 mg	23	.....	55
SYMDEKO TAB 50-75MG		<i>telmisartan-amlodipine tab</i>		TOBRADEX ST SUS 0.3-	
.....	58	40-5 mg	23	0.05	55
SYMJEPI	58	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>		<i>tobramycin</i>	11
SYMPAZAN.....	30	80-10 mg	23	<i>tobramycin (ophth)</i>	55
SYMTUZA TAB.....	13	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>		<i>tobramycin sulfate</i>	11
SYNAREL.....	44	80-5 mg	23	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	
SYNERCID INJ 500MG ..	11	<i>telmisartan-</i>		<i>ophth susp 0.3-0.1%</i> ...	55
SYNJARDY TAB 12.5-		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>tolterodine tartrate</i>	49
1000MG	40	40-12.5 mg	23	<i>topiramate</i>	30
SYNJARDY TAB 12.5-500		<i>telmisartan-</i>		<i>toposar</i>	18
.....	40	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>toremifene citrate</i>	17
SYNJARDY TAB 5-		80-12.5 mg	23	<i>torsemide</i>	27
1000MG	40	<i>telmisartan-</i>		TOUJEO MAX SOLOSTAR	
SYNJARDY TAB 5-500MG		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		.....	41
.....	40	80-25 mg	23	TOUJEO SOLOSTAR.....	41
SYNJARDY XR TAB 10-		<i>temazepam</i>	36	TPN ELECTROL INJ	54
1000	40	TENIVAC INJ 5-2LF	53	TRADJENTA.....	40
SYNJARDY XR TAB 12.5-		<i>tenofovir disoproxil</i>		<i>tramadol hcl</i>	10
1000MG	40	<i>fumarate</i>	12	<i>tramadol-acetaminophen</i>	
SYNJARDY XR TAB 25-		TEPMETKO	20	<i>tab 37.5-325 mg</i>	10
1000	40	<i>terazosin hcl</i>	22	<i>trandolapril</i>	22
SYNJARDY XR TAB 5-		<i>terbinafine hcl</i>	11	<i>tranexamic acid</i>	50
1000MG	40	<i>terbutaline sulfate</i>	57	<i>tranylcypromine sulfate</i> ...	32
SYNRIBO	18	<i>terconazole vaginal</i>	49	TRAVASOL INJ 10%	55
SYNTHROID	46	TERIPARATIDE.....	42	<i>travoprost</i>	56
T		<i>testosterone</i>	38	TRAZIMERA	20
TABLOID	17	<i>testosterone cypionate</i>	38	<i>trazodone hcl</i>	32
TABRECTA	20	<i>testosterone enanthate</i> ...	38	TRECTOR	13
<i>tacrolimus</i>	52	<i>tetrabenazine</i>	37	TRELEGY AER ELLIPTA	
<i>tacrolimus (topical)</i>	62	<i>tetracycline hcl</i>	16	100-62.5-25 MCG	57
<i>tadalafil</i>	56	THALOMID	17	TRELEGY AER ELLIPTA	
TAFINLAR	20	THEO-24	58	200-62.5-25 MCG	57
TAGRISSO	20	<i>theophylline</i>	58	<i>treprostinil</i>	28
TALTZ.....	51	<i>thioridazine hcl</i>	35	TRESIBA	41
TALZENNA.....	20	<i>thiothixene</i>	35	TRESIBA FLEXTOUCH..	41
<i>tamoxifen citrate</i>	17	<i>tiadylt er</i>	26	<i>tretinoin</i>	60
<i>tamsulosin hcl</i>	49	<i>tiagabine hcl</i>	30	<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .	18
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	44	TIBSOVO.....	20	TREXALL.....	52
TASIGNA.....	20	TICOVAC.....	53	<i>triamcinolone acetonide</i>	
<i>tazarotene</i>	60	<i>tigecycline</i>	16	<i>(mouth)</i>	62
<i>tazicef</i>	14	TIGECYCLINE.....	16		

<i>triamcinolone acetonide</i> (topical) .....61	TROGARZO .....12	VANCOMYCIN INJ 750MG.....11
<i>triamterene &</i> <i>hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg .....27	TROPHAMINE INJ 10% .55	VAQTA .....53
<i>triamterene &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg .....27	<i>trospium chloride</i> .....49	<i>varenicline tartrate</i> .....38
<i>triamterene &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg .....27	TRULICITY .....40	<i>varenicline tartrate tab 11 x</i> <i>0.5 mg & 42 x 1 mg start</i> <i>pack</i> .....38
TRICARE TAB PRENATAL.....54	TRUMENBA INJ .....53	VARIVAX .....53
<i>trientine hcl</i> .....42	TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE.....20	VASCEPA.....25
<i>tri-estarylla</i> .....44	TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE.....20	<i>velivet</i> .....44
<i>trifluoperazine hcl</i>.....35	TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE.....20	VELPHORO.....46
<i>trifluridine</i> .....55	TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE.....20	VELTASSA .....42
<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....33	TRUXIMA .....20	VEMLIDY .....14
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG...40	TUKYSA .....20	VENCLEXTA .....20
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG.....40	TURALIO .....20	VENCLEXTA TAB START PK .....20
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG...40	TWINRIX INJ .....53	<i>venlafaxine hcl</i> .....32
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG...40	TYBOST .....12	VENTAVIS .....28
TRIKAFTA TAB 100-50- 75MG & 150MG .....58	TYPHIM VI.....53	VENTOLIN HFA.....57
TRIKAFTA TAB 50-25- 37.5MG & 75MG .....58	TYRVAYA.....56	VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) .....57
<i>tri-legest fe</i> .....44	U	<i>verapamil hcl</i>.....26
<i>tri-lynyah</i> .....44	<i>unithroid</i>.....46	VERQUVO.....27
<i>tri-lo-estarylla</i> .....44	<i>ursodiol</i> .....48	VERSACLOZ .....35
<i>tri-lo-marzia</i>.....44	V	VERZENIO .....20
<i>tri-lo-mili</i> .....44	<i>valacyclovir hcl</i>.....14	<i>vestura</i> .....44
<i>tri-lo-sprintec</i>.....44	VALCHLOR .....62	V-GO 20 KIT .....41
<i>trimethoprim</i>.....11	<i>valganciclovir hcl</i>.....14	V-GO 30 KIT .....41
TRIMETHOPRIM .....11	<i>valproate sodium</i> .....30	V-GO 40 KIT .....41
<i>tri-mili</i> .....44	<i>valproic acid</i>.....30	VICTOZA .....40
<i>trimipramine maleate</i> .....32	<i>valsartan</i> .....24	<i>vienna</i> .....44
TRINTELLIX .....32	<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 160-12.5 mg .....23	<i>vigabatrin</i> .....30
<i>tri-nymyo</i> .....44	<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 160-25 mg .....23	<i>vigadrone</i> .....30
<i>tri-sprintec</i>.....44	<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 320-12.5 mg .....23	VIIBRYD KIT STARTER .32
TRIUMEQ PD TAB .....13	<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 320-25 mg .....23	<i>vilazodone hcl</i> .....32
TRIUMEQ TAB .....13	<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 80-12.5 mg .....23	VIMPAT .....30
<i>trivora-28</i> .....44	VALTOCO .....30	<i>vincristine sulfate</i> .....18
<i>tri-vylibra</i> .....44	<i>vancomycin hcl</i> .....11	<i>vinorelbine tartrate</i> .....18
<i>tri-vylibra lo</i> .....44	VANCOMYCIN INJ 1 GM11	<i>viorele</i> .....44
TRIZIVIR TAB.....13	VANCOMYCIN INJ 500MG.....11	VIRACEPT .....12
		VIREAD .....12
		VITRAKVI .....20
		VIVITROL .....38
		VIZIMPRO .....20
		VONJO .....20
		<i>voriconazole</i>.....11
		VOSEVI TAB .....14
		VOTRIENT.....20
		VRAYLAR .....35

VRAYLAR CAP 1.5-3MG	35	XIGDUO XR TAB 2.5-1000	40	ZEMAIRA	58
<i>vyfemla</i>	44		40	<i>zenatane</i>	60
<i>vylibra</i>	44	XIGDUO XR TAB 5-		ZENPEP CAP 10000UNT	48
VYVANSE	36	1000MG	40		48
VYZULTA	56	XIGDUO XR TAB 5-500MG	40	ZENPEP CAP 15000UNT	48
W			40		48
<i>warfarin sodium</i>	50	XIIDRA	56	ZENPEP CAP 20000UNT	48
<i>water for irrigation, sterile</i>		XOLAIR	58		48
<i>irrigation soln</i>	62	XOSPATA	20	ZENPEP CAP 25000UNT	48
WELIREG	18	XPOVIO 100 MG ONCE	21		48
<i>wera</i>	44	WEEKLY	21	ZENPEP CAP 3000UNIT	48
X		XPOVIO 40 MG ONCE	21	ZENPEP CAP 40000UNT	48
XALKORI	20	WEEKLY	21		48
XARELTO	50	XPOVIO 40 MG TWICE	21	ZENPEP CAP 5000UNIT	48
XARELTO STAR TAB		WEEKLY	21	ZERVIAE	56
15/20MG	50	XPOVIO 60 MG ONCE	21	<i>zidovudine</i>	12
XATMEP	52	WEEKLY	21	ZIEXTENZO	50
XCOPRI	30	XPOVIO 60 MG TWICE	21	<i>ziprasidone hcl</i>	35
XCOPRI PAK 100-150	30	WEEKLY	21	<i>ziprasidone mesylate</i>	35
XCOPRI PAK 12.5-25	30	XPOVIO 80 MG ONCE	21	ZIRABEV	21
XCOPRI PAK 150-200MG		WEEKLY	21	ZIRGAN	55
(MAINTENANCE)	30	XPOVIO 80 MG TWICE	21	<i>zoledronic acid</i>	42
XCOPRI PAK 150-200MG		WEEKLY	21	ZOLINZA	21
(TITRATION)	30	XTANDI	17	<i>zolmitriptan</i>	37
XCOPRI PAK 50-100MG	30	<i>xulane</i>	44	<i>zolpidem tartrate</i>	36
XELJANZ	51	XULTOPHY INJ 100/3.6	41	ZONISADE	31
XELJANZ XR	51	XYREM	38	<i>zonisamide</i>	31
XERMELO	48	Y		<i>zovia 1/35</i>	44
XGEVA	42	YF-VAX INJ	53	ZTALMY	31
XHANCE	59	<i>yuvafem</i>	44	<i>zumandimine</i>	44
XIFAXAN	48	Z		ZYCLARA PUMP	62
XIGDUO XR TAB 10-1000		<i>zafemy</i>	44	ZYDELIG	21
	40	<i>zafirlukast</i>	58	ZYKADIA	21
XIGDUO XR TAB 10-		ZARXIO	50	ZYLET SUS 0.5-0.3%	55
500MG	40	ZEJULA	21	ZYPITAMAG	25
		ZELBORAF	21	ZYPREXA RELPREVV	35

Este formulario resumido se actualizó el 02/01/2023. Para obtener información más reciente o respuestas a sus preguntas, por favor llame al Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed Medicare al 1-800-782- 8633 desde el 1ro de octubre al 31 de marzo: 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre: 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, y 9:00 am a 1:00 pm los sábados (para los usuarios de TTY, 711), los 7 días a la semana y las 24 horas del día o visite www.avmed.org